

Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen

Die hessische Ärzteschaft hat zwei Versorgungseinrichtungen:

- das Versorgungswerk der Landesärztekammer,
- die Erweiterte Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigung.

PRÄAMBEL

Die beiden Versorgungseinrichtungen sind auf unterschiedlicher Rechtsgrundlage entstanden und beruhen auf unterschiedlichen Finanzierungsgrundlagen. Sie handeln unabhängig voneinander.

Stand 01.01.2011

INHALTSVERZEICHNIS

Satzung

	Seite	
§ 1	Rechtsnatur, Sitz und Aufgaben	3
§ 2	Bekanntmachungen	3
§ 3	Organe des Versorgungswerkes	3
§ 4	Aufgaben der Delegiertenversammlung	4
§ 4 a	Der Vorstand	4
§ 4 b	Geschäftsführer/innen	6
§ 4 c	Haftungsbeschränkung	7
§ 5	Der Versicherungsmathematiker als Sachverständiger	7
§ 6	Mitgliedschaft	7
§ 7	Ausnahmen von der Mitgliedschaft	7
§ 8	Vertragsärzte in Hessen	8
§ 9	Befreiungen und Ermäßigungen	9
§ 10	Aufhebung der Ausnahme oder Befreiung	10
§ 11	Höherversorgung	11
§ 12	Nachversicherung	11
§ 13	Beendigung der Mitgliedschaft, Folgen	12
§ 14	Überleitung	12
§ 15	Zweck und Verwendung der Mittel	13
§ 16	Übergangs- und Schlussbestimmungen	13
§ 17	Inkrafttreten des Versorgungswerkes	15

Versorgungsordnung

I.	Leistungen des Versorgungswerkes	
§ 1	Leistungsarten, Rechtsanspruch, Zahlungsweise	16
§ 1 a	Mitwirkungspflichten	16
§ 1 b	Folgen fehlender Mitwirkung	17
§ 2	Altersrente	18
§ 3	Berufsunfähigkeitsrente	18
§ 4	Kinderzuschuss	20
§ 5	Hinterbliebenenrente	21
§ 6	Abfindung von Kleinstrenten	23
§ 7	Rehabilitationsmaßnahmen	23
§ 8	Wegfall von Leistungen	24
§ 9	Höhe der Leistungen	24
§ 10	Versorgungsausgleich	24
§ 11	Anpassung laufender Renten, Anwartschaften	26
II.	Beiträge, Berechnung	
§ 12	Beitragsentrichtung	27
§ 13	Höhe der Beiträge	27
§ 14	Beitrags- und Leistungstabelle, Berechnung	29
§ 15	Tabellen für Anrechte aus Versorgungsausgleich	36
Anlage		
	Unfallbegriff und Ausschlüsse	39

SATZUNG

§ 1

Rechtsnatur, Sitz und Aufgaben

- (1) Das Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen (Versorgungswerk) ist die Versorgungseinrichtung der Landesärztekammer Hessen, Körperschaft des öffentlichen Rechts, mit Sitz in Frankfurt (Main). Es führt ein Dienstsiegel mit dem Wortlaut „Landesärztekammer Hessen, K.d.ö.R. -Versorgungswerk -“.
- (2) Das Versorgungswerk hat die Aufgabe zur Sicherung der Kammermitglieder im Alter und bei Berufsunfähigkeit sowie zur Sicherung der Hinterbliebenen nach § 5 a Heilberufsgesetz in der Fassung des Dritten Gesetzes zur Änderung des Heilberufsgesetzes (Gesetz über die Berufsvertretungen, die Berufsausübung, die Weiterbildung und die Berufsgerichtsbarkeit der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker, Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Heilberufsgesetz) i.d.F. der Bek. v. 07.02.2003 (GVBl. I S. 66, 242) zuletzt geändert durch Gesetz vom 16.10.2006 (GVBl. I S. 519) Versorgungsleistungen nach Maßgabe dieser Satzung und der Versorgungsordnung des Versorgungswerkes zu gewähren, wenn sie Mitglieder des Versorgungswerkes sind.
- (3) Das Versorgungswerk verwaltet ein eigenes Vermögen, das nicht für die Verbindlichkeiten der Landesärztekammer haftet; das Vermögen der Landesärztekammer haftet nicht für die Verbindlichkeiten des Versorgungswerkes.
- (4) Das Versorgungswerk kann im Rechtsverkehr unter seinem eigenen Namen handeln, klagen und verklagt werden.

§ 2

Bekanntmachungen

- (1) Bekanntmachungen des Versorgungswerkes an die Mitglieder erfolgen durch Veröffentlichung im Hessischen Ärzteblatt, an die Leistungsempfänger durch Einzelnachricht.
- (2) Öffentliche Zustellungen im Sinne des Verwaltungszustellungsgesetzes erfolgen durch Aushang am Schwarzen Brett des Versorgungswerkes der Landesärztekammer Hessen, sofern die persönliche Zustellung nicht möglich ist.

§ 3

Organe des Versorgungswerkes

sind:

1. die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen,
2. der Vorstand.

§ 4 Aufgaben der Delegiertenversammlung

- (1) Die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen ist das oberste Organ des Versorgungswerkes.
- (2) Die Delegiertenversammlung beschließt über
 1. die Satzung des Versorgungswerkes und die Versorgungsordnung sowie deren Änderungen und Ergänzungen jeweils mit einer Mehrheit von 2/3 aller gewählten Mitglieder,
 2. die Wahl und die Abberufung der Mitglieder des Vorstandes,
 3. die Bestimmung des Prüfers für die Jahresrechnung,
 4. die Feststellung des Jahresabschlusses des Versorgungswerkes,
 5. die Entlastung des Vorstandes,
 6. die Auflösung des Versorgungswerkes mit einer Mehrheit von 4/5 aller gewählten Mitglieder sowie über die im Zuge der Abwicklung erforderlichen Maßnahmen. Für die Auflösung des Versorgungswerkes ist eine zweite Lesung und Beschlussfassung in einer anderen Delegiertenversammlung frühestens vier Wochen nach dem ersten Auflösungsbeschluss, bindend vorgeschrieben.
 7. die Anträge, die der Vorstand des Versorgungswerkes über Angelegenheiten des Versorgungswerkes der Delegiertenversammlung zur Beschlussfassung vorlegt.
- (3) Die Beschlüsse zu Absatz 2 Nr. 1 und 6 bedürfen der Genehmigung der Aufsichtsbehörde.
- (4) Das Präsidium der Landesärztekammer Hessen setzt die Anträge oder Vorlagen des Vorstandes des Versorgungswerkes auf die Tagesordnung der nächsten Delegiertenversammlung. Die inhaltliche Verantwortung für die Tagesordnungspunkte des Versorgungswerkes und deren Umsetzung obliegt dem Versorgungswerk. Im Übrigen gelten für die Vorbereitung und Durchführung der Delegiertenversammlung die entsprechenden Bestimmungen der Hauptsatzung und der Geschäftsordnung der Landesärztekammer.

§ 4 a Der Vorstand

- (1) Der Vorstand ist der leitende Ausschuss nach § 5 a Abs. 3 Heilberufsgesetz.
- (2) Der Vorstand besteht aus 7 Mitgliedern der Landesärztekammer Hessen. Von diesen 7 Ärzten/Ärztinnen des Vorstandes sollen 2 dem Kreis der niedergelassenen Ärzte, 2 dem Kreis der angestellten Ärzte und 1 dem Kreis der Versorgungsempfänger angehören. Es gilt der Berufsstatus zum Zeitpunkt der Wahl. In den Ruhestand getretene Ärzte/Ärztinnen werden dem Kreis ihrer zuletzt ausgeübten Berufstätigkeit zugerechnet. Dem Vorstand können nur Mitglieder des Versorgungswerkes angehören.
- (3) Die Mitglieder des Vorstandes werden von der Delegiertenversammlung in getrennten Wahlgängen mit einfacher Stimmenmehrheit der anwesenden Mitglieder für die

Dauer von fünf Jahren gewählt. Sie dürfen nicht zugleich Mitglieder des Finanzausschusses, des Präsidiums oder der Geschäftsführung der Landesärztekammer Hessen sein. Wiederwahl ist zulässig.

Der/die Präsident/in der Landesärztekammer Hessen ist zu den Sitzungen einzuladen. Im Falle der Verhinderung kann er/sie sich durch den/die Vizepräsident/in oder ein Mitglied des Präsidiums vertreten lassen.

- (4) Die Mitglieder des Vorstandes üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus. Aufwandsentschädigungen und Kostenerstattungen werden durch Beschluss der Delegiertenversammlung geregelt und bedürfen der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde.
- (5) Die Delegiertenversammlung kann den Vorstand oder einzelne seiner Mitglieder vor Ablauf der Wahlperiode mit 2/3 Mehrheit ihrer Mitglieder abberufen, wenn Tatbestände vorliegen, die seine/ihre Wählbarkeit oder Vertrauenswürdigkeit ausschließen. In diesem Falle wählt die Delegiertenversammlung in derselben Sitzung unter Beachtung des Aufteilungsschlüssels gemäß Abs. 2 Satz 2 mit einfacher Stimmenmehrheit der anwesenden Mitglieder die Nachfolger der abberufenen Mitglieder des Vorstandes. Scheidet ein Mitglied aus dem Vorstand aus anderen Gründen aus, so wählt die Delegiertenversammlung in ihrer nächsten Sitzung unter Beachtung des Aufteilungsschlüssels gemäß Abs. 2 Satz 2 den/die Nachfolger/in.
- (6) Der Vorstand wählt in seiner konstituierenden Sitzung aus seiner Mitte den/die Vorsitzende/n und den/die Stellvertreter/in mit einfacher Stimmenmehrheit.
- (7) Nach Ablauf seiner Amtszeit führt der Vorstand die Geschäfte bis zu deren Übernahme durch den neu gewählten Vorstand weiter.
- (8) Der Vorstand hat folgende Aufgaben:
 1. den Geschäftsablauf des Versorgungswerkes zu leiten und zu überwachen; der Vorstand kann Einzelanweisungen an den/die Geschäftsführer/in oder die Geschäftsführer/innen im Stellvertretungsfall an dessen/deren Stellvertreter/innen erteilen.
 2. den/die Geschäftsführer/in oder die Geschäftsführer/innen bzw. dessen/deren Stellvertreter/innen zu bestellen und abzurufen,
 3. der Delegiertenversammlung den Prüfer für die Jahresrechnung vorzuschlagen; nach Bestimmung des Prüfers durch die Delegiertenversammlung bestellt ihn der Vorstand im Einvernehmen mit der Aufsichtsbehörde,
 4. die Bilanz, die Gewinn- und Verlustrechnung, den Prüfbericht und den Geschäftsbericht der Delegiertenversammlung vorzulegen,
 5. Richtlinien für die Vermögensanlage des Versorgungswerkes zu erstellen,
 6. über Erwerb, Veräußerung und Verwertung von Vermögenswerten und Grundstücken des Versorgungswerkes gemäß den nach Nr. 5 zu erstellenden Richtlinien zu beschließen,

7. in dringenden Einzelfällen vorläufige Regelungen zu treffen und die hierfür notwendigen Änderungen und Ergänzungen der Satzung und der Versorgungsordnung der nächsten Delegiertenversammlung zur Beschlussfassung vorzulegen. Die Delegiertenversammlung kann die vorläufig getroffenen Regelungen aufheben.
 8. einen Treuhänder für den Deckungsstock, falls die Aufsichtsbehörde dies verlangt, zu bestimmen; der Vorstand bestellt den Treuhänder im Einvernehmen mit der Aufsichtsbehörde.
- (9) Das vorsitzende Mitglied des Vorstandes vertritt das Versorgungswerk gerichtlich und außergerichtlich.
 - (10) Erklärungen, die das Versorgungswerk vermögensrechtlich verpflichten, werden, soweit es sich nicht um laufende Geschäfte handelt, von dem vorsitzenden Mitglied des Vorstandes oder dessen/deren Stellvertreter/in sowie einem weiteren Mitglied des Vorstandes oder einem/einer Geschäftsführer/in oder dessen/deren Stellvertreter/in schriftlich abgegeben. Die Abgrenzung der laufenden Geschäfte und die Zeichnungsbefugnisse des/der Geschäftsführers/in oder der Geschäftsführer/innen im Übrigen werden in einer vom Vorstand erlassenen Geschäftsordnung vorgenommen.
 - (11) Der Vorstand handelt als Dienststellenleiter nach § 8 Abs. 3 Hessisches Personalvertretungsgesetz. Er kann sich durch das vorsitzende Mitglied oder das ständige stellvertretende Mitglied vertreten lassen.
 - (12) Der Vorstand stellt die Geschäftsordnungen für das Versorgungswerk einschließlich der Geschäftsführung auf. Er gibt sie der Delegiertenversammlung zur Kenntnis.

Der Vorstand kann Berater z.B. aus den Bereichen des Bankwesens, der Versicherungsmathematik und des Rechtswesens hinzuziehen.
 - (13) Der Vorstand ist Widerspruchsbehörde im Sinne des § 73 der Verwaltungsgerichtsordnung gegenüber den Entscheidungen des/der Geschäftsführers/in, der Geschäftsführer/innen oder des/der von ihm/ihr/ihnen in der Abteilung beauftragten Mitarbeiters/in.

§ 4 b Geschäftsführer/innen

Der Vorstand bestellt mindestens 2 Geschäftsführer/innen sowie deren Vertretung. Er schließt mit den Geschäftsführern/innen jeweils den Anstellungsvertrag. Der Vorstand kann jede/n Geschäftsführer/in sowie die jeweiligen Vertreter jederzeit abberufen. Der Vorstand legt die erforderlichen Qualifikationen nach den Bedürfnissen des Versorgungswerkes fest. Die Geschäftsführer/innen führen die laufenden Geschäfte des Versorgungswerkes in ihren jeweiligen Ressorts.

§ 4 c **Haftungsbeschränkung**

Die Organe des Versorgungswerkes (§ 3 der Satzung) und seine Vertretungsberechtigten haften lediglich für den Schaden, der dem Versorgungswerk aus einer vorsätzlichen oder grob fahrlässigen Verletzung der ihnen obliegenden Pflichten entsteht. Für die Organmitglieder und die Vertretungsberechtigten ist angemessener Versicherungsschutz sicherzustellen.

§ 5 **Der Versicherungsmathematiker als Sachverständiger**

- (1) Der Vorstand bestellt für jedes Geschäftsjahr einen Sachverständigen (Versicherungsmathematiker). Dem Vorstand obliegt insbesondere die Anpassung der Rechnungsgrundlagen des Versorgungswerkes.
- (2) Der Sachverständige ist zu allen Sitzungen der Delegiertenversammlung – soweit Fragen des Versorgungswerkes behandelt werden – und im Bedarfsfalle zu den Sitzungen des Vorstandes einzuladen.

§ 6 **Mitgliedschaft**

- (1) Mitglieder des Versorgungswerkes werden alle Kammerangehörigen, die eine ärztliche Tätigkeit ausüben und nicht berufsunfähig sind. Ausgenommen sind Personen, die zur Zeit ihrer Aufnahme das 60. Lebensjahr bereits vollendet haben oder Ärzte, die zum 01.01.2005 das 45. Lebensjahr vollendet haben und zu diesem Zeitpunkt nicht Mitglied einer berufsständischen Versorgungseinrichtung sind.
- (2) Die Mitglieder des Versorgungswerkes haben diesem jederzeit die zur Erfüllung seiner Aufgaben notwendigen Angaben, insbesondere über Einnahmen aus ärztlicher Tätigkeit zu machen und darüber verlangte Nachweise zu erbringen. Das Versorgungswerk ist berechtigt, die Angaben und Nachweise zu prüfen, Erhebungen anzustellen und erforderlichenfalls die Vorlage weiterer Nachweise zu verlangen.

§ 7 **Ausnahmen von der Mitgliedschaft**

- (1) Ausgenommen von der Mitgliedschaft sind Ärzte, die
 - a) als Beamte des Bundes, des Landes, der Gemeinden oder einer Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts tätig sind, wenn ihnen eine Anwartschaft auf lebenslängliche Versorgung und auf Hinterbliebenenversorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen gewährleistet ist,
 - b) als Angestellte des Bundes, des Landes, der Gemeinden oder einer Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts tätig sind, wenn ihnen ohne Selbstbeteiligung oder aufgrund einer besonderen Zusage in ihrem Dienst- oder Anstellungsvertrag eine Anwartschaft auf lebenslängliche Versorgung und auf Hinterbliebenenversorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen gewährleistet ist,

- c) Sanitätsoffiziere als Berufssoldaten sind,
 - d) als Bezieher eines Stipendiums der Versicherungspflicht nicht unterliegen,
 - e) freiwillige Mitglieder der Landesärztekammer Hessen sind.
- (2) Tritt ein Ausnahmegrund nach Abs. 1 ein, so hat das Mitglied dies dem Versorgungswerk binnen 6 Monaten anzuzeigen. Wird der Grund für die Ausnahme von der Mitgliedschaft anerkannt, scheidet der Betroffene aus dem Versorgungswerk aus. Das Ausscheiden wird bei fristgemäßer Anzeige mit Beginn des Ausnahmegrundes wirksam, sonst vom 1. des Monats an, in dem die Anzeige eingeht. § 13 Abs. 2 der Satzung gilt entsprechend.
 - (3) Über das Vorliegen von Ausnahmegründen entscheidet der/die zuständige Geschäftsführer/in oder der/die von ihm/ihr in der Abteilung beauftragte Mitarbeiter/in im Widerspruchsverfahren der Vorstand.
 - (4) Ab Wegfall des Grundes für die Ausnahme nach Abs. 1 gilt § 6 der Satzung.

§ 8
Vertragsärzte in Hessen
 (§ 18 der Zulassungsverordnung)

- (1) Mit Beginn der vertragsärztlichen Tätigkeit nach § 18 der Zulassungsverordnung in Hessen ermäßigt sich der Pflichtbeitrag auf 50 % des Beitrages gemäß § 13 Abs. 1 Satz 1 der Versorgungsordnung. Das Gleiche gilt für Ärzte, die bereits bei Errichtung des Versorgungswerkes rechtskräftig zur RVO-Kassenpraxis in Hessen zugelassen waren. § 9 Abs. 1 Satz 2 der Versorgungsordnung gilt.
- (2) Auf Antrag kann eine darüber hinausgehende Ermäßigung bis höchstens 3/10 des vollen Pflichtbeitrages nach § 13 Abs. 1 Satz 1 der Versorgungsordnung für die Zeitdauer von höchstens 12 Monaten ab Zeitpunkt des Beginns der vertragsärztlichen Tätigkeit nach § 18 der Zulassungsverordnung gewährt werden, wenn die Einnahmen aus ärztlicher Tätigkeit abzüglich Betriebsausgaben eine Beitragshöhe von 50 % als nicht angemessen erscheinen lassen. § 9 der Satzung gilt entsprechend. Die Zugehörigkeit zur Erweiterten Honorarverteilung (EHV) bewirkt keine Befreiung. § 9 Abs. 1 Satz 2 der Versorgungsordnung gilt. Einnahmen aus ärztlicher Tätigkeit im Sinne des § 15 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV) sind die nach den allgemeinen Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommensteuerrechts ermittelten Gewinne aus einer selbständigen Tätigkeit.
 Bei der Ermittlung der Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit sind steuerliche Vergünstigungen unberücksichtigt zu lassen und Veräußerungsgewinne abzuziehen.
 Der Einkommensnachweis ist durch Vorlage des letzten Einkommensteuerbescheides zu erbringen.
- (3) Eine Ermäßigung gemäß Abs. 2 darf nur erfolgen, wenn der darauf gerichtete schriftliche Antrag mit den entsprechenden Nachweisen von dem nach § 18 der Zulassungsverordnung zugelassenen Vertragsarzt innerhalb einer Frist von 6 Monaten nach Eröffnung der Vertragsarztpraxis beim Versorgungswerk gestellt wird. Bei Fristversäumnis wird die Ermäßigung erst vom 1. des Monats an gewährt, in dem der Antrag beim Versorgungswerk eingeht.

- (4) In Härtefällen ist auf Antrag innerhalb einer Frist von 6 Monaten nach Eintritt des Härtefalles eine über die in Abs. 2 festgelegten Bestimmungen hinausgehende Verlängerung der Zeitdauer der Ermäßigung möglich.
- (5) Über Anträge auf Befreiung (Ermäßigung) entscheidet der/die zuständige Geschäftsführer/in oder der/die von ihm/ihr in der Abteilung beauftragte Mitarbeiter/in, im Widerspruchsverfahren der Vorstand.

§ 9 Befreiung und Ermäßigungen

- (1) Auf ihren Antrag werden von der Mitgliedschaft befreit:
 - a) Kammerangehörige, die Beamte auf Widerruf oder auf Probe oder Sanitätsoffiziere als Soldaten auf Zeit sind,
 - b) teilbeschäftigte angestellte Kammerangehörige, die nach dem Sechsten Buch des Sozialgesetzbuches (SGB VI) nicht versicherungspflichtig und die im Laufe eines Kalenderjahres nicht mehr als 2 Monate beschäftigt sind.
- (2) Auf ihren Antrag erhalten eine Beitragsermäßigung:
 - a) angestellte Ärzte, die den Grundwehrdienst, den Zivildienst oder eine Wehrübung ableisten, sofern der Arbeitgeber oder Dritte nicht zur Beitragsentrichtung verpflichtet sind oder keine Dienstbezüge weiter gewährt werden sowie Kammerangehörige, die Beamte auf Widerruf oder auf Probe oder Sanitätsoffiziere als Soldaten auf Zeit sind,
 - b) Mitglieder des Versorgungswerkes, die sich im gesetzlichen Mutterschutz oder in Elternzeit befinden (dies gilt entsprechend für nicht angestellte Mitglieder des Versorgungswerkes),
 - c) Mitglieder des Versorgungswerkes, die arbeitslos sind ab dem 1. des Monats der Meldung bei der Agentur für Arbeit, frühestens ab dem Zeitpunkt der Beendigung des Arbeitsverhältnisses, soweit nicht Dritte zur Beitragsentrichtung verpflichtet sind,
 - d) Mitglieder des Versorgungswerkes, die arbeitsunfähig krank sind, vom Zeitpunkt dieser Arbeitsunfähigkeit an, bei angestellten Ärzten mit Wegfall der Gehaltszahlung, sofern die Arbeitsunfähigkeit infolge Erkrankung durch ein nicht eigenes ärztliches Attest innerhalb von 2 Wochen nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit nachgewiesen wird,
 - e) teilbeschäftigte angestellte Kammerangehörige, die nach dem SGB VI nicht versicherungspflichtig und im Laufe eines Kalenderjahres nicht mehr als 2 Monate beschäftigt sind,
 - f) Mitglieder des Versorgungswerkes, die voraussichtlich vorübergehend nicht beschäftigt oder tätig sind.

- (3) Für angestellte Kammerangehörige, die nicht von der Versicherungspflicht gemäß § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI befreit sind, ermäßigt sich der Pflichtbeitrag auf 50 %. Gleiches gilt für Kammerangehörige, die Staatsangehörige der EU-Mitgliedsstaaten sind und in einem der gesetzlichen Rentenversicherung vergleichbaren Alterssicherungssystem pflicht- oder freiwillig versichert sind und entsprechende Beiträge entrichten.
- (4) Niedergelassenen Ärzten in Hessen ohne Vertragsarztzulassung nach § 18 der Zulassungsverordnung und niedergelassenen Ärzten außerhalb Hessens kann auf Antrag ab Beginn der ärztlichen Tätigkeit eine Beitragsermäßigung für die Dauer von höchstens 12 Monaten bis auf 3/10 des Beitrages gemäß § 13 Abs. 1 Satz 1 der Versorgungsordnung gewährt werden, wenn die Einnahmen aus ärztlicher Tätigkeit abzüglich der Betriebsausgaben einen Beitrag gemäß § 13 Abs. 1 Satz 1 der Versorgungsordnung nicht vertretbar erscheinen lassen. Für die Antragsfrist gilt § 8 Abs. 3 der Satzung entsprechend.

In besonderen Härtefällen ist auf Antrag innerhalb einer Frist von 3 Monaten nach Eintritt des Härtefalles eine darüber hinausgehende Verlängerung der Zeitdauer der Ermäßigung oder eine weitere Reduzierung der Höhe des Beitrages möglich. Der Beitrag darf 1/10 des Beitrages gemäß § 13 Abs. 1 Satz 1 der Versorgungsordnung nicht unterschreiten.

- (5) Eine Befreiung von der Mitgliedschaft oder eine Beitragsermäßigung ist nur möglich, wenn sie innerhalb einer Frist von 6 Monaten nach Eintritt der Voraussetzung nach Abs. 1 - 4 beim Versorgungswerk schriftlich unter Beifügung der entsprechenden Unterlagen beantragt wird.
Bei Fristversäumnis wird die Befreiung (Ermäßigung) erst vom 1. des Monats an gewährt, in dem der Antrag beim Versorgungswerk eingeht.
- (6) Über die Befreiung (Ermäßigung) entscheidet der/die zuständige Geschäftsführer/in oder der/die von ihm/ihr in der Abteilung beauftragte Mitarbeiter/in, im Widerspruchsverfahren der Vorstand.
- (7) Sind die Voraussetzungen, die zu einer Befreiung von der Mitgliedschaft oder zu einer Beitragsermäßigung geführt haben, entfallen, so hat der Kammerangehörige dies dem Versorgungswerk unverzüglich schriftlich mitzuteilen und vom Zeitpunkt des Wegfalls der Voraussetzungen an den Pflichtbeitrag gemäß § 13 der Versorgungsordnung zu entrichten.

§ 10

Aufhebung der Ausnahme oder Befreiung

- (1) Kammerangehörige, die nach § 7 der Satzung von der Mitgliedschaft ausgenommen oder nach § 9 Abs. 1 der Satzung von der Mitgliedschaft befreit sind, können durch schriftliche Willenserklärung gegenüber dem Versorgungswerk beantragen, die Ausnahme oder Befreiung mit Wirkung vom Beginn des folgenden Monats aufzuheben bzw. Mitglied zu werden.
- (2) Diesem Antrag kann nur stattgegeben werden, wenn sich der Antragsteller einer ärztlichen Untersuchung auf seine eigenen Kosten unterzieht und diese keine Anhaltspunkte für ein erhöhtes Risiko einer Berufsunfähigkeit ergibt.

- (3) Aufgrund des Untersuchungsergebnisses entscheidet der/die zuständige Geschäftsführer/in oder der/die von ihm/ihr in der Abteilung beauftragte Mitarbeiter/in, im Widerspruchsverfahren der Vorstand, über die Annahme des Antrages.
- (4) Der Antrag gemäß Abs. 1 kann nur mit Wirkung für die Zukunft zurückgenommen werden.

§ 11 Höherversorgung

- (1) Mitglieder des Versorgungswerkes können freiwillig zusätzliche Beiträge entrichten. Die Höhe des Gesamtbeitrages darf eine Veranlagung des Versorgungswerkes zur Körperschaftssteuer nicht auslösen. Als Höherversorgungsbeiträge sind solche anzusehen, die freiwillig entrichtet werden oder über dem Pflichtbeitrag gemäß § 13 der Versorgungsordnung liegen. Als Höherversorgungsbeiträge sind auch anzusehen Beiträge, die infolge eines Antrages nach § 10 der Satzung entrichtet werden.
- (2) Mitglieder, deren Pflichtbeitrag sich gemäß § 8 Abs. 1 der Satzung auf 50 % des Pflichtbeitrages nach § 13 Abs. 1 der Versorgungsordnung ermäßigt, können eine Höherversorgung von höchstens ebenfalls 50 % des Pflichtbeitrages gemäß § 13 Abs. 1 der Versorgungsordnung beantragen, die der Berechnung nach § 14 Buchst. a der Versorgungsordnung unterliegt. Die Höhe des Gesamtbeitrages darf eine Veranlagung des Versorgungswerkes zur Körperschaftssteuer nicht auslösen.
 - a) Der Antrag auf eine solche Höherversorgung muss innerhalb von 6 Monaten nach Eröffnung der Vertragsarztpraxis nach § 18 der Zulassungsverordnung, aber vor Eintritt des Versorgungsfalles, schriftlich beim Versorgungswerk gestellt werden.
 - b) Wird der Antrag erst nach Ablauf der Frist nach Abs. 2 Buchst. a gestellt, kann ihm nur stattgegeben werden, wenn sich der Antragsteller einer ärztlichen Untersuchung auf seine eigenen Kosten unterzieht und das Untersuchungsergebnis keine Anhaltspunkte für ein erhöhtes Risiko einer Berufsunfähigkeit ergibt. Aufgrund des Untersuchungsergebnisses entscheidet der/die zuständige Geschäftsführer/in oder der/die von ihm/ihr in der Abteilung beauftragte Mitarbeiter/in, im Widerspruchsverfahren der Vorstand, über die Annahme des Antrages.

§ 12 Nachversicherung

- (1) Beim Versorgungswerk können Kammerangehörige, die nach dem 31.12.1972 aus einer versicherungsfreien Beschäftigung (§ 5 SGB VI) ausscheiden, nachversichert werden, wenn sie innerhalb eines Jahres nach dem Ausscheiden Mitglieder des Versorgungswerkes der Landesärztekammer Hessen werden oder während der versicherungsfreien Beschäftigung bis zum Ausscheiden Mitglieder des Versorgungswerkes waren. Der Arbeitgeber hat auf Antrag des Nachzuversichernden den Betrag der Beiträge, der an die Deutsche Rentenversicherung Bund zu entrichten wäre, mit befreiender Wirkung an das Versorgungswerk zu zahlen, wenn der Antragsteller dem Versorgungswerk im Zeitpunkt der Antragstellung angehörte. Er übersendet dem Versorgungswerk auch die in § 186 SGB VI genannte Bescheinigung.

- (2) Der Antrag nach Abs. 1 ist innerhalb eines Jahres nach dem Ausscheiden zu stellen. Ist das nachzuversichernde Mitglied verstorben, so steht das Antragsrecht der Witwe, dem Witwer oder dem überlebenden Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes (LPartG) zu. Ist eine Witwe, ein Witwer oder ein überlebender Lebenspartner im Sinne des LPartG nicht vorhanden, so können alle Waisen gemeinsam und, wenn auch keine Waisen vorhanden sind, jeder frühere Ehegatte oder Lebenspartner im Sinne des LPartG den Antrag stellen. Grund, Art und Höhe der Leistungen richten sich nach den Vorschriften der Versorgungsordnung.
- (3) Die Nachversicherungsbeiträge sind so zu behandeln, als ob sie als Beiträge gemäß § 13 der Versorgungsordnung in der Zeit entrichtet worden wären, für die die Nachversicherung durchgeführt wurde.
Für die Verrentung der ab 01.04.1992 gezahlten Nachversicherungsbeiträge ist das in der Beitrags- und Leistungstabelle (§ 14 der Versorgungsordnung) definierte Alter maßgeblich, welches das Mitglied bei Eingang des Nachversicherungsbeitrages erreicht hat.
Diese Bestimmungen gelten auch für Nachversicherungsbeiträge, die in übergeleiteten Beiträgen enthalten sind.
- (4) Der Eintritt des Versorgungsfalles bei einem Mitglied steht der Nachversicherung nicht entgegen. Im Übrigen gilt § 8 Abs. 4 Satz 3 SGB VI entsprechend.

§ 13 Beendigung der Mitgliedschaft, Folgen

- (1) Die Mitgliedschaft endet bei:
- a) Aufgabe der Berufstätigkeit innerhalb des Kammerbereiches und der Mitgliedschaft in der Landesärztekammer Hessen ohne Eintritt der Berufsunfähigkeit,
 - b) Aufnahme beruflicher Tätigkeit außerhalb Hessens,
 - c) Ruhen oder Entzug der ärztlichen Approbation.
- (2) Liegen die Voraussetzungen des Abs. 1 vor und ist keine Überleitung erfolgt, wird die bis zum Zeitpunkt des Ausscheidens erworbene Anwartschaft beitragsfrei aufrechterhalten (Anwartschaft aus früherer Mitgliedschaft). In diesem Fall gelten weiterhin die Bestimmungen der Versorgungsordnung mit Ausnahme der Regelungen über die Gewährung von Rehabilitationsmaßnahmen; die Bestimmungen über die Gewährung einer Berufsunfähigkeitsrente gelten nur mit den sich aus § 14 der Versorgungsordnung ergebenden Einschränkungen. Eine Erstattung von Beiträgen ist ausgeschlossen.

§ 14 Überleitung

- (1) Ist die Mitgliedschaft beendet und begründet das Mitglied eine neue Mitgliedschaft in einer anderen berufsständischen Versorgungseinrichtung mit dem ein Überleitungsabkommen besteht, können die geleisteten Beiträge ohne Zinsen und Überschussbeteiligung auf Antrag des Mitgliedes entsprechend diesem Abkommen auf die andere Versorgungseinrichtung übergeleitet werden, soweit Bestimmungen des Überleitungsabkommens dies vorsehen. Dies gilt entsprechend auch für Mitglieder, die nach Beendigung der Mitgliedschaft in einer anderen Versorgungseinrichtung eine Mitgliedschaft im Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen begründen.

- (2) Der Überleitungsantrag muss innerhalb von 6 Monaten nach Beginn der Mitgliedschaft bei der aufnehmenden Versorgungseinrichtung bei einer der beiden Versorgungseinrichtungen schriftlich gestellt werden.
- (3) Die Überleitung ist ausgeschlossen, sofern das Mitglied
 1. in dem Zeitpunkt, in dem es die Mitgliedschaft in der aufnehmenden Versorgungseinrichtung erwirbt, das 45. Lebensjahr bereits vollendet hat,
 2. in der abgebenden Versorgungseinrichtung für mehr als 60 Monate Beiträge entrichtet hat,
 3. einen Antrag auf Gewährung einer Berufsunfähigkeitsrente gestellt hat oder
 4. Ansprüche des Mitgliedes gegen das Versorgungswerk gepfändet worden sind. Näheres regeln die Überleitungsverträge.

§ 15

Zweck und Verwendung der Mittel

- (1) Die Mittel des Versorgungswerkes dürfen nur für Leistungen im Sinne der Versorgungsordnung, zur Deckung der Verwaltungskosten sowie zur Bildung der Deckungsrückstellungen und der sonstigen erforderlichen Rückstellungen und Rücklagen verwendet werden.
- (2) Das Versorgungswerk hat jährlich eine versicherungsmathematische Bilanz durch einen Sachverständigen aufstellen zu lassen.

Ergibt sich nach dieser Bilanz ein Überschuss, so sind mindestens 5 % dieses Überschusses einer Verlustrücklage zuzuweisen, bis diese Verlustrücklage 5 % der Deckungsrückstellung erreicht oder nach Inanspruchnahme wieder erreicht hat. Der verbleibende Überschuss wird der Rückstellung für Überschussbeteiligung überwiesen. Der Rückstellung für Überschussbeteiligung dürfen Beträge nur zur Verbesserung der Versorgungsleistungen oder zur Deckung von Verlusten entnommen werden.

Die Verlustrücklage darf nur zur Deckung von Verlusten und nur dann in Anspruch genommen werden, wenn die Rückstellung für Überschussbeteiligung verbraucht ist.
- (3) Jede Verwendung der Rückstellung für Überschussbeteiligung zur Verbesserung der Versorgungsleistungen oder zur Deckung von Verlusten bedarf des Beschlusses der Delegiertenversammlung und der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde.

§ 16

Übergangs- und Schlussbestimmungen

- (1)
 - a) Ergibt eine nachträgliche Prüfung von Rentenfestsetzungen oder erhobenen Rentenansprüchen, dass eine Leistung zu Unrecht abgelehnt, entzogen, eingestellt oder zu niedrig oder zu hoch festgestellt wurde, ist sie neu festzustellen.
 - b) Irrtümlich gezahlte Leistungen können nicht zurückgefordert werden. Erschlichene Leistungen sind zurückzufordern.
- (2)
 - a) Rentenansprüche können nicht abgetreten und nicht übertragen werden. Vereinbarungen dieser Art sind gegenüber der Landesärztekammer Hessen - Versorgungswerk - rechtlich unwirksam.

- b) Ansprüche auf Dienst- und Sachleistungen können nicht gepfändet werden.
 - c) Ansprüche auf einmalige Geldleistungen können nur gepfändet werden, soweit nach den Umständen des Falles, insbesondere nach den Einkommens- und Vermögensverhältnissen des Leistungsberechtigten, der Art des beizutreibenden Anspruchs sowie der Höhe und der Zweckbestimmung der Geldleistung, die Pfändung der Billigkeit entspricht.
 - d) Ansprüche auf laufende Geldleistungen können wie Arbeitseinkommen gepfändet werden
 - 1. wegen gesetzlicher Unterhaltsansprüche,
 - 2. wegen anderer Ansprüche nur, soweit die in Buchst. c genannten Voraussetzungen vorliegen und der Leistungsberechtigte dadurch nicht hilfsbedürftig im Sinne der Vorschriften des Zwölften Buches des Sozialgesetzbuches über die Hilfe zum Lebensunterhalt wird.
- (3) Steht dem Mitglied oder dem Leistungsberechtigten ein Anspruch auf Ersatz des Schadens gegen einen Dritten zu, so ist das Mitglied oder der Leistungsberechtigte verpflichtet, den Anspruch gegen den Dritten insoweit auf das Versorgungswerk zu übertragen, als dieses aufgrund des Schadensereignisses Versorgungsleistungen zu erbringen hat, die dem Ausgleich eines Schadens gleicher Art dienen. Die Abtretung kann nicht zum Nachteil des Mitgliedes oder des Leistungsberechtigten geltend gemacht werden. Gibt das Mitglied oder der Leistungsberechtigte seinen Anspruch gegen den Dritten oder ein zur Sicherung des Anspruchs dienendes Recht auf, so wird das Versorgungswerk von seiner Pflicht zur Versorgungsleistung insoweit frei, als es aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können. Richtet sich der Ersatzanspruch des Mitgliedes oder des Leistungsberechtigten gegen einen mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebenden Familienangehörigen, so besteht keine Verpflichtung zur Abtretung, sofern der Angehörige den Schaden nicht vorsätzlich verursacht hat. Das Recht auf Leistung kann erst geltend gemacht werden, wenn der Schadensersatzanspruch übertragen worden ist.
- (4) Ansprüche auf Beiträge verjähren in 5 Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie fällig geworden sind. Ansprüche auf Leistungen verjähren in 5 Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie entstanden sind. Die Verjährung wird durch schriftlichen Antrag auf Leistung oder durch Erhebung eines Widerspruchs unterbrochen. Die Unterbrechung dauert bis zur Bekanntgabe der Entscheidung über den Antrag oder den Widerspruch. Im Übrigen gelten für die Hemmung, Unterbrechung und die Wirkung der Verjährung die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches entsprechend.
- (5) Das Versorgungswerk soll seine Mitglieder und Leistungsempfänger über deren Rechte und Pflichten aufklären.
- (6) Kammerangehörige, die die Bedingungen für die Mitgliedschaft beim Versorgungswerk erfüllen, bei Errichtung aber bereits berufsunfähig sind oder das 45. Lebensjahr vollendet haben, können nicht Mitglieder des Versorgungswerkes werden. Kammerangehörige, die nachweislich ausreichende Versorgungsansprüche haben, die in der Art und Höhe mit den Leistungen des Versorgungswerkes vergleichbar sind, können eine Befreiung von der Mitgliedschaft im Sinne des § 9 Abs. 1 der Satzung oder eine Beitragsermäßigung im Sinne des § 9 Abs. 2 der Satzung beantragen, sofern diese Versorgungsansprüche bis zum 30.06.1968 bestanden haben. Bei Ansprüchen an

die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung gilt als Zeitpunkt für die bereits erworbenen Versorgungsansprüche der Beginn der Mitgliedschaft im Versorgungswerk.

Ausgenommen von der Mitgliedschaft im Versorgungswerk sind Ärzte, die bis zum 31.12.2004 das 45. Lebensjahr vollendet haben und zu diesem Zeitpunkt Mitglied einer berufsständischen Versorgungseinrichtung sind, sofern deren abgebende Versorgungseinrichtung ein Mitglied des Versorgungswerkes wegen Vollendung des 45. Lebensjahres bis zum 31.12.2004 nicht aufnehmen würde (Gegenseitigkeitsvorbehalt).

Mitglieder, die in den Zuständigkeitsbereich einer anderen berufsständischen Versorgungseinrichtung wechseln und dort wegen Vollendung des 45. Lebensjahres bis zum 31.12.2004 nicht aufgenommen werden, können auf Antrag ihre Mitgliedschaft fortsetzen.

- (7) Umfang und Höhe der Beiträge sowie der Leistungen werden in der Versorgungsordnung geregelt.

§ 17 Inkrafttreten des Versorgungswerkes

Das Versorgungswerk tritt am 01.01.1968 in Kraft.

VERSORGUNGSORDNUNG

I. LEISTUNGEN DES VERSORGUNGSWERKES

§ 1 Leistungsarten, Rechtsanspruch, Zahlungsweise

- (1) Das Versorgungswerk gewährt auf schriftlichen Antrag seinen Mitgliedern und deren Hinterbliebenen nach Erfüllung der Voraussetzungen die folgenden Leistungsarten:
 - a) Altersrente,
 - b) Berufsunfähigkeitsrente,
 - c) Kinderzuschuss,
 - d) Hinterbliebenenrente,
 - e) Rehabilitationsmaßnahmen.
- (2) Nur auf die Leistungen des Versorgungswerkes gemäß Abs. 1 Buchst. a bis Buchst. d besteht ein Rechtsanspruch.
- (3) Alle Renten werden monatlich im Voraus gezahlt.
- (4) Leistungsempfänger der Leistungsarten gemäß Abs. 1 Buchst. a bis d oder deren Hinterbliebene, Erben oder Sorgeberechtigte, haben Änderungen bezüglich der Leistungsvoraussetzungen innerhalb von 2 Wochen dem Versorgungswerk schriftlich mitzuteilen.
Nach Ablauf dieser Frist findet § 16 Abs. 1 Buchst. b Satz 2 der Satzung Anwendung.

Die verspätete Geltendmachung eines höheren Versorgungsanspruches darf sich nicht zum Nachteil des Anspruchsberechtigten auswirken (§ 16 Abs. 4 der Satzung gilt).

§ 1 a Mitwirkungspflichten

- (1) Wer Leistungen beantragt oder erhält, hat
 1. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistungen erheblich sind und auf Verlangen des Versorgungswerkes der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,
 2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen,

3. Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des Versorgungswerkes Beweisurkunden, die im Falle einer Lebensbescheinigung von einer ein amtliches Dienstsiegel führenden Stelle ausgestellt sein muss, vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen,
4. sich auf Verlangen des Versorgungswerkes ärztlichen Untersuchungsmaßnahmen zu unterziehen, soweit diese für die Entscheidung über die Leistung erforderlich sind.

Das Mitglied, das eine Berufsunfähigkeitsrente beantragt hat oder erhält, soll auf Verlangen des Versorgungswerkes an einer Weiterbildung oder einer anderen qualifizierenden Maßnahme teilnehmen, wenn zu erwarten ist, dass diese Maßnahme die Berufsunfähigkeit beseitigt oder eine drohende Berufsunfähigkeit verhindert.

Das Mitglied, das wegen Krankheit oder Behinderung eine Berufsunfähigkeitsrente beantragt oder erhält, soll sich auf Verlangen des Versorgungswerkes einer Heilbehandlung unterziehen, wenn zu erwarten ist, dass sie eine Besserung seines Gesundheitszustandes herbeiführen oder eine Verschlechterung verhindern wird. Die Kosten für Maßnahmen nach Satz 2 und 3 übernimmt das Versorgungswerk.

- (2) Die Mitwirkungspflichten nach Abs. 1 bestehen nicht, soweit
 1. ihre Erfüllung nicht in einem angemessenen Verhältnis zu der in Anspruch genommenen Leistung steht, oder
 2. ihre Erfüllung dem Betroffenen aus einem wichtigen Grund nicht zugemutet werden kann, oder
 3. das Versorgungswerk sich durch einen geringeren Aufwand als der Antragsteller oder Leistungsberechtigte die erforderlichen Kenntnisse selbst beschaffen kann.
- (3) Behandlungen und Untersuchungen, bei denen im Einzelfall ein Schaden für Leben oder Gesundheit nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann, die mit erheblichen Schmerzen verbunden sind oder die einen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeuten, können abgelehnt werden.
- (4) Wer einem Verlangen des Versorgungswerkes nach Abs. 1 Nr. 4 nachkommt, erhält auf Antrag Ersatz seiner notwendigen Auslagen in angemessenem Umfang, sofern kein anderer Kostenträger dafür aufkommt.

§ 1 b Folgen fehlender Mitwirkung

- (1) Kommt derjenige, der eine Leistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach § 1 a Abs. 1 Satz 1 der Versorgungsverordnung schuldhaft nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert, kann das Versorgungswerk ohne weitere Ermittlungen die Leistungen bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. Kommt derjenige, der eine Berufsunfähigkeitsrente beantragt hat oder erhält, seiner Mitwirkungspflicht nach § 1 a Abs. 1 Satz 2 und 3 der Versorgungsverordnung nicht nach, kann das Versorgungswerk die Leistung bis zur Nachholung ganz oder teilweise versagen oder entziehen.
- (2) Leistungen dürfen wegen fehlender Mitwirkung nur versagt oder entzogen werden, nachdem der Leistungsberechtigte auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden ist

und seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist.

§ 2 Altersrente

- (1) Jedes Mitglied des Versorgungswerkes hat auf schriftlichen Antrag Anspruch auf eine lebenslängliche zahlbare Altersrente.
Der Anspruch endet mit Ablauf des Monats, in dem das berechnigte Mitglied stirbt.
- (2) Der Anspruch auf Zahlung der Altersrente beginnt mit dem 1. des nach Vollendung des 65. Lebensjahres folgenden Monats.
- (3) Das Mitglied kann schriftlich beantragen, den Beginn der Altersrente auf einen früheren Zeitpunkt, frühestens jedoch auf den 1. des folgenden Monats zu verlegen, in dem das 60. – bzw. bei Beginn der Mitgliedschaft nach dem 31.12.2011 das 62. – Lebensjahr vollendet wird. Die Zahlung der vorgezogenen Altersrente beginnt dann frühestens mit dem Monat des Antrageinganges beim Versorgungswerk.
In diesem Fall vermindert sich die Rentenhöhe gemäß § 9 Abs. 2 der Versorgungsordnung entsprechend.
- (4) Das Mitglied kann schriftlich beantragen, den Beginn der Altersrente auf einen späteren Zeitpunkt zu verlegen. Der Antrag soll mindestens 6 Monate vor der Vollendung des 65. Lebensjahres beim Versorgungswerk gestellt werden. Mit dem Antrag kann die Erklärung des Mitgliedes verbunden sein, dass für die Dauer des Aufschubes der Altersrente die Beiträge weitergezahlt werden.
In diesem Fall kann das Mitglied eine weitere Erhöhung der Altersrente erreichen.
Das Mitglied kann den Aufschub für den Beginn der Altersrente jederzeit durch einen entsprechenden Antrag an das Versorgungswerk beenden. Die Zahlung der Altersrente beginnt dann frühestens mit dem Monat des Antrageinganges beim Versorgungswerk.

§ 3 Berufsunfähigkeitsrente

- (1) Jedes Mitglied des Versorgungswerkes hat nach Entrichtung mindestens eines bedingungsgemäßen Beitrages auf schriftlichen Antrag Anspruch auf Zahlung einer Berufsunfähigkeitsrente, wenn es infolge seiner körperlichen oder geistigen Kräfte zur Ausübung des ärztlichen Berufes unfähig ist und seine gesamte ärztliche Tätigkeit eingestellt hat. Ärztliche Tätigkeit ist jede Tätigkeit, zu deren Ausübung ein abgeschlossenes Medizinstudium ganz oder teilweise Voraussetzung ist.

Die ärztliche Tätigkeit ist im Sinne dieser Vorschrift eingestellt

1. bei angestellten Ärzten nach Fortfall der Gehaltszahlung,
 2. bei niedergelassenen Ärzten nach Einstellung der gesamten ärztlichen Tätigkeit, frühestens jedoch bei Verzicht auf die Zulassung nach § 18 der Zulassungsverordnung oder die Ermächtigung nach § 31 der Zulassungsverordnung.
Das Ruhen der Zulassung oder der Ermächtigung steht dem Verzicht gleich.
- (2) Der Anspruch auf Zahlung einer Berufsunfähigkeitsrente beginnt jeweils am 1. eines Monats

1. bei angestellten und niedergelassenen Ärzten, die ihre ärztliche Tätigkeit eingestellt haben, frühestens mit dem Monat, der dem Eintritt der Berufsunfähigkeit folgt,
2. bei angestellten und niedergelassenen Ärzten, die ihre ärztliche Tätigkeit erst nach Eintritt der Berufsunfähigkeit einstellen, mit dem Monat, der der Einstellung folgt,
3. bei Ärzten, die keine ärztliche Tätigkeit ausüben, frühestens mit dem Monat, der der Antragstellung folgt.

Wird der Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente nach Ablauf der 26. Woche von Beginn des Eintritts der Berufsunfähigkeit gestellt, beginnt die Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente frühestens mit dem 1. des dem Antrag folgenden Monats.

- (3) Die Berufsunfähigkeitsrente wird auch ohne Wartezeit fällig, wenn die Berufsunfähigkeit durch Unfall verursacht wurde. Für den Unfallbegriff und die Ausschlüsse sind die in der Anlage zur Satzung und Versorgungsordnung enthaltenen Bestimmungen maßgebend.
- (4) Wer sich vorsätzlich berufsunfähig macht, hat keinen Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente.
- (5) Die Berufsunfähigkeit wird durch zwei voneinander unabhängige Gutachter festgestellt. Antragsteller und Versorgungswerk bestimmen je einen Gutachter. Das Versorgungswerk trägt die Kosten für das von ihm bestellte Gutachten.
- (6) Die Berechnung der Berufsunfähigkeitsrente erfolgt nach § 14 der Versorgungsordnung.
- (7) Das Versorgungswerk kann zur Feststellung, ob die Voraussetzungen zum Bezug der Berufsunfähigkeitsrente noch bestehen, auf Kosten des Versorgungswerkes Nachuntersuchungen veranlassen.
Ein Mitglied, das Berufsunfähigkeitsrente bezieht, muss sich so behandeln lassen, als läge Berufsunfähigkeit nicht mehr vor, wenn es sich unzulässig weigert, der ordnungsgemäß veranlassten Nachuntersuchung nachzukommen, und es auf diese Folge vorher schriftlich hingewiesen worden ist.
- (8) Sind die Gebrechen oder die Schwächen der geistigen oder körperlichen Kräfte, die zur Aufgabe der gesamten ärztlichen Tätigkeit geführt haben, nicht mehr vorhanden, so endet der Anspruch auf die Berufsunfähigkeitsrente mit Ablauf des Monats, in dem dieser Sachverhalt festgestellt wird. Das Mitglied wird damit in den Stand vor Beginn der Rentenzahlung versetzt.
- (9) Die Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente endet mit dem Ablauf des Monats, in dem das Mitglied stirbt oder die Berufsunfähigkeit endet oder das Mitglied Anspruch auf Altersrente erwirbt. In letzterem Fall wird die Berufsunfähigkeitsrente als Altersrente weitergezahlt. Ein Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente besteht nicht nach bindender Bewilligung einer Altersrente.
- (10) Ist die Berufsfähigkeit eines Mitgliedes infolge von Krankheit oder anderen Gebrechen oder Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte gefährdet, gemindert oder aufgehoben und kann sie voraussichtlich erhalten, wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden, so kann das Versorgungswerk Maßnahmen zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Berufsfähigkeit im Einvernehmen mit dem Mitglied durchführen. § 7 Abs. 1 - 5 und 7 der Versorgungsordnung gelten entsprechend. Der Zu-

schuss kann bis zu 100 % der auf das Mitglied entfallenden Kosten, höchstens jedoch 50 % der Gesamtkosten, betragen.

- (11) Auf schriftlichen Antrag kann das Mitglied, das Berufsunfähigkeitsrente bezieht, einen Arbeitsversuch bis zur Dauer von 3 Monaten unternehmen. Der Antrag ist rechtzeitig vor Einleitung des Arbeitsversuches zu stellen. Für die Dauer des Arbeitsversuches erhält das Mitglied die bisher gezahlte Berufsunfähigkeitsrente unter Anrechnung seiner Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit. Ergibt der Arbeitsversuch die Wiedererlangung der Berufsfähigkeit, wird die Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente mit Ablauf des Monats eingestellt, in dem der Arbeitsversuch endet.
- (12) Der/die zuständige Geschäftsführer/in oder der/die von ihm/ihr in der Abteilung beauftragte Mitarbeiter/in entscheidet über das Vorliegen oder Nichtvorliegen des Versorgungsanspruches und die Maßnahmen nach Abs. 10 und 11, in Härtefällen entscheidet der/die zuständige Geschäftsführer/in mit Zustimmung des Vorstandes. Über Widersprüche gegen die Entscheidungen des/der zuständigen Geschäftsführers/in oder des/der von ihm/ihr in der Abteilung beauftragten Mitarbeiters/in entscheidet der Vorstand. Der Vorstand kann auf Kosten des Versorgungswerkes weitere erforderliche Feststellungen veranlassen und seinen Entscheidungen zugrunde legen.

§ 4 Kinderzuschuss

- (1) Alters- und Berufsunfähigkeitsrentnern wird für jedes Kind ein Kinderzuschuss in Höhe von 10 % der Alters- oder Berufsunfähigkeitsrente gewährt.
- (2) Der Kinderzuschuss wird bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres gewährt. Über diesen Zeitpunkt hinaus wird der Kinderzuschuss für dasjenige Kind gewährt, das sich in Schul- oder Berufsausbildung befindet oder das bei Vollendung des 18. Lebensjahres infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen außerstande ist, sich selbst zu unterhalten, solange dieser Zustand andauert. Der Kinderzuschuss wird jedoch längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres gewährt.
Wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Ableistung der gesetzlichen Wehr- oder Ersatzdienstpflicht verzögert, wird der Kinderzuschuss für einen der Zeit dieser Wehr- oder Ersatzdienstpflicht entsprechenden Zeitraum über das 27. Lebensjahr hinaus gewährt, höchstens jedoch für den Zeitraum, in dem vor Vollendung des 27. Lebensjahres Wehr- oder Ersatzdienstpflicht geleistet worden ist.
Bei Verheirateten oder Lebenspartnern im Sinne des LPartG entfällt der Kinderzuschuss, wenn der Ehepartner oder Lebenspartner im Sinne des LPartG in der Lage ist, seinen Unterhaltsverpflichtungen nachzukommen. In Härtefällen entscheidet der/die zuständige Geschäftsführer/in mit Zustimmung des Vorstandes.
- (3) Zum Bezug des Kinderzuschusses sind berechtigt:
 - a) eheliche Kinder,
 - b) für ehelich erklärte Kinder,
 - c) jedes als Kind angenommene Kind, soweit die Adoption vor Vollendung des 27. Lebensjahres des Kindes rechtswirksam geworden ist,
 - d) nichteheliche Kinder eines weiblichen Mitgliedes,
 - e) nichteheliche Kinder eines männlichen Mitgliedes, wenn dessen Unterhaltspflicht nach vorangegangener Anerkennung der Vaterschaft oder durch gerichtliche Entscheidung rechtswirksam festgestellt worden ist.

§ 5 Hinterbliebenenrente

(1) Hinterbliebenenrenten sind:

- a) Witwenrenten und Witwerrenten,
- b) Halb- und Vollwaisenrenten.

Der Anspruch auf Hinterbliebenenrente beginnt mit dem 1. des Monats, der auf das Ableben des Mitgliedes folgt.

(2) Hinterbliebenenrenten werden gewährt, wenn das Mitglied zum Zeitpunkt seines Todes Anwartschaft auf Alters- oder Berufsunfähigkeitsrente besaß oder Alters- oder Berufsunfähigkeitsrente bezog.

(3) Nach dem Ableben des Mitgliedes erhält die Witwe oder der Witwer eine Witwen- oder Witwerrente in Höhe von 60 % der Rente, die das Mitglied bei seinem Ableben bezog. Hat das verstorbene Mitglied noch keine Rente bezogen, so wird die Rente zugrunde gelegt, auf die es bei Vorliegen der Voraussetzungen für die Gewährung einer Berufsunfähigkeitsrente oder für die Gewährung einer aufgeschobenen Altersrente nach § 2 Abs. 4 der Versorgungsordnung im Zeitpunkt des Todes einen Anspruch gehabt hätte.

Ein Anspruch auf Witwen- oder Witwerrente besteht nicht, wenn die Ehe nach Beginn einer Altersrente oder nach Eintritt der Berufsunfähigkeit des Mitgliedes geschlossen wurde und weniger als 5 Jahre bestand.

Ist die Ehefrau oder der Ehemann um mehr als 15 Jahre jünger als das Mitglied, so wird die Witwen- oder Witwerrente für jedes weitere Jahr des Altersunterschiedes um 5 % ihres Betrages gekürzt. Wenn die Ehe länger als 15 Jahre besteht, entfällt die Kürzung. Die Kürzung entfällt ebenfalls, wenn aus der Ehe ein Kind hervorgegangen ist.

(4) Einem früheren Ehegatten des Mitgliedes, dessen Ehe mit dem Mitglied vor dem 01.07.1977 geschieden wurde, wird nach dem Tode des Mitgliedes Rente gewährt, wenn das Mitglied zur Zeit des Ablebens Unterhalt nach den Vorschriften des Ehegesetzes oder aus sonstigen Gründen zu leisten hatte.

Sind aus mehreren Ehen unterhaltsberechtigte Ehegatten vorhanden, so wird die Witwen- oder Witwerrente unter ihnen so aufgeteilt, dass jeder von ihnen nur den Teil der zu berechnenden Rente erhält, der im Verhältnis zu den anderen Berechtigten der Dauer seiner Ehe mit dem verstorbenen Mitglied entspricht.

Entfällt der Anspruch für einen Berechtigten, so werden die Ansprüche weiterer Berechtigter der Höhe nach nicht berührt.

(5) Waisenrenten werden nach dem Ableben des Mitgliedes an seine Kinder, und zwar bis zu deren Ableben, längstens bis zu dem Monat gewährt, in dem das betreffende Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

Über diesen Zeitpunkt hinaus wird die Waisenrente für dasjenige Kind gewährt, das sich in Schul- oder Berufsausbildung befindet, oder das bei Vollendung des 18. Lebensjahres infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen außerstande ist, sich selbst zu unterhalten, solange dieser Zustand andauert.

Die Waisenrenten werden jedoch längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres gewährt.

Wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung der gesetzlichen Wehr- oder Ersatzdienstpflicht unterbrochen oder verzögert, so verlängert sich die Laufzeit der Waisenrente für einen der Zeit dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das

27. Lebensjahr hinaus, höchstens jedoch für den Zeitraum, in dem vor Vollendung des 27. Lebensjahres Wehr- oder Ersatzdienstpflicht geleistet worden ist.

Bei Verheirateten entfällt die Waisenrente, wenn der Ehepartner in der Lage ist, seinen Unterhaltsverpflichtungen nachzukommen. In Härtefällen entscheidet der/die zuständige Geschäftsführer/in mit Zustimmung des Vorstandes.

(6) Zum Bezug einer Waisenrente sind berechtigt:

a) eheliche Kinder,

b) für ehelich erklärte Kinder,

c) jedes als Kind angenommene Kind, soweit die Adoption vor Vollendung des 27. Lebensjahres des Kindes rechtswirksam geworden ist,

d) nichteheliche Kinder eines weiblichen Mitgliedes,

e) nichteheliche Kinder eines männlichen Mitgliedes, wenn dessen Unterhaltspflicht nach vorangegangener Anerkennung der Vaterschaft oder durch gerichtliche Entscheidung rechtswirksam festgestellt worden ist.

(7) Die Waisenrente beträgt

bei Halbweisen	10 %,
bei Vollweisen	30 %

der Rente, die das verstorbene Mitglied bei seinem Ableben bezog. Hat das verstorbene Mitglied noch keine Rente bezogen, so wird die Rente zugrunde gelegt, auf die es bei Vorliegen der Voraussetzungen für die Gewährung einer Berufsunfähigkeitsrente oder für die Gewährung einer aufgeschobenen Altersrente nach § 2 Abs. 4 der Versorgungsordnung im Zeitpunkt des Todes einen Anspruch gehabt hätte.

(8) Die Witwen- und die Witwerrente enden mit Ablauf des Monats, in dem die Witwe oder der Witwer stirbt oder wieder heiratet.

Bei Wiederverheiratung der Witwe oder des Witwers wird eine einmalige Kapitalabfindung gezahlt.

Die Abfindung beträgt bei der ersten Wiederverheiratung der Witwe oder des Witwers vor Vollendung ihres

35. Lebensjahres 60

45. Lebensjahres 48

mit Vollendung ihres

45. Lebensjahres 36

Monatsbeträge der Witwen- oder der Witwerrente.

(9) Bei Tod durch Selbsttötung werden Hinterbliebenenrenten nur dann gewährt, wenn die Mitgliedschaft beim Tode mindestens 60 Kalendermonate bestanden hat, oder wenn die Selbsttötung in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist.

(10) Hinterbliebene haben keinen Anspruch auf Rente, wenn sie den Tod des Mitgliedes vorsätzlich herbeigeführt haben. Der/die zuständige Geschäftsführer/in oder der/die von ihm/ihr in der Abteilung beauftragte Mitarbeiter/in entscheidet über das Vorliegen oder Nichtvorliegen des Versorgungsanspruches. In Härtefällen entscheidet der/die zuständige Geschäftsführer/in mit Zustimmung des Vorstandes; im Widerspruchsverfahren entscheidet der Vorstand.

- (11) Die Abs. 1 – 10 gelten für Lebenspartner im Sinne des LPartG entsprechend.

§ 6

Abfindung von Kleinstrenten

Renten, deren Höhe 1 % der bei Eintritt des Versorgungsfalles maßgeblichen monatlichen Bezugsgröße (§ 18 SGB IV) nicht übersteigt, werden mit Zustimmung des Rentenempfängers nach versicherungsmathematischen Grundsätzen abgefunden. Mit der Zahlung des Abfindungsbetrages sind sämtliche Ansprüche gegenüber dem Versorgungswerk abgegolten.

§ 7

Rehabilitationsmaßnahmen

- (1) Das Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen kann im Rahmen der ihm nach Abs. 2 zur Verfügung stehenden Mittel seinen Mitgliedern auf Antrag einen Zuschuss zu den Kosten notwendiger, besonders aufwändiger Maßnahmen zur Erhaltung, Besserung oder Wiederherstellung der Berufsfähigkeit (Rehabilitationsmaßnahmen) gewähren. Der Antrag ist rechtzeitig vor Einleitung der Maßnahme zu stellen. Die Notwendigkeit und die Aussicht auf Erfolg der Rehabilitationsmaßnahme sind vom Antragsteller nachzuweisen und von einem vom Versorgungswerk zu bestellenden Gutachter festzustellen.
- (2) Der zur Finanzierung von Zuschüssen zu Rehabilitationsmaßnahmen dem Versorgungswerk im laufenden Jahr aus der Gewinnrückstellung zur Verfügung stehende Gesamtbetrag wird durch den versicherungsmathematischen Sachverständigen ermittelt und im versicherungsmathematischen Gutachten ausgewiesen. Dieser Gesamtbetrag darf 1 % der Beitragseinnahme des letzten vollendeten Kalenderjahres nicht überschreiten.
- (3) Der Zuschuss zu Rehabilitationsmaßnahmen wird nur zur Durchführung von Heilbehandlung gewährt. Heilbehandlung umfasst alle erforderlichen medizinischen Maßnahmen, insbesondere Behandlung in anerkannten Kur- und Badeorten sowie Spezialanstalten.
- (4) Soweit nach Gesetz, Satzung oder Vertrag für die Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen eine andere Stelle, insbesondere Berufsgenossenschaft, Sozialversicherung, Krankenversicherung, Kriegsopferversorgung oder Bundesagentur für Arbeit, zuständig ist, entfällt eine Kostenbeteiligung durch das Versorgungswerk. Das gilt auch, wenn ein Mitglied als Beamter oder Angestellter im öffentlichen Dienst für Rehabilitationsmaßnahmen Anspruch auf Beihilfe oder Tuberkulosehilfe hat.
- (5) Der/die zuständige Geschäftsführer/in oder der/die von ihm/ihr in der Abteilung beauftragte Mitarbeiter/in entscheidet über die Kostenbeteiligung und ihre Höhe unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalles, im Widerspruchsverfahren entscheidet der Vorstand.
Das Versorgungswerk kann einen Facharzt seiner Wahl als Gutachter beiziehen; die Kosten hierfür trägt das Versorgungswerk. Das Versorgungswerk kann darüber hinaus weitere Ermittlungen anstellen und dem Mitglied weitere Fragen stellen.
- (6) Die Höhe des Zuschusses nach Abs. 1 kann höchstens 50 % des Gesamtbetrages der Aufwendungen für Heilbehandlung betragen, für die das Mitglied selbst aufzukommen hat.

- (7) Zuschüsse können nicht gewährt werden, wenn der mit der beabsichtigten Maßnahme bezweckte Erfolg durch einen Erholungsaufenthalt erzielt werden kann; bei akut verlaufenden Erkrankungen oder in Fällen, in denen mit einer Wiederherstellung der Berufsfähigkeit bei Durchführung der Heilbehandlung auch während längerer Zeit nicht zu rechnen ist, gilt das Gleiche.
- (8) Der Vorstand wird ermächtigt, Richtlinien zur Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen zu erlassen.

§ 8 Wegfall von Leistungen

Stirbt ein Mitglied des Versorgungswerkes ohne leistungsberechtigte Personen zu hinterlassen, entfallen alle Leistungspflichten des Versorgungswerkes.

§ 9 Höhe der Leistungen

- (1) Die Höhe der Leistungen bestimmt sich aus den Beiträgen aller Mitglieder (Solidargemeinschaft). Die Höhe der Leistung für das einzelne Mitglied wird nach § 14 der Versorgungsordnung (Beitrags- und Leistungstabelle) entsprechend den von ihm geleisteten Beiträgen errechnet. Wird der Beitrag ermäßigt, so bemisst sich die Leistung nach dem ermäßigten Beitrag.
- (2) Wird die Gewährung der Altersrente nach § 2 Abs. 3 der Versorgungsordnung vorgezogen, so mindert sich der Betrag der lebenslänglich zahlbaren Altersrente um einen versicherungsmathematischen Abschlag.
Dabei wird die aus bereits geleisteten Beiträgen errechnete Anwartschaft auf eine nach Vollendung des 65. Lebensjahres beginnende Altersrente in Abhängigkeit vom Zeitraum der vorgezogenen Inanspruchnahme nach Maßgabe der Tabelle 3 des § 14 der Versorgungsordnung gekürzt.
- (3) Bestehen bei Eintritt des Versorgungsfalles Beitragsrückstände, so wird die Rentenhöhe nach den tatsächlich bis dahin beim Versorgungswerk eingegangenen Beiträgen und der Beitrags- und Leistungstabelle errechnet. Nachträgliche Beitragszahlungen können von dem/der zuständigen Geschäftsführer/in oder dem/der von ihm/ihr in der Abteilung beauftragten Mitarbeiter/in für einen Zeitraum von 12 Monaten zugelassen werden, wenn das Mitglied nachweislich die Entstehung des Beitragsrückstandes nicht zu vertreten hat. Die Nachweispflicht obliegt dem Mitglied oder den Rentenberechtigten.

§ 10 Versorgungsausgleich

- (1) Wird die Ehe eines Mitglieds geschieden, findet zum Ausgleich der bei dem Versorgungswerk erworbenen Anrechte die interne Teilung nach dem Versorgungsausgleichsgesetz (VersAusglG) und den Bestimmungen der folgenden Absätze statt.
- (2) Die interne Teilung erfolgt, indem zu Lasten der von dem ausgleichspflichtigen Mitglied erworbenen Anrechte auf Alters-, Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenenrente für die ausgleichsberechtigte Person Versorgungsanrechte beim Versorgungswerk übertragen werden. Die Höhe des für die ausgleichsberechtigte Person zu übertragenden Anrechts

errechnet sich nach Maßgabe der Absätze 3 bis 5 durch Verrentung des Ausgleichswertes, dem ein als Kapitalwert ermittelter Ehezeitanteil zugrunde liegt.

- (3) Der Ehezeitanteil des vom ausgleichspflichtigen Mitglied beim Versorgungswerk erworbenen Anrechts wird durch Umrechnung der aus Beiträgen und ggf. Überschussverteilungen in der Ehezeit erworbenen - beitragsfrei gestellten - Anwartschaft auf Alters-, Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenenrente in einen Kapitalwert, bezogen auf das Ende der Ehezeit, ermittelt. Bezieht das Mitglied zum Ende der Ehezeit bereits eine Berufsunfähigkeitsrente, so sind auch angerechnete Zukunftsbeiträge für die Zeit bis zum Ende der Ehezeit zu berücksichtigen.

Der Kapitalwert errechnet sich unter Anwendung der Tabelle 2 des § 14 der Versorgungsordnung. Bei zum Ende der Ehezeit bereits laufenden Altersrenten sind die Kapitalfaktoren aus Teil 2 (laufende Altersrenten) anzuwenden, ansonsten sind die Kapitalfaktoren aus Teil 1 (Anwartschaften) maßgeblich.

- (4) Der Ausgleichswert wird durch Halbierung des gemäß Absatz 3 ermittelten Kapitalwertes der ehezeitlich erworbenen Anwartschaft bestimmt. Haben beide geschiedenen Ehegatten in der Ehezeit Anrechte beim Versorgungswerk erworben, beträgt der Ausgleichswert die Hälfte der Differenz zwischen den jeweiligen Kapitalwerten.

- (4a) Haben beide geschiedenen Ehegatten in der Ehezeit Anrechte beim Versorgungswerk erworben, werden die Ausgleichswerte miteinander verrechnet und ihr Differenzbetrag der Berechnung eines Anrechts für den Ehegatten, zu dessen Gunsten der Saldo besteht, zugrunde gelegt.

- 5) Der Ausgleichswert nach Absatz 4 bzw. des Differenzbetrages nach 4a wird, bezogen auf das Ende der Ehezeit, als Einmalbeitrag für die ausgleichsberechtigte Person wie folgt verrentet:

a) Ist die ausgleichsberechtigte Person Mitglied des Versorgungswerkes oder einer entsprechenden berufsständischen Versorgungseinrichtung für Ärzte außerhalb des Bundeslandes Hessen, so wird für sie unter Anwendung der Tabelle 2 des § 14 der Versorgungsordnung ein Anrecht auf Alters-, Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenenrente errechnet.

b) Erfüllt die ausgleichsberechtigte Person die Voraussetzungen des Buchstabens a nicht, so wird für sie unter Anwendung der Tabelle 1 des § 15 der Versorgungsordnung ein Anrecht auf eine ab Vollendung des 65. Lebensjahres zahlbare bzw. bei Überschreitung dieser Altersgrenze sofort beginnende Altersrente errechnet. In diesem Fall entsteht kein Anrecht auf Berufsunfähigkeits- oder Hinterbliebenenrente.

Beantragt die ausgleichsberechtigte Person schriftlich eine Vorverlegung bzw. einen Aufschub des Beginns der Altersrente, vermindert bzw. erhöht sich die Rente entsprechend. Für die Kürzung bei Vorverlegung des Rentenbeginns findet in den Fällen des Buchstabens a Tabelle 3 des § 14 der Versorgungsordnung und in denen des Buchstabens b Tabelle 2 des § 15 der Versorgungsordnung Anwendung.

- (6) Eine Aufstockung des durch interne Teilung erworbenen Anrechts der ausgleichsberechtigten Person durch zusätzliche Zahlungen ist ausgeschlossen.

- (7) Aufgrund der internen Teilung kürzt sich das Anrecht des ausgleichspflichtigen Mitglieds beim Versorgungswerk um den Betrag, der sich zum Ende der Ehezeit für das Mitglied aus einer Verrentung des Ausgleichswertes als Anwartschaft auf Alters-, Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenenrente ergäbe. Die Verrentung erfolgt nach Tabelle 2 des § 14 der Versorgungsordnung. Bezieht das ausgleichspflichtige Mitglied bereits

eine Rente, so wird die Rente um den Anteil des in der Ehezeit erworbenen Anspruchs entsprechend dem Verhältnis des Ausgleichswertes zum Kapitalwert gemindert.

- (8) Solange der Versorgungsfall nicht eingetreten ist, kann das ausgleichspflichtige Mitglied sein aufgrund des Versorgungsausgleichs gekürztes Anrecht durch zusätzliche Zahlungen wieder ergänzen.
- (9) Hat nur einer der Ehegatten ein Anrecht beim Versorgungswerk erworben und ist der Ausgleichswert am Ende der Ehezeit nicht höher als 240 Prozent der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch, so wird unter Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen des Abschnitts 2 Unterabschnitt 3 VersAusglG eine externe Teilung durchgeführt. In diesem Fall wird der nach Absatz 4 bestimmte Ausgleichswert zur Begründung eines Anrechts außerhalb des Versorgungswerkes als Einmalbeitrag an den Träger der Zielversorgung geleistet.
- (10) In den gesetzlichen Anpassungsfällen der §§ 33, 35 und 37 VersAusglG wird die Kürzung des Anrechts des ausgleichspflichtigen Mitglieds nach Maßgabe der §§ 33 bis 38 VersAusglG auf entsprechenden Antrag ausgesetzt bzw. aufgehoben.
- (11) In Fällen, in denen ein Versorgungsausgleich nach § 20 des Lebenspartnerschaftsgesetzes (LPartG) durchzuführen ist, finden die Absätze 1 bis 10 entsprechende Anwendung.
- (12) Soweit der Versorgungsausgleich nach den vor Inkrafttreten des Gesetzes zur Strukturreform des Versorgungsausgleichs (VASTrRefG) geltenden gesetzlichen Bestimmungen durchzuführen ist, gilt weiterhin § 10 der Versorgungsordnung in der vor dem 01.07.2009 geltenden Fassung.
- (13) Der Vorstand wird ermächtigt, Richtlinien zur Durchführung des Versorgungsausgleichs zu erlassen.

§ 11 Anpassung laufender Renten, Anwartschaften

Der Vorstand hat alljährlich unter Berücksichtigung des Preisgefüges der Gesamtwirtschaft sowie der Veränderungen der Lebenshaltungskosten für Rentenempfänger die Kaufkraft der Rentenleistungen des Versorgungswerkes zu überprüfen. Nach Anhörung des versicherungsmathematischen Sachverständigen unterbreitet er der Delegiertenversammlung einen Vorschlag über die zusätzliche Gewährung freiwilliger, jederzeit widerrufbarer Rentenleistungen und/oder die Erhöhung der laufenden Anwartschaften, falls dies im Hinblick sowohl auf den Index der Gesamtwirtschaft angezeigt, als auch auf die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit und die Sicherheitsreserven des Versorgungswerkes vertretbar ist. Die Delegiertenversammlung beschließt über den Vorschlag mit der in § 4 Abs. 2 Nr. 1 der Satzung genannten Stimmenmehrheit.

II. BEITRÄGE, BERECHNUNG

§ 12 Beitragsentrichtung

- (1) Die Beiträge sind monatlich im Voraus, erstmalig für den Monat zu zahlen, in dem der Kammerangehörige Mitglied des Versorgungswerkes wird.

Bei angestellten Ärzten nach Empfang der Gehaltszahlung, spätestens jedoch zum Ende des Fälligkeitsmonats.

Beiträge sind innerhalb einer Frist von 1 Monat nach Eingang der Zahlungsaufforderung an das Versorgungswerk unter Angabe des Namens und der Anschrift des Absenders zu entrichten.

Die Beiträge sind auf eines der in der Zahlungsaufforderung genannten Konten des Versorgungswerkes zu überweisen. Sie gelten als geleistet, wenn sie auf einem dieser Konten eingegangen sind.

Die Höhe des Gesamtbeitrages darf eine Veranlagung des Versorgungswerkes zur Körperschaftsteuer nicht auslösen.

- (2) Bleibt ein Mitglied mit der Beitragszahlung über die gesetzte Frist von 1 Monat nach Eingang der Zahlungsaufforderung im Verzug, so erhebt das Versorgungswerk ohne Rücksicht auf die Dauer des Verzuges einen einmaligen Säumniszuschlag in Höhe von 2 % des rückständigen Beitrages.

Bei Zahlungsverzug von mehr als 3 Monaten nach Eingang der Zahlungsaufforderung erhebt das Versorgungswerk auf den rückständigen Beitrag Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz nach § 247 des Bürgerlichen Gesetzbuches.

Das Versorgungswerk ist berechtigt, nach Mahnung die rückständigen Beiträge zwangsweise einzuziehen. Die durch die Einziehung des Beitrages entstehenden Kosten sind von dem Mitglied zu tragen.

- (3) Alters- oder Berufsunfähigkeitsrentner haben von Rentenbeginn an keine Beiträge zu entrichten. Auf die Einkünfte während des Arbeitsversuches sind Beiträge zu entrichten, diese bleiben im Falle eines Scheiterns des Arbeitsversuches ohne Auswirkung auf die Höhe der Rente.

Bei angestellten Ärzten endet die Verpflichtung zur Beitragsentrichtung mit Wegfall der Gehaltszahlung, spätestens mit Rentenbeginn.

§ 13 Höhe der Beiträge

- (1) Der monatliche Beitrag entspricht dem jeweils geltenden Höchstbeitrag in der gesetzlichen Rentenversicherung im Sinne des § 161 Abs. 1 und 2 SGB VI der jeweils geltenden Fassung. Eine taggenaue Veranlagung findet nicht statt. Der Beitrag ändert sich bei Änderung des Höchstbeitrages zur gesetzlichen Rentenversicherung aufgrund einer Änderung des Beitragssatzes oder der Beitragsbemessungsgrenze vom gleichen Zeitpunkt an entsprechend. Der Beitrag kann in Härtefällen reduziert werden. Er beträgt mindestens 1/10 des Höchstbeitrages gemäß Satz 1.

Angestellte Ärzte, deren Bezüge unter der jeweiligen Beitragsbemessungsgrenze liegen, entrichten Beiträge gemäß §§ 157 und 159 SGB VI.

- (2) Angestellte Ärzte, die gemäß § 6 Abs.1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI von der Versicherungspflicht befreit sind, entrichten Beiträge gemäß Abs. 1.
- (3) Wehr- oder Zivildienstleistende Mitglieder, die gemäß § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI von der Versicherungspflicht befreit sind, entrichten Versorgungsbeiträge in der Höhe, in der ihnen während des Wehrdienstes oder Zivildienstes Beiträge von dritter Seite erstattet werden, mindestens in der Höhe, in der an die gesetzliche Rentenversicherung Beiträge nach §§ 157 und 159 SGB VI zu entrichten wären.

Wehr- oder Zivildienstleistende Mitglieder, die nicht gemäß § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr.1 SGB VI von der Versicherungspflicht befreit sind, entrichten Versorgungsbeiträge in der Höhe, in der ihnen während des Wehrdienstes oder Zivildienstes Beiträge von dritter Seite erstattet werden, mindestens in Höhe von 40 % des jeweiligen höchsten Pflichtbeitrages in der gesetzlichen Rentenversicherung.

- (4) Mitglieder die gemäß § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI von der Versicherungspflicht befreit sind, entrichten während der Mutterschutzfrist Beiträge in der Höhe, in der sie von dritter Seite erstattet werden.
- (5) Mitglieder, die gemäß § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI von der Versicherungspflicht befreit sind und Arbeitslosengeld oder andere Sozialleistungen nach dem Zweiten oder dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II oder SGB III) beziehen, entrichten Versorgungsbeiträge in der Höhe, in der ihnen während des Leistungsbezuges Beiträge von dritter Seite erstattet werden.

§ 14 Tabellen für Rentenberechnungen

Beitragszahlungen ab dem 01.01.2010 werden gemäß der nachfolgenden Tabelle 1 verrechnet.

Tabelle 1: Beitrags- und Leistungstabelle
(gültig für ab 01.01.2010 entrichtete Beiträge)

EA	B	R	EA	B	R
20	2,418	41,364	43	7,147	13,992
21	2,515	39,767	44	7,597	13,163
22	2,617	38,214	45	8,093	12,357
23	2,724	36,704	46	8,640	11,574
24	2,838	35,236	47	9,249	10,812
25	2,958	33,808	48	9,929	10,072
26	3,085	32,420	49	10,693	9,352
27	3,218	31,071	50	11,558	8,652
28	3,360	29,758	51	12,545	7,971
29	3,511	28,483	52	13,680	7,310
30	3,671	27,244	53	14,999	6,667
31	3,840	26,039	54	16,554	6,041
32	4,021	24,868	55	18,406	5,433
33	4,214	23,731	56	20,657	4,841
34	4,420	22,625	57	23,452	4,264
35	4,640	21,551	58	27,027	3,700
36	4,876	20,507	59	31,766	3,148
37	5,130	19,493	60	38,358	2,607
38	5,403	18,508	61	48,193	2,075
39	5,698	17,551	62	64,558	1,549
40	6,016	16,622	63	97,182	1,029
41	6,361	15,721	64	194,932	0,513
42	6,737	14,844			

Die Tabelle gibt an in der Spalte:

EA = das Eintrittsalter, d. h. das versicherungstechnische Alter*, in dem das Mitglied in das Versorgungswerk eintritt, oder falls es nicht unter die Pflichtmitgliedschaft fällt, eine freiwillige Mitgliedschaft mit dem Versorgungswerk eingeht.

B = den monatlichen zahlbaren Beitrag für die Anwartschaft auf eine Berufsunfähigkeits- und Altersrente von 10,- € monatlich.

R = den Betrag der monatlichen Rentenanswartschaft auf eine Berufsunfähigkeits- und Altersrente bei Zahlung eines monatlichen Beitrages von 10,- € bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres.

*) Ein bis zum Berechnungsstichtag (Beginn der Mitgliedschaft oder Zeitpunkt einer Beitragsänderung) mehr als zur Hälfte verbrachtes Lebensjahr wird als vollendetes Lebensjahr gerechnet.

Informativ:

Tabelle 1: Beitrags- und Leistungstabelle
(gültig für vom 01.01.2008 bis 31.12.2009 entrichtete Beiträge)

EA	B	R	EA	B	R	EA	B	R
bis								
20	1,981	50,485	35	4,000	24,998	50	10,412	9,604
21	2,068	48,363	36	4,217	23,712	51	11,331	8,825
22	2,159	46,309	37	4,451	22,469	52	12,390	8,071
23	2,256	44,324	38	4,702	21,267	53	13,620	7,342
24	2,358	42,403	39	4,973	20,107	54	15,069	6,636
25	2,466	40,544	40	5,267	18,985	55	16,798	5,953
26	2,581	38,745	41	5,586	17,902	56	18,900	5,291
27	2,702	37,005	42	5,934	16,853	57	21,515	4,648
28	2,831	35,322	43	6,314	15,839	58	24,851	4,024
29	2,968	33,694	44	6,730	14,858	59	29,274	3,416
30	3,113	32,121	45	7,190	13,908	60	35,436	2,822
31	3,268	30,599	46	7,698	12,990	61	44,643	2,240
32	3,433	29,127	47	8,264	12,101	62	59,952	1,668
33	3,610	27,704	48	8,896	11,241	63	90,498	1,105
34	3,798	26,328	49	9,607	10,409	64	181,818	0,550

Die Beitrags- und Leistungstabelle ist für laufende Beitragsentrichtungen aufgestellt. Als laufender Beitrag eines abgelaufenen Zeitabschnitts gilt der im Durchschnitt pro Monat dieses Zeitabschnitts entrichtete Beitrag.

Als maßgebender Zeitabschnitt gilt das Kalenderjahr oder - wenn bis zum Stichtag der Rentenberechnung das Kalenderjahr nicht abgeschlossen war oder sich die Mitgliedschaft zum Versorgungswerk nur auf einen Teil eines Kalenderjahres erstreckte - der mit Mitgliedschaftszeiten belegte Teil des betreffenden Kalenderjahres.

Für die Zeiten der Nachversicherung wird bei der Bildung des Durchschnittsbeitrages eine Beitragszahlung des Mitglieds in der Höhe unterstellt, in der es als Pflichtversicherter Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung hätte entrichten müssen.

Als künftiger laufender Monatsbeitrag wird angesehen:

- a) Zur Mitgliedschaft und zur Höherversorgung gemäß § 11 Abs. 2 Buchst. a und b der Satzung der Durchschnittsbeitrag der letzten 12 beim Versorgungswerk zurückgelegten beitragspflichtigen Monate vor dem Stichtag der Rentenberechnung, höchstens der festgesetzte Monatsbeitrag gemäß den §§ 7, 8 und 9 der Satzung und § 13 der Versorgungsordnung. Hat die Mitgliedschaft insgesamt weniger als 12 Monate bestanden, so gilt als künftiger laufender Beitrag der Durchschnittsbeitrag aller bis zum Versorgungsfall zurückgelegten Zeiten der Mitgliedschaft,
- b) zur Höherversorgung gemäß § 11 Abs. 1 der Satzung sowie zur freiwilligen Mitgliedschaft nach der bis zum 31.12.2004 gültigen Satzung 1/60 der Summe der in den letzten 60 Kalendermonaten vor dem Berechnungsstichtag entrichteten Beiträge.

Jede Erhöhung des laufenden Beitrages wird technisch als Beginn einer höheren Beitragsentrichtung, jede Herabsetzung des laufenden Beitrages als Minderung des laufenden Beitrages behandelt.

Zur Bestimmung des durch die Beitragsänderung höheren oder minderen Rentenanwartschafts- oder Rentenanteils werden die Werte der Beitrags- und Leistungstabelle verwendet.

Dabei ist als Eintrittsalter das versicherungstechnische Alter im Zeitpunkt der Änderung des laufenden Beitrages zugrunde zu legen und der Tabellenwert R auf die Differenz zwischen den Beiträgen vor und nach der Änderung anzuwenden.

Beitragsänderungen werden nur zum Ende eines abgelaufenen Zeitabschnitts festgestellt.

Hat das Mitglied seine Beitragszahlung zur freiwilligen Mitgliedschaft nach der bis zum 31.12.2004 gültigen Satzung oder zur Höherversorgung gemäß § 11 Abs. 1 der Satzung eingestellt, so liegt keine laufende Beitragsentrichtung hierfür vor. In diesem Fall errechnet sich die Rentenanwartschaft oder der betreffende Teil der Rentenanwartschaft nur aus den bisher tatsächlich entrichteten Beiträgen.

Tritt während einer Zeit gemäß § 9 Abs. 2 Buchst. b der Satzung, für die kein oder ein ermäßigter Beitrag entrichtet wird, oder innerhalb von 3 Monaten nach Beendigung einer solchen Zeit eine Berufsunfähigkeit ein, so wird eine Berufsunfähigkeitsrente mindestens in Höhe der Anwartschaft gewährt, die vor dem Beginn der Beitragsbefreiung oder Beitragsermäßigung erreicht war.

Im Übrigen wirken sich Zeiten gemäß § 9 Abs. 2 Buchst. b sowie Zeiten gemäß § 9 Abs. 2 Buchst. c und d der Satzung, für die kein oder ein ermäßigter Beitrag entrichtet wird, mindernd auf die Höhe der Rentenanwartschaft aus der Mitgliedschaft nur nach dem Umfang des Beitragsausfalls gemäß folgender Tabelle aus:

**Tabelle 2: Verringerung der Rentenanwartschaft bei Beitragsausfällen
Faktoren zur Berechnung des Kapitalwertes von
Rentenanwartschaften und laufenden Altersrenten
(gültig ab 01.01.2010)**

Teil 1: Anwartschaften

Maßgebliches Alter	Verringerung der mtl. Rentenanwartschaft in % der Summe der ausgefallenen Beiträge	Kapitalfaktor	Maßgebliches Alter	Verringerung der mtl. Rentenanwartschaft in % der Summe der ausgefallenen Beiträge	Kapitalfaktor
20	1,330833	75,14	43	0,690833	144,75
21	1,294167	77,27	44	0,671667	148,88
22	1,258333	79,47	45	0,652500	153,26
23	1,223333	81,74	46	0,635000	157,48
24	1,190000	84,03	47	0,616667	162,16
25	1,156667	86,46	48	0,600000	166,67
26	1,124167	88,95	49	0,583333	171,43
27	1,094167	91,39	50	0,567500	176,21
28	1,062500	94,12	51	0,550833	181,54
29	1,032500	96,85	52	0,535833	186,63
30	1,004167	99,59	53	0,521667	191,69
31	0,975833	102,48	54	0,506667	197,37
32	0,947500	105,54	55	0,493333	202,70
33	0,921667	108,50	56	0,480833	207,97
34	0,895000	111,73	57	0,470000	212,77
35	0,870000	114,94	58	0,460000	217,39
36	0,845000	118,34	59	0,450833	221,81
37	0,820833	121,83	60	0,443333	225,56
38	0,797500	125,39	61	0,438333	228,14
39	0,774167	129,17	62	0,433333	230,77
40	0,750833	133,19	63	0,430000	232,56
41	0,730833	136,83	64	0,427500	233,92
42	0,710000	140,85			

Berechnungsanleitung:

1. Spalte „Verringerung“:

Zur Ermittlung des Beitragsausfalls ist der laufende Monatsbeitrag mit der Anzahl der Ausfalltage zu multiplizieren und durch 30 zu dividieren.

Sind innerhalb dieser Zeit Beiträge entrichtet worden, so ist die Summe dieser Beiträge abzusetzen.

2. Spalte „Kapitalfaktor“:

Zur Bestimmung des Kapitalwertes einer zu einem Stichtag erworbenen mtl. Rentenanwartschaft ist der Anwartschaftsbetrag mit dem Tabellenwert zu multiplizieren, der für das zum Berechnungsstichtag maßgebende Alter des Mitglieds gilt.

Als maßgebendes Alter für die Anwendung der Tabelle gilt:

- A) für Personen, die vor dem 1.7. eines Jahres geboren sind, die Differenz zwischen dem Kalenderjahr, in das die Ausfallzeit bzw. der Stichtag fällt, abzüglich des Geburtsjahres.
- B) In allen übrigen Fällen ermäßigt sich das entsprechend A) ermittelte Alter um ein Jahr.

Teil 2: Laufende Altersrenten

Maßgebliches Alter	Kapitalfaktor	Maßgebliches Alter	Kapitalfaktor	Maßgebliches Alter	Kapitalfaktor
60	294,85	74	173,94	88	85,34
61	283,76	75	167,67	89	79,66
62	272,46	76	161,27	90	74,25
63	260,43	77	154,84	91	68,92
64	247,80	78	148,33	92	63,91
65	226,32	79	141,80	93	59,28
66	220,95	80	135,26	94	54,79
67	215,45	81	128,74	95	50,74
68	209,83	82	122,27	96	46,60
69	204,09	83	115,88	97	42,77
70	198,23	84	109,59	98	38,97
71	192,27	85	103,31	99	35,44
72	186,23	86	97,19	ab 100	31,95
73	180,13	87	91,25		

Berechnungsanleitung:

Spalte „Kapitalfaktor“:

Zur Bestimmung des Kapitalwertes einer zu einem Stichtag lfd. mtl. Altersrente ist der Rentenbetrag mit dem Tabellenwert zu multiplizieren, der für das zum Berechnungsstichtag maßgebende Alter des Mitglieds gilt.

Als maßgebendes Alter für die Anwendung der Tabelle gilt:

- A) für Personen, die vor dem 1.7. eines Jahres geboren sind, die Differenz zwischen dem Kalenderjahr, in das die Ausfallzeit bzw. der Stichtag fällt, abzüglich des Geburtsjahres.
- B) In allen übrigen Fällen ermäßigt sich das entsprechend A) ermittelte Alter um ein Jahr.

Informatorisch:

**Tabelle 2: Verringerung der Rentenanwartschaft bei Beitragsausfällen
Faktoren zur Berechnung des Kapitalwertes von
Rentenanwartschaften**

(gültig vom 01.01.2008 – 31.12.2009)

Maßgeb- liches Alter	Verringerung der mtl. Rentenanwart- schaft in % der Summe der ausge- fallenen Beiträge	Kapital- faktor	Maßgeb- liches Alter	Verringerung der mtl. Rentenanwart- schaft in % der Summe der ausge- fallenen Beiträge	Kapital- faktor
20	1,768333	56,55	43	0,817500	122,32
21	1,711667	58,42	44	0,791667	126,32
22	1,654167	60,45	45	0,765000	130,72
23	1,600833	62,47	46	0,740833	134,98
24	1,549167	64,55	47	0,716667	139,53
25	1,499167	66,70	48	0,693333	144,23
26	1,450000	68,97	49	0,670833	149,07
27	1,402500	71,30	50	0,649167	154,04
28	1,356667	73,71	51	0,628333	159,15
29	1,310833	76,29	52	0,607500	164,61
30	1,268333	78,84	53	0,588333	169,97
31	1,226667	81,52	54	0,569167	175,70
32	1,185833	84,33	55	0,551667	181,27
33	1,146667	87,21	56	0,535833	186,63
34	1,108333	90,23	57	0,520000	192,31
35	1,071667	93,31	58	0,506667	197,37
36	1,035833	96,54	59	0,495000	202,02
37	1,001667	99,83	60	0,485000	206,19
38	0,966667	103,45	61	0,476667	209,79
39	0,935000	106,95	62	0,469167	213,14
40	0,902500	110,80	63	0,462500	216,22
41	0,874167	114,39	64	0,458333	218,18
42	0,845000	118,34			

Hat das Mitglied innerhalb der Europäischen Union (EU) auch Pflichtversicherungszeiten (Versicherungszeiten im Sinne des Artikels 1 Buchst. r der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71) im Ausland zurückgelegt, so wird für die Bemessung der Berufsunfähigkeitsrente, soweit sie auf Beitragszahlungen zur Mitgliedschaft oder zur Höherversorgung gemäß § 11 Abs. 2 Buchst. a oder b der Satzung beruht, der Teil des künftigen laufenden Monatsbeitrages angerechnet, der dem Verhältnis der bis zum Stichtag der Rentenberechnung beim Versorgungswerk zurückgelegten Zeiten der Mitgliedschaft zu den bis dahin innerhalb der Europäischen Union insgesamt zurückgelegten Pflichtversicherungszeiten entspricht.

Die anteilige Anrechnung eines künftigen laufenden Monatsbeitrages (anteilige Zurechnung) erfolgt auch dann, wenn die Mitgliedschaft bereits vor dem Eintritt des Versorgungsfalles geendet hat.

Hat das Mitglied bzw. frühere Mitglied Pflichtversicherungszeiten ausschließlich bei inländischen Versorgungseinrichtungen zurückgelegt, so findet die vorstehende Regelung entsprechende Anwendung, sofern alle anderen Versorgungseinrichtungen, bei denen das Mitglied bzw. frühere Mitglied pflichtversichert war, gleichfalls eine Invalidenrente mit einer anteiligen Zurechnung gewähren.

Soweit in Fällen mit ausschließlich inländischen Pflichtversicherungszeiten die Gegenseitigkeit für die Gewährung und Berechnung einer Invalidenrente mit anteiliger Zurechnung im

Verhältnis zu anderen Versorgungsträgern nicht gewährleistet ist, gelten folgende Regelungen:

- Tritt der Versorgungsfall während der Mitgliedschaft beim Versorgungswerk ein und gewährt eine andere Versorgungseinrichtung, bei der das Mitglied pflichtversichert war, keine Invalidenrente oder lediglich eine Rente aus den tatsächlich gezahlten Beiträgen, so erfolgt bei der Anrechnung des künftigen laufenden Monatsbeitrages keine anteilige Kürzung. Erhält das Mitglied aus früherer Pflichtversicherung außerdem eine Invalidenrente mit anteiliger Zurechnung von einer weiteren Versorgungseinrichtung, so wird der auf der Zurechnung beruhende Teil dieser Leistung auf die Berufsunfähigkeitsrente des Versorgungswerkes angerechnet. Mindestens wird jedoch die Rente gewährt, die sich aus den tatsächlich gezahlten Beiträgen errechnet.
- Tritt der Versorgungsfall während der Pflichtmitgliedschaft bei einer anderen Versorgungseinrichtung ein und gewährt diese eine Invalidenrente ohne Kürzung wegen anderweitiger Versicherungszeiten, so errechnet sich die Berufsunfähigkeitsrente ausschließlich aus den tatsächlich gezahlten Beiträgen. Erhält das frühere Mitglied von der anderen Versorgungseinrichtung jedoch eine Invalidenrente mit lediglich anteiliger Zurechnung, so gewährt das Versorgungswerk gleichfalls eine Rente mit anteiliger Zurechnung, auch wenn weitere beteiligte Versorgungsträger keine Invalidenrente oder nur eine solche ohne Zurechnung gewähren.

Die Altersrentenanwartschaft errechnet sich ausschließlich aus den tatsächlich gezahlten Beiträgen. Ist das Mitglied bei Eintritt eines Versorgungsfalles nicht in einem unter den Geltungsbereich der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 fallenden Staat pflichtversichert und erhält es für die betreffende Zeit auch keine Leistung eines Versicherungsträgers eines Mitgliedstaates der EU, so errechnet sich auch im Falle der Berufsunfähigkeit die Rentenanwartschaft ausschließlich aus den tatsächlich gezahlten Beiträgen.

**Tabelle 3: Abschläge bei Inanspruchnahme einer vorgezogenen Altersrente
(gültig ab 01.01.2008)**

Vorverlegung um Monate	Kürzung um	Vorverlegung um Monate	Kürzung um
1	0,5%	31	13,4%
2	0,9%	32	13,8%
3	1,4%	33	14,2%
4	1,9%	34	14,5%
5	2,3%	35	14,9%
6	2,8%	36	15,3%
7	3,3%	37	15,7%
8	3,7%	38	16,0%
9	4,2%	39	16,4%
10	4,7%	40	16,7%
11	5,1%	41	17,1%
12	5,6%	42	17,5%
13	6,0%	43	17,8%
14	6,5%	44	18,2%
15	6,9%	45	18,5%
16	7,3%	46	18,9%
17	7,7%	47	19,2%
18	8,2%	48	19,6%
19	8,6%	49	19,9%
20	9,0%	50	20,3%
21	9,4%	51	20,6%
22	9,9%	52	20,9%
23	10,3%	53	21,2%
24	10,7%	54	21,6%
25	11,1%	55	21,9%
26	11,5%	56	22,2%
27	11,9%	57	22,5%
28	12,2%	58	22,9%
29	12,6%	59	23,2%
30	13,0%	60	23,5%

§ 15
Tabellen für Anrechte aus Versorgungsausgleich

**Tabelle 1: Verrentungsfaktoren zur Umrechnung eines Kapitalwertes
(Ausgleichwertes) in eine Anwartschaft
auf Altersrente aus Versorgungsausgleich
(gültig ab 01.01.2010)**

Teil 1: Anwartschaft auf Altersrente vor Erreichen des 65. Lebensjahres

Maßgebliches Alter	R	Maßgebliches Alter	R
20	1,511667	43	0,826667
21	1,472500	44	0,805000
22	1,432500	45	0,785000
23	1,395000	46	0,765000
24	1,358333	47	0,745833
25	1,322500	48	0,726667
26	1,288333	49	0,708333
27	1,253333	50	0,690000
28	1,221667	51	0,673333
29	1,189167	52	0,655833
30	1,158333	53	0,639167
31	1,128333	54	0,623333
32	1,098333	55	0,607500
33	1,070833	56	0,591667
34	1,043333	57	0,576667
35	1,015833	58	0,562500
36	0,990000	59	0,548333
37	0,965000	60	0,534167
38	0,940000	61	0,520833
39	0,915833	62	0,507500
40	0,892500	63	0,495000
41	0,870000	64	0,483333
42	0,847500		

Teil 2: Anwartschaft auf eine sofort beginnende Altersrente nach Vollendung des 65. Lebensjahres

Maßgebliches Alter	R	Maßgebliches Alter	R
65	0,475892	83	1,060630
66	0,490110	84	1,131498
67	0,505456	85	1,209523
68	0,522044	86	1,295363
69	0,540023	87	1,389701
70	0,559534	88	1,493326
71	0,580671	89	1,607070
72	0,603542	90	1,731568
73	0,628306	91	1,867348
74	0,655276	92	2,014176
75	0,684871	93	2,171031
76	0,717766	94	2,335463
77	0,753828	95	2,502536
78	0,793439	96	2,692004
79	0,837019	97	2,894043
80	0,885023	98	3,109458
81	0,937946	99	3,339701
82	0,996303	ab 100	3,586424

R bezeichnet die Rentenhöhe bei einem zu übertragendem Kapitalwert (Ausgleichswert) von € 100,--.

Als maßgebendes Alter für die Anwendung der Tabelle gilt:

- A) für Personen, die vor dem 1.7. eines Jahres geboren sind, die Differenz zwischen dem Kalenderjahr, in das das Ende der Ehezeit fällt, abzüglich des Geburtsjahres.
- B) In allen übrigen Fällen ermäßigt sich das entsprechend A) ermittelte Alter um ein Jahr.

Tabelle 2: Abschläge bei Inanspruchnahme einer vorgezogenen Altersrente aus Versorgungsausgleich vor Vollendung des 65. Lebensjahres
(gültig ab 01.09.2009)

Vorverlegung um Monate	Kürzung um	Vorverlegung um Monate	Kürzung um
1	0,5%	31	14,1%
2	1,0%	32	14,6%
3	1,5%	33	15,0%
4	2,0%	34	15,4%
5	2,4%	35	15,8%
6	2,9%	36	16,2%
7	3,4%	37	16,6%
8	3,9%	38	17,0%
9	4,4%	39	17,4%
10	4,9%	40	17,8%
11	5,4%	41	18,1%
12	5,9%	42	18,5%
13	6,3%	43	18,9%
14	6,7%	44	19,3%
15	7,2%	45	19,7%
16	7,6%	46	20,1%
17	8,1%	47	20,4%
18	8,5%	48	20,8%
19	9,0%	49	21,2%
20	9,4%	50	21,5%
21	9,9%	51	21,9%
22	10,3%	52	22,3%
23	10,8%	53	22,6%
24	11,2%	54	23,0%
25	11,7%	55	23,3%
26	12,1%	56	23,7%
27	12,5%	57	24,0%
28	12,9%	58	24,4%
29	13,3%	59	24,8%
30	13,7%	60	25,1%

ANLAGE

Unfallbegriff und Ausschlüsse

(zu § 3 Abs. 3 der Versorgungsordnung)

- (1) Ein Unfall im Sinne des § 3 Abs. 3 der Versorgungsordnung liegt vor, wenn das Mitglied durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
- (2) Als Unfälle gelten auch:
 - a) Wundansteckungen, bei denen der Ansteckungsstoff durch eine Unfallverletzung in den Körper gelangt ist, sowie alle in Ausübung der ärztlichen Tätigkeit entstandenen Infektionen, bei denen aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass der Krankheitserreger durch eine Schädigung der Haut gleichviel, wie diese entstanden sein mag oder durch Einspritzen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt sind, Einatmen erfüllt diesen Tatbestand nicht,
 - b) Gesundheitsschädigungen durch nachweislich unbeabsichtigtes Einatmen von Gasen oder Dämpfen,
 - c) durch plötzliche Kraftanstrengung hervorgerufene Verrenkungen, Zerrungen und Zerreißen.
- (3) Als Unfälle gelten nicht:
 - a) Vergiftungen durch Nahrungs-, chemische und Arzneimittel,
 - b) akute oder chronische Infektionskrankheiten, Berufskrankheiten, Erkrankungen infolge seelischer Einwirkungen,
 - c) Gesundheitsschädigungen durch Licht-, Temperatur- und Witterungseinflüsse, es sei denn, dass das Mitglied diesen Einflüssen infolge eines Unfalls ausgesetzt war,
 - d) Gesundheitsschädigungen durch künstliche Höhensonne, Röntgen-, Radium-, Finsen- und ähnliche Strahlen, es sei denn, dass es Gesundheitsschädigungen durch diese Strahlen bei der vom behandelnden Arzt für notwendig erachteten Behandlung von Folgen eines Unfalls sind.
- (4) Ausgeschlossen sind:
 - a) Unfälle durch Kriegereignisse oder bürgerliche Unruhen, sofern das Mitglied an den bürgerlichen Unruhen auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat,
 - b) Unfälle, die das Mitglied erleidet bei der Ausführung oder dem Versuch von Verbrechen oder vorsätzlichen Vergehen,
 - c) Beschädigungen des Mitgliedes bei Heilmaßnahmen und Eingriffen, die das Mitglied an seinem Körper vornimmt oder vornehmen lässt, soweit die Heilmaßnahmen oder Eingriffe nicht durch einen Unfall veranlasst waren; das Schneiden von Nägeln, Hühneraugen, Hornhaut gilt nicht als solcher Eingriff,

- d) Selbsttötungsversuch, es sei denn, der Selbsttötungsversuch ist in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden.
- e) § 5 Abs. 9 der Versorgungsordnung bleibt unberührt.

Anmerkung: Vorstehender Wortlaut der Satzung und Versorgungsordnung entspricht dem Stand vom 27.11.2010. Er enthält die Änderungen laut der Beschlüsse der Delegiertenversammlungen vom 27.11.2010 (veröffentlicht im Hessischen Ärzteblatt, Ausgabe 01/2011) sowie vom 27.03.2010, 28.11.2009, 28.03.2009, 19.12.2007, 27.01.2007, 25.03.2006, 26.11.2005, 20.11.2004, 29.03.2003, 16.11.2002, 13.04.2002, 10.11.2001, 08.04.2000, 13.11.1999, 14.11.1998, 25.04.1998, 09.11.1996, 09.03.1996, 12.11.1994, 12.03.1994, 10.07.1993, 13.03.1993, 14.11.1992, 29.04.1992, 23.06.1990, 17.02.1990, 26.11.1988, 05.03.1988, 21.03.1987, 25.02.1984, 20.11.1982, 22.11.1980, 17.11.1979, 25.11.1978, 26.11.1977, 02.04.1977, 06.12.1975, 28.09.1974, 02.12.1970, 12.12.1970, 21.02.1970, 19.04.1969, 07.12.1968, und 03.02.1968.

Für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Wiedergabe der Satzung und Versorgungsordnung wird eine Haftung nicht übernommen. Maßgebend ist allein der im Hessischen Ärzteblatt abgedruckte Text.

Anschrift:

VERSORGUNGSWERK
der Landesärztekammer Hessen
Mittlerer Hasenpfad 25
60598 Frankfurt/Main
Telefon: 0 69 / 9 79 64-0
Telefax: 0 69 / 9 79 64-171
Internet: www.versorgungswerk-laekh.de
E-Mail: info@versorgungswerk-laekh.de