

## **Verordnung der Erweiterten Vollversammlung der Ärztelkammer für Steiermark über die Änderungen der Satzungen des Wohlfahrtsfonds**

Auf Grund des § 80b Z 1 ÄrzteG 1998, BGBl I 169/1998,  
zuletzt geändert durch BGBl I 61/2010, wird verordnet:

### **Artikel I**

#### **1) § 2 Abs. 3 lautet:**

„(3) Grundsätzlich setzen sich alle Versorgungsleistungen aus der Grund- und Ergänzungsleistung und allenfalls aus der Zusatz- bzw. Erweiterten Zusatzleistung **oder aus der Beitragsorientierten Zusatzversorgung** zusammen.

Die laufenden Versorgungsleistungen werden als monatliche Leistung zugesprochen und 14-mal jährlich bezahlt, wobei der 13. und 14. Bezug sonstige Bezüge im Sinne des § 67 EStG 1988 darstellen.“

#### **2) Im § 6 wird ein neuer Abs. 2 eingefügt, aus Abs. 2 alt wird Abs. 3 neu, Abs. 2 neu lautet:**

„**(2) Die Beitragspflicht der Kammerangehörigen zur Zusatzleistung gemäß Abs. 1 endet mit 31.12.2011. Hievon ausgenommen sind die Kammerangehörigen gemäß § 53 Abs. 2 (Personen im Übergangszeitraum), für die Abs. 1 weiter gilt.**“

#### **3) § 7 lautet:**

„§ 7 Erweiterte Zusatzleistung

**(1)** Kammerangehörige, die in der Ärzteliste oder Zahnärzteliste als niedergelassene Ärzte oder niedergelassene Zahnärzte eingetragen sind und mit Beginn des Veranlagungszeitraumes das 45. Lebensjahr vollendet haben, haben Beiträge zur Erweiterten Zusatzleistung zu zahlen. Für den gemäß § 9 Abs. 3 BO pro Jahr zu zahlenden Beitrag werden dem Kammerangehörigen 5 % Leistungszuwachs angerechnet. Erreicht der geleistete Beitrag nicht den Betrag gemäß § 9 Abs. 3 BO, kürzt sich der Zuwachsprozentsatz in dem Verhältnis, in dem der geleistete Beitrag unter dem Betrag gemäß § 9 Abs. 3 BO liegt. Das prozentuelle Ausmaß des Anspruches auf Erweiterte Zusatzleistung ergibt sich aus der Addition der jährlichen Zuwachsprozentsätze.

**(2) Die Beitragspflicht der Kammerangehörigen zur Erweiterten Zusatzleistung gemäß Abs. 1 endet mit 31.12.2011. Hievon ausgenommen sind die Kammerangehörigen gemäß § 53 Abs. 2 (Personen im Übergangszeitraum), für die Abs. 1 weiter gilt.**“

#### **4) § 8 lautet:**

„§ 8 Bedeckung der Leistungen - Gebarung

Für die finanzielle Sicherstellung der Leistungen aus dem Wohlfahrtsfonds sind unter Berücksichtigung seiner Erfordernisse, seines dauernden Bestandes und seiner Leistungsfähigkeit Beiträge einzuhellen. Um dies zu gewährleisten, ist die Gebarung des Wohlfahrtsfonds hinsichtlich der Bedeckung für alle Versorgungsleistungen (Grund- und Ergänzungsleistung sowie Zusatzleistung und Erweiterte Zusatzleistung **bzw. Beitragsorientierte Zusatzversorgung**) mindestens zu Beginn eines jeden 5. Rechnungsjahres von einem versicherungsmathematischen Sachverständigen über Auftrag des Verwaltungsausschusses zu überprüfen.“

**5) § 9 lautet:**

„§ 9 Beitragshöhe, Beitragsgrundlage, Einkommen

- (1)** Die Höhe der Beiträge zum Wohlfahrtsfonds wird alljährlich von der Erweiterten Vollversammlung unter Beachtung auf die Bestimmungen des § 109 Abs. 2 ÄrzteG festgesetzt. Im Einzelnen darf die Höhe der Beiträge zum Wohlfahrtsfonds 18 % v. H. der jährlichen Einnahmen aus ärztlicher oder zahnärztlicher Tätigkeit (§ 109 Abs. 3 ÄrzteG) nicht überschreiten.
- (2) a)** Grundlage für die Bemessung der Beiträge zum Wohlfahrtsfonds für Kammerangehörige, die den ärztlichen oder zahnärztlichen Beruf in einem Dienstverhältnis ausüben und in der Ärzteliste als angestellte Ärzte oder in der Zahnärzteliste als angestellte Zahnärzte eingetragen sind, ist (für daraus erzielte Einkünfte) das monatliche Bruttogrundgehalt. Unter Bruttogrundgehalt versteht man das reine Grundgehalt, das im Gehaltsschema als solches ersichtlich ist und zwölfmal im Jahr ausbezahlt wird, wobei die gemäß § 3 EStG 1988 steuerbefreiten und die nach § 68 EStG 1988 steuerbefreiten bzw. zu versteuernden Bezüge und Zuschläge sowie die sonstigen Bezüge nach § 67 EStG 1988 nicht zu rechnen sind.  
Die Höhe der Beiträge zum Wohlfahrtsfonds wird in einem Prozentsatz auf Basis des Bruttogrundgehaltes festgesetzt.  
Die Beiträge zum Wohlfahrtsfonds sind diesfalls vom Dienstgeber einzubehalten und spätestens bis zum 15. Tag nach Ablauf des Kalendermonats an die zuständige Ärztekammer abzuführen. Über Verlangen der Ärztekammer sind vom Dienstgeber die zur Feststellung der Bemessungsgrundlage der Beiträge zum Wohlfahrtsfonds erforderlichen Daten zu übermitteln (§ 109 Abs. 7 ÄrzteG).
- b)** Werden neben den ärztlichen oder zahnärztlichen Einkünften aus dem Dienstverhältnis selbständige Einkünfte aus ärztlicher oder zahnärztlicher Tätigkeit erzielt, wird die Höhe der Beiträge zum Wohlfahrtsfonds für diesen Teil der Einkünfte (nach Maßgabe Abs. 3 lit. a und b) in einem altersabhängigen Prozentsatz gemäß § 9a auf Basis der jährlichen Einkünfte des zweitvorangegangenen Kalenderjahres aus selbständiger ärztlicher oder zahnärztlicher Tätigkeit festgesetzt.
- (3) a)** Für alle übrigen Kammerangehörigen, das sind diejenigen, die in der Ärzteliste als niedergelassene Ärzte oder Wohnsitzärzte oder in der Zahnärzteliste als niedergelassene Zahnärzte oder Wohnsitzzahnärzte eingetragen sind, wird die Höhe des Beitrages zum Wohlfahrtsfonds in einem Prozentsatz auf der Basis des jährlichen Einkommens des zweitvorangegangenen Kalenderjahres aus ärztlicher oder zahnärztlicher Tätigkeit festgesetzt.
- b)** Einkommen aus ärztlicher oder zahnärztlicher Tätigkeit ist der Gesamtbetrag der Einkünfte aus ärztlicher oder zahnärztlicher Tätigkeit nach § 2 Abs. 3 Z 2 und 4 EStG 1988, wobei die Sonderausgaben gemäß § 18 EStG 1988 (Verlustvorträge, soweit diese aus ärztlicher oder zahnärztlicher Tätigkeit stammen) sowie außergewöhnliche Belastungen gemäß §§ 34 und 35 EStG 1988 hinwegkommen.
- c)** Bei erstmaliger Praxisgründung oder erstmaliger Aufnahme einer wohnsitzärztlichen oder wohnsitzzahnärztlichen Tätigkeit ist durch zwei Jahre die Beitragsgrundlage für den Beitrag zur Grund- und Ergänzungsleistung mit null Euro zu unterstellen, wenn daneben keine ärztliche oder zahnärztliche Tätigkeit im Rahmen eines Dienstverhältnisses ausgeübt wird. Diese Bestimmung kommt nur einmal, und zwar für den zeitlich früher verwirklichten Tatbestand zur Anwendung. Eine Wahlmöglichkeit besteht nicht. Auf Antrag kann der Kammerangehörige auf diese Ermäßigung verzichten, wobei damit auch das Recht auf eine spätere Antragstellung verwirkt wird.
- d)** Liegt neben der selbständigen Tätigkeit als niedergelassener Arzt oder Zahnarzt bzw. Wohnsitzarzt oder Wohnsitzzahnarzt auch ein Dienstverhältnis vor, wird die Ermäßigung im Sinne der lit. c auf Antrag gewährt. Der Abzugsvorgang im Sinne des § 12 Abs. 3 BO

um den jeweiligen altersabhängigen Beitragssatz bleibt bestehen und kann auch nicht reduziert werden. Wird das Dienstverhältnis beendet und ist bislang keine Ermäßigung im Sinne der lit. c beantragt worden, so ist eine Ermäßigung für die ersten 2 Jahre nach Wegfall des Dienstverhältnisses auf Antrag zu gewähren. Eine spätere Beantragung der Ermäßigung ist nicht mehr möglich.

- (4) Die Beiträge zur Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte sind so festzusetzen, dass der Jahresaufwand der Ergänzungsleistung gedeckt ist. Der Beitrag wird für jeden §-2-Kassenarzt, bezogen auf das Veranlagungsjahr, in gleicher Höhe festgesetzt.
- (5) Auf Antrag ist bei Amts-, Militär- oder Polizeiarzten im Sinne des § 41 ÄrzteG oder Amtszahnärzten im Sinne des § 32 ZÄG das Gehalt aus dieser behördlichen Tätigkeit nicht in die Bemessungsgrundlage einzubeziehen, sofern es sich um eine nicht kurative Tätigkeit handelt. Unbeschadet dessen ist das Gehalt aus dieser behördlichen Tätigkeit bei der Berechnung der Beitragsobergrenze im Sinne des § 109 Abs. 3 ÄrzteG zu berücksichtigen.“

#### 6) § 13 lautet:

„§ 13 Stundung, Ermäßigung und Ratenzahlung der Fondsbeiträge

- (1) Bei Vorliegen berücksichtigungswürdiger Umstände kann der Verwaltungsausschuss auf Antrag des Kammerangehörigen nach Billigkeit eine Stundung oder eine Ermäßigung der Fondsbeiträge bewilligen und Ratenzahlungen gewähren. In besonders begründeten Härte- und Ausnahmefällen kann sogar eine Ermäßigung über die Grenzen der Abs. 3 bis 6 hinaus bewilligt werden. **Stundungen sind nur dann zu bewilligen, wenn der Kammerangehörige nachvollziehbar nachweist, dass der gestundete Betrag bis zum Ende der Stundung auch bezahlt wird. Diese Ansuchen sind bei der Ärztekammer für Steiermark schriftlich einzubringen und unaufgefordert mit ausreichenden Nachweisen zu belegen.**
- (2) Für gestundete Beiträge und Ratenzahlungen sind Zinsen in Höhe von 6 % p. a. zu leisten. In besonders begründeten Härte- und Ausnahmefällen kann der Verwaltungsausschuss von der Anrechnung von Zinsen Abstand nehmen. Wird eine der bewilligten Ratenzahlungen nicht termingerecht geleistet, tritt sofortige Fälligkeit des gesamten aushaftenden Betrages ein.
- (3) Nachstehend genannten Kammerangehörigen kann auf Antrag der Beitrag zur Grund- und Ergänzungsleistung ermäßigt werden:
- Kammerangehörige, die in der Ärzteliste oder in der Zahnärzteliste eingetragen sind, und deren Jahresbruttoeinkommen (Geld- und Sachbezüge einschließlich der steuerfreien und sonstigen Bezüge gemäß § 25 EStG 1988, jedoch ohne Bezüge gemäß § 26 EStG 1988 und ohne Familienbeihilfe) aus ärztlicher oder zahnärztlicher Tätigkeit den Betrag von EUR 25.000,-- nicht übersteigen, um die Hälfte.
  - Kammerangehörige, die in der Ärzteliste oder in der Zahnärzteliste eingetragen sind, und deren Jahresbruttoeinkommen (Geld- und Sachbezüge einschließlich der steuerfreien und sonstigen Bezüge gemäß § 25 EStG 1988, jedoch ohne Bezüge gemäß § 26 EStG 1988 und ohne Familienbeihilfe) aus ärztlicher oder zahnärztlicher Tätigkeit den Betrag von EUR 30.000,-- nicht übersteigen, um ein Viertel.
  - Kammerangehörige, die aufgrund zwingender kollektivvertraglicher Bestimmungen neben der bestehenden Beitragspflicht zum Wohlfahrtsfonds und zusätzlich zur Beitragspflicht in die gesetzliche Pensionsversicherung verpflichtet sind, Beiträge in ein bestehendes betriebliches Pensionssystem einzuzahlen, bis zu dem Betrag, den sie nachweislich selbst pro Jahr in diese zusätzliche Pensionsvorsorge einbezahlt haben. Eine Ermäßigung über den Höchstbeitrag zur Alters-, Invaliditäts- und Hinterbliebenenversorgung des § 9a Abs. 2 hinaus ist nicht möglich.
- (4) Ärzten oder Zahnärzten, die zur Erweiterten Zusatzleistung beitragspflichtig sind, kann über begründeten Antrag der Beitragsprozentssatz ermäßigt werden, jedoch nicht unter 1 %. Die gleiche Ermäßigungsmöglichkeit gilt für die Beiträge zur Zusatzleistung. Eine weitergehende Ermäßigung der Erweiterten Zusatzleistung bis auf 0,2 % ist auf Antrag nur den Kammerangehörigen zu gewähren, deren Jahresbruttoeinkommen unter der in Abs. 3 lit. a und b

genannten Grenze liegt. Diese Ermäßigung kann bei Vorliegen berücksichtigungswürdiger Umstände, insbesondere anderweitig eingegangener Versicherungsverpflichtungen oder außergewöhnlicher wirtschaftlicher Belastungen, auf Antrag des beitragspflichtigen Kammerangehörigen für das betreffende Veranlagungsjahr gewährt werden.

- (5) Der Beitrag zur Beitragsorientierten Zusatzversorgung kann bei Vorliegen berücksichtigungswürdiger Umstände, insbesondere anderweitig eingegangener Versicherungsverpflichtungen oder außergewöhnlicher wirtschaftlicher Belastungen, auf Antrag des beitragspflichtigen Kammerangehörigen für das betreffende Veranlagungsjahr ermäßigt werden, jedoch nicht unter 10 % des Erfordernisbeitrages.
- (6) Eine Ermäßigung der Beitragsorientierten Zusatzversorgung bis auf 1,5 % des Erfordernisbeitrages ist auf Antrag zu gewähren,
- a) wenn das Einkommen des Kammerangehörigen unter der in Abs. 3 lit. a und b genannten Grenze liegt,
  - b) für die ersten 24 Monate der erstmaligen Praxisgründung oder Aufnahme einer wohnsitzärztlichen oder wohnsitzzahnärztlichen Tätigkeit unabhängig von den Einkommensgrenzen des Abs. 3 lit. a und b,
  - c) für alle Kammerangehörigen zwischen dem vollendeten 35. und 44. Lebensjahr unabhängig von den Einkommensgrenzen des Abs. 3 lit. a und b.“

**7) § 21 Abs. 3 lautet:**

„(3) Bei der Festsetzung der Leistungen ist die Höhe der geleisteten Beiträge zu berücksichtigen. Wurden fällige Beiträge nicht geleistet bzw. wegen Uneinbringlichkeit von der Ärztekammer durch Abschreibung gelöscht (§ 18 Abs. 1 BO), sind die Leistungsansprüche beim jeweiligen Leistungsteil (Grund- und Ergänzungsleistung, Zusatzleistung, Erweiterte Zusatzleistung, **Beitragsorientierte Zusatzversorgung**, Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte) an die tatsächlich entrichteten Beiträge anzupassen.“

**8) § 22 Abs. 1 lautet:**

„(1) Die Altersversorgung besteht aus der Grund- und Ergänzungsleistung sowie der allfälligen Zusatzleistung (§ 6) und Erweiterten Zusatzleistung (§ 7) **bzw. der Beitragsorientierten Zusatzversorgung (§§ 31 ff.)**. Bei §-2-Kassenärzten kommt noch bei Vorliegen der Voraussetzungen die Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte hinzu. Diese Leistungen werden Kammerangehörigen grundsätzlich ab Vollendung des 65. Lebensjahres gewährt. Über gesonderten Antrag ist Kammerangehörigen bereits ab Vollendung des 60. Lebensjahres die Altersversorgung zu gewähren (vorzeitige Altersversorgung). Dabei erfolgt eine Reduzierung des jeweiligen Altersversorgungsanspruches (siehe Anlage 2 zur BO) nach Maßgabe der früheren Inanspruchnahme. Die Reduzierung wirkt für die ganze Dauer des Bezuges der Altersversorgung.“

**9) § 23 Abs. 2 lautet:**

„(2) Das Ausmaß der Invaliditätsversorgungsleistung in der Grund- und Ergänzungsleistung **und** der Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte entspricht jener Versorgung, auf die der Kammerangehörige zum Stichtag der Invaliditätsversorgung Anspruch hätte, wenn unterstellt wird, dass das Anfallsalter für die vorzeitige Altersversorgung erreicht ist. Bei der Berechnung der Ansprüche auf Grund- und Ergänzungsleistung sind die Abschläge für die vorzeitige Altersversorgung im Sinne der Anlage 2 IV zur BO voll in Ansatz zu bringen. Liegt der ermittelte Anspruch in der Grund- und Ergänzungsleistung unter Berücksichtigung der Kürzungsregelungen unter den in der Anlage 2 VI zur BO festgelegten Mindestansprüchen, sind jedenfalls die Mindestansprüche zu gewähren.“

**10) § 24 Abs. 6 lautet:**

„(6) Die Kinderunterstützung beträgt 20 v. H. der Altersversorgung nach § 22 Abs. 1 ohne Bonusberücksichtigung, **ohne die Beitragsorientierte Zusatzversorgung** und ohne Ergänzungsleistung für §-2-Kassenärzte. Sie erhöht sich ab der Erlangung der Volljährigkeit bis zur Erreichung des 27. Lebensjahres im Falle des Abs. 2 lit. b, solange der Zustand andauert, auf 22,5 v. H. Liegt die individuelle Bemessungsgrundlage der Grund- und Ergänzungsleistung für die Berechnung der Kinderunterstützung unter dem in der Anlage 2 II a zur BO festgelegten Bemessungsbetrag, so kann der Verwaltungsausschuss in begründeten Einzelfällen die Leistung, höchstens auf Basis dieses Bemessungsbetrages, festlegen. Die sich daraus ergebende erhöhte Leistung kann für die gesamte Dauer des Leistungsanspruches oder für bestimmte Zeit gewährt werden. Hat der Kammerangehörige die vorzeitige Altersversorgung nach § 22 Abs. 1 in Anspruch genommen, wird die Kinderunterstützung analog der Altersversorgung gekürzt (Anlage 2 IV zur BO).“

**11) § 27 Abs. 5 lautet:**

„(5) Lag der Beitrag in den Veranlagungsjahren bis zum 31.12.2004 über dem Erfordernisbeitrag, dann gebührt dem Anspruchsberechtigten eine Zusatzleistung analog § 6 Abs. 3.“

**12) Nach § 30 wird ein neuer Abschnitt VI mit 23 neuen Paragraphen eingefügt, diese lauten:****„VI. Ergänzende Vorschriften der Beitragsorientierten Zusatzversorgung****§ 31 Ergänzende Versorgungsleistung**

**Das System der Beitragsorientierten Zusatzversorgung ist eine ergänzende Versorgungsleistung zur Grund- und Ergänzungsleistung. Die Bestimmungen der Abschnitte I bis V sowie VII und VIII sowie die Bestimmungen der Wohlfahrtsfondsbeitragsordnung (BO) sind sinngemäß anzuwenden, sofern sich aus den nachfolgenden Bestimmungen nichts anders ergibt.**

**§ 32 Persönlicher Geltungsbereich**

- (1) Kammerangehörige, die in der Ärzteliste bzw. Zahnärzteliste als niedergelassene Ärzte oder Wohnsitzärzte bzw. als niedergelassene Zahnärzte oder Wohnsitzzahnärzte eingetragen sind, und die zum Stichtag 01.01. des Veranlagungsjahres das 35. Lebensjahr bereits vollendet haben, nehmen an der Beitragsorientierten Zusatzversorgung gemäß den nachstehenden Bestimmungen teil.**
- (2) Kammerangehörige, die in der Ärzteliste als angestellte Ärzte oder in der Zahnärzteliste als angestellte Zahnärzte eingetragen sind, die zum Stichtag 01.01. des Veranlagungsjahres das 35. Lebensjahr bereits vollendet haben und bei denen keine Befreiung von der Beitragspflicht gemäß § 10 Abs. 1 vorliegt, nehmen ausschließlich mit jenen Beitragsanteilen an der Beitragsorientierten Zusatzversorgung teil, die über dem Höchstbeitrag zur Alters-, Invaliditäts- und Hinterbliebenenversorgung (§ 9a Abs. 2 BO – Grund- und Ergänzungsleistung) liegen.**

**§ 33 Leistungen der Beitragsorientierten Zusatzversorgung**

- (1) Folgende Leistungen werden aus der Beitragsorientierten Zusatzversorgung gewährt:**
  - a) Altersversorgung,**
  - b) Invaliditätsversorgung,**
  - c) Witwen- und Witwerversorgung bzw. Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners,**
  - d) Waisenversorgung.**

- (2) Aus dem der Beitragsorientierten Zusatzversorgung zur Verfügung stehenden Mitteln dürfen nur die in diesem Abschnitt vorgeschriebenen Leistungen erbracht werden. Andere Unterstützungen oder Zuwendungen aus diesen Mitteln sind unzulässig.

#### § 34 Altersversorgung

- (1) Die Altersversorgung kann frühestens ab Vollendung des 60. Lebensjahres und nur gemeinsam mit der Altersversorgung bzw. vorzeitigen Altersversorgung aus der Grund- und Ergänzungsleistung in Anspruch genommen werden.
- (2) Die Höhe der jährlichen Altersversorgung errechnet sich wie folgt: Aus der zum Zeitpunkt des Beginns der Altersversorgung auf dem individuellen Pensionskonto (§ 48) vorhandenen Deckungsrückstellung ist über den individuellen Verrentungsfaktor (§ 51) die Höhe der Altersversorgung zu ermitteln. Die Details der Berechnung sind im Geschäftsplan festgelegt.

#### § 35 Invaliditätsversorgung

- (1) Die Invaliditätsversorgung ist zu gewähren, wenn der Kammerangehörige infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen zur Ausübung des ärztlichen oder zahnärztlichen Berufes dauernd oder vorübergehend unfähig ist. Hat der Kammerangehörige das 60. Lebensjahr bereits überschritten, wird anstelle der Invaliditätsversorgung die Altersversorgung gewährt.
- (2) Die Höhe der jährlichen Invaliditätsversorgung errechnet sich wie folgt: Aus der zum Zeitpunkt des Beginns der Invaliditätsversorgung auf dem individuellen Pensionskonto (§ 48) vorhandenen Deckungsrückstellung ist über den individuellen Verrentungsfaktor (§ 51) die Höhe der Invaliditätsversorgung zu ermitteln. Die Details der Berechnung sind im Geschäftsplan festgelegt.

#### § 36 Witwen- und Witwerversorgung bzw. Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners

- (1) Die Witwen-(Witwer-)versorgung oder die Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners beträgt 60 % der Alters- oder Invaliditätsversorgung aus der Beitragsorientierten Zusatzversorgung, die dem Verstorbenen im Zeitpunkt seines Ablebens gebührt hat oder gebührt hätte.
- (2) Die Versorgung des oder der früheren Ehegatten und bzw. des oder der früheren eingetragenen Partner mit Unterhaltsanspruch betragen insgesamt maximal 25 % der Alters- oder Invaliditätsversorgung aus der Beitragsorientierten Zusatzversorgung, die dem Verstorbenen im Zeitpunkt seines Ablebens gebührt hat oder gebührt hätte. Die Details der Berechnung sind im Geschäftsplan festgelegt.

#### § 37 Waisenversorgung

Die Waisenversorgung beträgt bis zur Erlangung der Volljährigkeit für Halbwaisen 20 v.H. und für Vollwaisen 40 v.H. der Alters- oder Invaliditätsversorgung aus der Beitragsorientierten Zusatzversorgung, die dem Verstorbenen im Zeitpunkt seines Ablebens gebührt hat oder gebührt hätte. Über die Volljährigkeit hinaus ist die Waisenversorgung zu gewähren, wenn sich die betreffende Person in einer Schul- oder Berufsausbildung befindet und das 27. Lebensjahr noch nicht vollendet hat sowie im Falle des § 24 Abs. 2 lit. b, solange der Zustand andauert. Ab der Volljährigkeit erhöht sich die Waisenversorgung für Halbwaisen auf 25 v.H. und für Vollwaisen auf 50 v.H. der Alters- oder Invaliditätsversorgung aus der Beitragsorientierten Zusatzversorgung, die dem Verstorbenen im Zeitpunkt seines Ablebens gebührt hat oder gebührt hätte. § 24 Abs. 4 ist sinngemäß anzuwenden. Die Details der Berechnung sind im Geschäftsplan festgelegt.



### § 38 Abfindung geringfügiger Versorgungsansprüche

§ 26a gilt sinngemäß für die unbefristeten und befristeten Leistungen der §§ 34, 35, 36 und 37. Befristete Leistungen werden bis zum Ablauf der Frist abgefunden. Die Details der Berechnung sind im Geschäftsplan festgelegt.

### § 39 Leistungsfeststellung bei offenen Fondsbeiträgen zur Beitragsorientierten Zusatzversorgung

Bestehen zum Zeitpunkt des Beginns der Versorgungsleistungen nach §§ 34, 35, 36 und 37 offene Fondsbeiträge, ist die errechnete Versorgungsleistung eine vorläufige. Die Frist für die Tilgung der offenen Fondsbeiträge beträgt maximal 6 Monate. Die endgültige Versorgungsleistung wird nach vollständiger Begleichung, längstens aber 6 Monate nach Beginn der Versorgungsleistung festgestellt. Wurden nicht sämtliche offenen Fondsbeiträge innerhalb von 6 Monaten beglichen, so erfolgt die Feststellung der endgültigen Versorgungsleistung auf Basis der tatsächlich geleisteten Fondsbeiträge. Die Details der Berechnung sind im Geschäftsplan festgelegt.

### § 40 Mehrere Leistungsbezieher

Sind nach einem Kammerangehörigen oder Empfänger einer Alters- oder Invaliditätsversorgung zwei oder mehrere Personen mit Anspruch auf Versorgungsleistungen nach §§ 36 und 37 vorhanden, so darf die Summe der Versorgungsleistungen für diese Anspruchsberechtigten nicht höher sein als die Leistung, auf die der Kammerangehörige oder Empfänger einer Alters- oder Invaliditätsversorgung selbst Anspruch gehabt hat oder gehabt hätte. Innerhalb dieses Höchstmaßes sind die den einzelnen Anspruchsberechtigten zustehenden Leistungen verhältnismäßig zu kürzen, wobei die Leistung nach § 33 Abs. 1 lit. c. keiner Kürzung unterliegt.

### § 41 Anspruch auf Versorgungsleistung

- (1) Die Voraussetzungen für die Gewährung der Versorgungsleistungen gem. §§ 34, 35, 36 und 37 sind ergänzend im Abschnitt V geregelt.
- (2) Die Leistungen gem. §§ 34, 35, 36 und 37 werden nur gemeinsam mit den Leistungen des Abschnitts V ausbezahlt. Ein unterschiedlicher Versorgungsbeginn ist ausgeschlossen.

### § 42 Wertanpassung von Leistungen

Die Anpassung der Leistungen aus der Beitragsorientierten Zusatzversorgung erfolgt rückwirkend zum 1.1. des jeweiligen Kalenderjahres auf Basis der im Geschäftsplan festgelegten Bedingungen durch den Verwaltungsausschuss nach Feststellung des versicherungstechnischen Ergebnisses des vorangegangenen Jahres.

### § 43 Beiträge

- (1) Die Höhe der altersgestaffelten Beiträge zur Beitragsorientierten Zusatzversorgung für die beitragspflichtigen Kammerangehörigen nach § 32 ist in der Wohlfahrtsfondsbeitragsordnung (BO) geregelt.
- (2) Die tatsächlich geleisteten Beiträge werden dem individuellen Pensionskonto abzüglich des Beitrags zur Schwankungsrückstellung gemäß den im Geschäftsplan festgelegten Bedingungen nach dem tatsächlich erfolgten Zahlungseingang gut geschrieben.

#### § 44 Nachzahlung zum 55. Lebensjahr zur Beitragsorientierten Zusatzversorgung

- (1) Kammerangehörige, die noch keine Versorgungsleistungen beziehen, können im Kalenderjahr nach Vollendung des 55. Lebensjahres den Nachkauf von Leistungsansprüchen zur Beitragsorientierten Zusatzversorgung beantragen, sofern sie als ordentliches Mitglied zum Zeitpunkt der Antragstellung Beiträge leisten.
- (2) Ein Nachkauf von Ansprüchen in der Beitragsorientierten Zusatzversorgung kann nur für bereits zurückliegende verpflichtende Beitragsjahre beantragt werden. Die Höhe des Nachkaufs errechnet sich aus der Differenz zwischen dem Vollbeitrag und dem tatsächlich geleisteten Beitrag. Zusätzlich zu den Beiträgen können auch die entgangenen Zinsen und Zinseszinsen nachgekauft werden. Genaue Regelungen sind dem Geschäftsplan zu entnehmen. Beiträge vor dem Zeitpunkt der Einführung der Beitragsorientierten Zusatzversorgung am 01.01.2012 können nicht nachgekauft werden.

#### § 45 Beitragsüberstellung an andere Versorgungseinrichtungen

- (1) Verlegt ein Kammerangehöriger seinen Berufssitz, seinen Dienstort oder seinen Wohnsitz (§ 68 Abs. 4 Z 1 ÄrzteG, § 10 Abs. 3 ZÄKG) dauernd in den Bereich einer anderen Ärztekammer und wird die Mitgliedschaft zum Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Steiermark beendet, werden die bereits zur Beitragsorientierten Zusatzversorgung geleisteten Beiträge – inkl. der Beiträge zur Schwankungsrückstellung und exkl. der anteiligen Zinsen – an die nunmehr zuständige Ärztekammer überwiesen. Die Details der Berechnung des Überstellungsbetrages sind im Geschäftsplan geregelt.
- (2) Während der Zeit der Ausbildung eines Kammerangehörigen zum Arzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt hat keine Überweisung zu erfolgen. Diese ist erst nach Eintragung in die Ärzteliste als Arzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt durchzuführen.

#### § 46 Streichung und Beitragsrückerersatz

- (1) Wird ein Kammerangehörige aus der Ärzteliste oder Zahnärzteliste, ohne eine Altersversorgung oder eine Versorgung aus dem Wohlfahrtsfonds zu erhalten, gestrichen, werden ihm die bereits zur Beitragsorientierten Zusatzversorgung geleisteten Beiträge – inkl. der Beiträge zur Schwankungsrückstellung und exkl. der anteiligen Zinsen – ausbezahlt. Die Details der Berechnung sind im Geschäftsplan geregelt.  
Erfolgt die Streichung gemäß § 59 Abs. 1 Z 3 ÄrzteG (auf Grund einer länger als 6 Monate dauernden Einstellung der Berufsausübung) oder Z 6 ÄrzteG (auf Grund eines Verzichtes auf die Berufsausübung) oder gemäß § 43 Abs. 2 ZÄG (Berufseinstellung) oder erfolgt eine Anmerkung der Berufsunterbrechung eines Zahnarztes in der Zahnärzteliste (§ 44 Abs. 2 ZÄG), gebührt dieser Rückerersatz nach Ablauf von 3 Jahren ab dem Verzicht bzw. der Einstellung der Berufsausübung bzw. der Berufsunterbrechung, sofern nicht zwischenzeitig eine neuerliche Eintragung in die Ärzteliste oder Zahnärzteliste bzw. die Aufhebung der Anmerkung der Berufsunterbrechung in der Zahnärzteliste erfolgt.
- (2) Ein Rückerersatz von Beiträgen (nach § 115 Abs. 1 oder 2 ÄrzteG) ist weiters 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.
- (3) Bei Befreiung von der Beitragspflicht im Sinne des § 10 sind die Bestimmungen des Abs. 1 sinngemäß anzuwenden.

#### § 47 Beitragsüberweisung von anderen Ärztekammern



Verlegt ein Kammerangehöriger seinen Berufssitz, seinen Dienstort oder seinen Wohnsitz (§ 68 Abs. 4 Z 1 ÄrzteG, § 10 Abs. 3 ZÄKG) dauernd in den Bereich der Ärztekammer für Steiermark und wird damit die Mitgliedschaft zum Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Steiermark begründet, wird der Anteil des Überstellungsbetrages, der über die Grund- und Ergänzungsleistung hinaus geht, der Beitragsorientierten Zusatzversorgung zugerechnet und zum Zeitpunkt des Erhalts der Zahlung dem individuellen Pensionskonto gut geschrieben. Zuvor erfolgt jedoch eine Aufteilung des Betrages auf die Deckungs- und die Schwankungsrückstellung. Die Details der Aufteilung sind im Geschäftsplan geregelt.

#### § 48 Pensionskonto

Für jeden Kammerangehörigen, der zur Beitragsorientierten Zusatzversorgung beitragspflichtig ist, ist ein individuelles Pensionskonto zu führen, dies sowohl in der Anwartschafts- als auch in der Leistungsphase. Zumindest einmal jährlich sind die Anwartschaftsberechtigten über die geleisteten Beiträge sowie die prognostizierten Versorgungsleistungen und die Leistungsberechtigten über die aktuelle Pensionshöhe zu informieren.

#### § 49 Geschäftsplan

- (1) Der Verwaltungsausschuss hat zur näheren inhaltlichen Ausgestaltung der Beitragsorientierten Zusatzversorgung einen Geschäftsplan durch einen Versicherungsmathematiker erstellen zu lassen. Dieser wird mit einer Zwei-Drittel-Mehrheit von der Erweiterten Vollversammlung beschlossen.
- (2) Bei Änderungen des Geschäftsplans ist ein Versicherungsmathematiker zu konsultieren, der die Auswirkungen der Änderungen zu bewerten und den Verwaltungsausschuss zu beraten hat.
- (3) Der Geschäftsplan hat insbesondere folgende Angaben und Parameter zu enthalten:
  - a) Die Darlegung der Verhältnisse, die für die Wahrung der Belange der Anwartschafts- und Leistungsberechtigten und für die Beurteilung der dauernden Erfüllbarkeit der Verpflichtungen aus der Beitragsorientierten Zusatzversorgung erheblich sind;
  - b) die Rechnungsgrundlagen (Wahrscheinlichkeitstabellen, Rechnungszins, vorgesehener rechnungsmäßiger Überschuss);
  - c) die Art und Führung der Schwankungsrückstellung;
  - d) die Grundsätze und Formeln für die Berechnung der Beiträge und der Leistungen; diese sind durch Zahlenbeispiele zu erläutern.

#### § 50 Mitteilungsverpflichtung über Änderungen im Familienstand

Leistungsempfänger der §§ 34, 35 haben gemäß der Vorschriften des § 96a ÄrzteG in Verbindung mit § 15 Abs. 3 folgende Änderungen des Familienstandes dem Wohlfahrtsfonds innerhalb eines Monats schriftlich bekannt zu geben:

- a) Ehescheidung (mit bzw. ohne Unterhaltsverpflichtung),
- b) Eheschließung und
- c) Geburt eines Kindes.

#### § 51 Verrentungsfaktor

- (1) Der individuelle Verrentungsfaktor eines Kammerangehörigen berücksichtigt zum Stichtag des Beginns der Versorgungsleistung sein Alter, seinen aktuellen Familienstand, die durchschnittliche Lebenserwartung gemäß der zuletzt gültigen Sterbetafel sowie den voraussichtlichen Veranlagungserfolg auf das veranlagte Kapital sowie eine zukünftige Valorisierung der Leistungen. Die Details der Berechnung des Verrentungsfaktors sind im Geschäftsplan geregelt.

- (2) Bei Ableben eines potentiell Hinterbliebenen vor dem Ableben des Beziehers einer Alters- oder Invaliditätsversorgung nach §§ 34, 35 erfolgt keine Neuverrentung. Die statistische Sterbewahrscheinlichkeit ist im Verrentungsfaktor zum Stichtag der Verrentung bereits berücksichtigt. Die Details der Berechnung sind im Geschäftsplan geregelt.
- (3) Ändert sich nach erfolgter Verrentung der Familienstand aufgrund einer Scheidung oder (erneuten) Eheschließung, so erfolgt eine Neuverrentung aufgrund des geänderten Familienstandes. Entsteht ein Anspruch auf eine Leistung nach § 36 erst nach einer Wartezeit im Sinne des § 102 ÄrzteG in Verbindung mit § 25, so erfolgt die Neuverrentung erst nach Ende der Wartezeit. Die Details der Berechnung sind im Geschäftsplan geregelt.
- (4) Unterlässt der Leistungsempfänger eine Mitteilung über Änderungen des Familienstandes, die eine Neuverrentung zur Folge gehabt hätte, so werden die Hinterbliebenenansprüche nach §§ 36, 37 von der Höhe der Alters- oder Invaliditätsversorgung berechnet, die dem verstorbenen Leistungsempfänger unter Einhaltung der Mitteilungsverpflichtung zugestanden hätte. Die Details der Berechnung sind im Geschäftsplan geregelt.

#### § 52 Bewertungsregeln

Zum Zweck der Erstellung der versicherungsmathematischen Bilanz einschließlich der Ertragsrechnung gemäß dem Geschäftsplan sind die erforderlichen Bewertungsregeln im Geschäftsplan festzulegen.

#### § 53 Übergangsbestimmungen für die Beitragsorientierte Zusatzversorgung

- (1) Alle Kammerangehörige im Sinne des § 32, die bis zum 31.12.2011 Beiträge zur Zusatzleistung und bzw. oder Erweiterten Zusatzleistung geleistet haben und noch keine Alters- oder Invaliditätsversorgung beziehen, werden ab 01.01.2012 zur Beitragsorientierten Zusatzversorgung beitragspflichtig. Die bis zum 31.12.2011 erworbenen Anwartschaften aus der Zusatzleistung und bzw. oder Erweiterten Zusatzleistung werden versicherungsmathematisch von einem vom Verwaltungsausschuss beauftragten Versicherungsmathematiker bewertet. Der daraus errechnete Betrag wird auf das individuelle Pensionskonto (§ 48) mit Stichtag 01.01.2012 übertragen. Die individuelle Höhe des Übertragungsbetrages für jeden einzelnen Berechtigten wird im Rahmen eines versicherungsmathematischen Gutachtens berechnet.
- (2) Alle Kammerangehörige im Sinne des Abs. 1, die bis zum 31.12.2011 Beiträge zur Zusatzleistung und bzw. oder Erweiterten Zusatzleistung geleistet haben und die das Geburtsjahr 1951 oder älter aufweisen und noch keine Alters- oder Invaliditätsversorgung beziehen, können bis längstens 30.06.2012 schriftlich beantragen, dass Ihre erworbenen Ansprüche nicht in die Beitragsorientierte Zusatzversorgung übertragen werden. Eine spätere Übertragung der Ansprüche in die Beitragsorientierte Zusatzversorgung ist dann ausgeschlossen.
- (3) Für jene Kammerangehörigen und ehemaligen Kammerangehörigen, die per 31.12.2011 bereits eine Alters- oder Invaliditätsversorgung bezogen haben, erfolgt keine Bewertung und keine Übertragung der Ansprüche im Sinne des Abs. 1.“

#### 13) Aufgrund des neuen Abschnitts VI ändern sich die Nummerierungen der Abschnitte und Paragraphen wie folgt:

Aus Abschnitt VI alt wird Abschnitt VII neu.

Aus § 31 alt wird § 54 neu.

Aus § 32 alt wird § 55 neu.

Aus § 33 alt wird § 56 neu.

Aus § 34 alt wird § 57 neu.

Aus § 35 alt wird § 58 neu.

Aus § 36 alt wird § 59 neu.

Aus § 37 alt wird § 60 neu.

Aus § 38 alt wird § 61 neu.

Aus Abschnitt VII alt wird Abschnitt VIII neu.

Aus § 39 alt wird § 62 neu.

Aus § 40 alt wird § 63 neu.

### **Artikel II - Inkrafttreten**

Die Änderungen treten mit 1. Jänner 2012 in Kraft.

## ***Erläuterungen zu den Änderungen der Satzungen des Wohlfahrtsfonds***

### **Erläuterungen zu Artikel I**

#### **§ 2 Leistungsarten**

Es wird eine Ergänzung um den Begriff der Beitragsorientierten Zusatzversorgung in Abs. 3 vorgenommen.

#### **§ 6 Zusatzleistung**

Es wird ein neuer Abs. 2 eingefügt, der aufgrund der Einführung der Beitragsorientierten Zusatzversorgung per 2012 die Beitragspflicht zur Zusatzleistung nach dem 31.12.2011 regelt.

#### **§ 7 Erweiterte Zusatzleistung**

Neu hinzugefügt wird ein Abs. 2, der aufgrund der Einführung der Beitragsorientierten Zusatzversorgung per 2012 die Beitragspflicht zur Erweiterten Zusatzleistung nach dem 31.12.2011 regelt.

#### **§ 8 Bedeckung der Leistungen - Gebarung**

Es wird eine Ergänzung um den Begriff der Beitragsorientierten Zusatzversorgung vorgenommen.

#### **§ 9 Beitragshöhe, Beitragsgrundlage, Einkommen**

Die Regelungen bzgl. Beitragshöhe, Beitragsgrundlage und Ratenzahlung sind nun gleichlautend in den Satzungen und in der Beitragsordnung. Der letzte Satz des Abs. 1 (Hinweis auf die BO) wird gestrichen.

#### **§ 13 Stundung, Ermäßigung und Ratenzahlung der Fondsbeiträge**

Die Regelungen bzgl. Stundung, Ermäßigung und Ratenzahlung sind nun gleichlautend in den Satzungen und in der Beitragsordnung. Der letzte Satz des Abs. 1 (Hinweis auf die BO) wird gestrichen.

#### **§ 21 Leistungsrecht**

Es wird eine Ergänzung um den Begriff der Beitragsorientierten Zusatzversorgung in Abs. 3 vorgenommen.

#### **§ 22 Altersversorgung, vorzeitige Altersversorgung, Bonus**

Es wird eine Ergänzung um den Begriff der Beitragsorientierten Zusatzversorgung in Abs. 1 vorgenommen.

### **§ 23 Invaliditätsversorgung**

In Abs. 2 werden die Wortfolge „der Zusatzleistung und Erweiterten Zusatzleistung“ gestrichen. Die bzgl. der Beitragsorientierten Zusatzversorgung in die Übergangsbestimmung fallenden Ärzte sind zumindest 60 Jahre alt, für sie entfällt somit der Zugang zur Invaliditätsversorgung. Bei allen anderen Ärzten, die ab 2012 invalid werden, betrifft die Kürzung nur mehr die Grund- und Ergänzungsleistung. In der Beitragsorientierten Zusatzversorgung wird das niedrigere Eintrittsalter durch den individuellen Verrentungsfaktor berücksichtigt, sodass eine Kürzung unterbleiben kann.

### **§ 24 Kinderunterstützung**

In Abs. 6 wird eine Ergänzung um die Regelung für die Beitragsorientierten Zusatzversorgung vorgenommen.

### **§ 27 Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung**

Aufgrund der Änderung im § 6 ist eine Korrektur des Verweises nötig.

### **Neuer Abschnitt VI: §§ 31 bis 53**

Die speziellen Bestimmungen für die neu eingeführte Beitragsorientierte Zusatzversorgung werden zusammen in einem eigenen Abschnitt geregelt.

### **§ 31 Ergänzende Versorgungsleistung:**

Die §§ 31 bis 53 neu regeln in Ergänzung zu den vorangegangenen Vorschriften die Details der Beitragsorientierten Zusatzversorgung (BZV), die die Zusatzleistung und die Erweiterte Zusatzleistung ab dem 01.01.2012 ersetzt.

### **§ 32 Persönlicher Geltungsbereich**

Diese Bestimmung regelt, wer ab 01.01.2012 zur BZV beitragspflichtig ist.

### **§ 33 Leistungen der Beitragsorientierte Zusatzversorgung**

Es handelt sich hierbei um eine taxative Aufzählung der Leistungen aus der BZV.

### **§ 34 Altersversorgung**

Die Höhe der individuellen Altersversorgung errechnet sich durch individuelle Verrentung (siehe dazu § 51) des auf dem individuellen Pensionskonto befindlichen Kapitals, es gibt somit keine „Anwartschaften“ mehr wie im bisherigen System der Zusatzleistung und der Erweiterten Zusatzleistung. Die Leistung kann nur zusammen mit der (vorzeitigen) Altersversorgung aus der Grund- und Ergänzungsleistung bezogen werden.

**§ 35 Invaliditätsversorgung**

Im Gegensatz zur bisherigen Invaliditätsversorgung gibt es keine Kürzung der Anwartschaften mehr, die Höhe der Invaliditätsversorgung errechnet sich durch individuelle Verrentung des auf dem individuellen Pensionskonto befindlichen Kapitals.

**§ 36 Witwen- und Witwerversorgung bzw. Versorgung des hinterbliebenen eingetragenen Partners, § 37 Waisenversorgung**

Die Höhe der Hinterbliebenenansprüche errechnet sich aus der Höhe der Alters- oder Invaliditätsversorgung des verstorbenen Kammerangehörigen aus der BZV.

**§ 38 Abfindung geringfügiger Versorgungsansprüche**

Es handelt sich dabei um eine analoge Regelung wie in § 26a.

**§ 39 Leistungsfeststellung bei offenen Fondsbeiträgen zur Beitragsorientierten Zusatzversorgung**

Mit dieser Bestimmung wird bei offenen Beitragsschulden zuerst eine vorläufige Versorgungsleistung auf Basis des auf dem Pensionskonto befindlichen Kapitals ermittelt, die tatsächliche Höhe der Versorgungsleistung wird erst nach Tilgung der Beitragsschulden ermittelt, spätestens aber nach 6 Monaten ab Antritt der Alters- oder Invaliditätsversorgung.

**§ 40 Mehrere Leistungsbezieher**

Die maximale Summe an Leistungen nach §§ 36, 37 ist mit 100 % der Höhe Alters- oder Invaliditätsversorgung des verstorbenen Kammerangehörigen aus der BZV gedeckelt, wobei keine Kürzung der Witwenversorgung unter 60 % erfolgt.

**§ 41 Anspruch auf Versorgungsleistung**

Diese Bestimmung stellt klar, dass die Leistungen aus der BZV nur zusammen mit den Leistungen aus der Grund- und Ergänzungsleistung ausbezahlt werden und die Voraussetzungen des Abschnitts V auch für die BZV Geltung haben.

**§ 42 Wertanpassung von Leistungen**

Der Geschäftsplan enthält die versicherungsmathematischen Details, in welchem Umfang die Leistungen jährlich angepasst werden. Die Anpassung erfolgt erst nach Feststellung des versicherungstechnischen Ergebnisses rückwirkend zum 1.1. des jeweiligen Kalenderjahres.

**§ 43 Beiträge**

Die Höhe der Beiträge zur BZV ist in der Wohlfahrtsfondsbeitragsordnung geregelt.

Die Verbuchung der Beiträge zur BZV erfolgt erst nach dem tatsächlichen Zahlungseingang (dies ist das sog. „Istprinzip“).



**§ 44 Nachzahlung zum 55. Lebensjahr zur Beitragsorientierten Zusatzversorgung**

Auch zur BZV soll es analog der per 01.01.2011 geänderten Bestimmungen zur Grund- und Ergänzungsleistung (§ 12) eine freiwillige Möglichkeit des „Nachkaufens“ geben.

**§ 45 Beitragsüberstellung an andere Versorgungseinrichtungen**

Es handelt sich dabei um eine ergänzende Bestimmung zu § 16.

**§ 46 Streichung und Beitragsrückerstattung**

Es handelt sich dabei um eine ergänzende Bestimmung zu § 16a.

**§ 47 Beitragsüberweisung von anderen Ärztekammern**

Bei Überstellungsbeträgen werden nur diejenigen Beiträge dem Pensionskonto der BZV gut geschrieben, die über dem jährlichen Maximalbeitrag zur Grund- und Ergänzungsleistung liegen.

**§ 48 Pensionskonto**

Im Gegensatz zum bisherigen System der Zusatzleistung und der Erweiterten Zusatzleistung erwirbt der Arzt mit seinen Beiträgen keine „Anwartschaften“ (= Prozentpunkte), sondern er „sieht“ das auf seinem individuellen Pensionskonto befindliche Kapital, ein solches Konto hat er sowohl in der Anwartschafts- als auch in der Leistungsphase.

**§ 49 Geschäftsplan**

Der Geschäftsplan enthält sämtliche versicherungsmathematischen Details (Berechnung, Sterbetafeln etc.) zur BZV, er ist ebenfalls mit qualifizierter Mehrheit durch die Erweiterte Vollversammlung zu beschließen.

**§ 50 Mitteilungsverpflichtung über Änderungen im Familienstand**

Mit Antritt der Alters- oder Invaliditätsversorgung erfolgt eine individuelle Verrentung auf Basis des gemeldeten Familienstandes, folglich müssen Änderungen gemeldet werden, da diese eine Änderung des Verrentungsfaktors potentiell zur Folge haben.

**§ 51 Verrentungsfaktor**

Der Verrentungsfaktor stellt neben dem Pensionskonto den größten Unterschied zum bestehenden System der Zusatzleistung und Erweiterten Zusatzleistung dar. Mit ihm wird der individuell unterschiedliche Familienstand berücksichtigt, der sich somit auch auf die Höhe der individuellen Pension auswirkt. Wenn man beispielsweise 2 Ärzte vergleicht, beide haben EUR 100.000,00 auf dem jeweiligen individuellen Pensionskonto einbezahlt und das Kapital von beiden wird nun verrentet. Der eine Arzt, der eine um 5 Jahre jüngere Gattin hat, bekommt eine niedrigere Pension als der andere Arzt, der nicht verheiratet ist und keine sog. „potentielle Witwe“ hat. Der Verrentungsfaktor führt somit zu ei-

ner individuellen anstatt einer kollektiven Betrachtung und Berechnung, sodass es zu keiner „Querfinanzierung“ durch andere Beitragszahler kommt.

Neben der Höhe des einbezahlten Kapitals ist der Verrentungsfaktor folglich die zweite wichtige Größe für die Berechnung der individuellen Pension.

### **§ 52 Bewertungsregeln**

Es erfolgt ein Verweis auf den Geschäftsplan, der sämtliche Details zur Bewertung enthält.

### **§ 53 Übergangsbestimmung für die Beitragsorientierte Zusatzversorgung**

Grundsätzlich werden alle individuell in der Zusatzleistung und der Erweiterten Zusatzleistung erworbenen Ansprüche bewertet und auf das individuelle Pensionskonto übertragen.

Alle Ärzte mit dem Geburtsjahr 1951 oder älter, d.h. Ärzte, die zum Umstellungsstichtag zumindest das 60. Lebensjahr vollendet haben und sich nur noch maximal 5 Jahre vor Erreichen des Regelpensionsalters befinden, können sich gegen die Übertragung der Ansprüche aussprechen, diese Personen bleiben auch weiterhin zur Zusatzleistung und zur Erweiterten Zusatzleistung beitragspflichtig und ihre zukünftige Pension wird wie bisher berechnet.

### **§§ 54 bis 63**

Aufgrund des Einfügens des neuen Abschnitts VI ändert sich die Nummerierung der bisherigen Paragraphen 31 bis 40, inhaltlich gibt es keine Änderungen.