



Satzung und Versorgungsordnung

mit Erläuterungen

Stand: 16.09.2020
Gültig ab 01.01.2021

Inhalt

Erläuterungen zur Satzung und Versorgungsordnung	3
• Organe des Versorgungswerkes	4
• Mitglied im Versorgungswerk werden	4
Aktive Berufstätigkeit/Mitgliedschaft	5
• Beiträge	5
• Freiwillige Höherversorgung	6
• Befreiung von der Versicherungspflicht in der Deutschen Rentenversicherung	6
• Niederlassung	6
• Arbeitslosigkeit	7
• Krankheit/Arbeitsunfähigkeit	7
• Mutterschutz/Elternzeit	7
• Eheschließung/Lebenspartnerschaften	7
• Scheidung und Versorgungsausgleich	8
• Wechsel der ärztlichen Tätigkeit	8
• Überleitung	8
• Nachversicherung	8
Rente/Leistungsbezug	9
• Altersrente	9
• Vorgezogene Altersrente	9
• Aufgeschobene Altersrente	9
• Teilrente	9
• Berufsunfähigkeitsrente	10
• Kinderzuschuss	10
• Hinterbliebenenrente	10
• Witwen- und Witwerrente	11
• Waisenrente	11
• Abfindung von Kleinstrenten	11
• Zuschuss bei Rehabilitationsmaßnahmen	11
• Aktualisierung persönlicher Daten	11
Satzung/Versorgungsordnung	13
Berechnung der Anwartschaften aus der Höherversorgung	48
Überleitungsabkommen	49

Satzung und Versorgungsordnung: Die Grundlagen Ihrer berufsständischen Versorgung

Satzung und Versorgungsordnung des Versorgungswerkes der Landesärztekammer Hessen enthalten Bestimmungen zu:

- Rechtsform
- Aufgaben und Organisation
- Anforderungen an die Mitglieder
- Beiträgen
- Leistungen

§ 1 der Satzung (Rechtsnatur,
Sitz und Aufgaben)

Das Versorgungswerk ist die Versorgungseinrichtung der Landesärztekammer Hessen und erfüllt Aufgaben der ärztlichen Selbstverwaltung: Es sichert die Mitglieder der Landesärztekammer im Alter und bei Berufsunfähigkeit sowie im Todesfall deren Hinterbliebene ab.

Das Versorgungswerk ist teilrechtsfähig. Es verwaltet sein eigenes Vermögen, haftet nicht für Verbindlichkeiten der Landesärztekammer Hessen und kann juristisch in eigenem Namen handeln, klagen und verklagt werden.

Im Anhang finden Sie die Satzung und Versorgungsordnung im Wortlaut.

Organe des Versorgungswerkes

§ 4 der Satzung (Aufgaben der
Delegiertenversammlung)

Oberstes Organ des Versorgungswerkes ist die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen. Sie beschließt die Satzung und Versorgungsordnung, wählt den Vorstand, stellt den Jahresabschluss fest und entlastet den Vorstand.

§ 4a der Satzung (Der Vorstand)

Die Geschäfte des Versorgungswerkes werden von einem ehrenamtlich tätigen Vorstand geleitet und überwacht, der aus 7 gewählten Ärztinnen und Ärzten besteht. Von ihnen sollen 2 niedergelassen und 2 angestellt tätig sein sowie eine/einer aus dem Kreis der Leistungsempfänger stammen. Die Vorstandsmitglieder werden von der Delegiertenversammlung für fünf Jahre gewählt.

Sie wählen aus ihren Reihen eine Vorstandsvorsitzende oder einen Vorstandsvorsitzenden und eine Stellvertreterin oder einen Stellvertreter. Für die Abwicklung der laufenden Geschäfte bestellt der Vorstand mindestens 2 Geschäftsführer/innen. Außerdem kann er Berater/innen aus Bereichen wie Bankwesen, Versicherungsmathematik und Rechtswesen hinzuziehen. Die oder der Vorstandsvorsitzende vertritt das Versorgungswerk vor Gericht und außergerichtlich.

Mitglied im Versorgungswerk werden

§ 6 der Satzung (Mitgliedschaft)

Mit der Aufnahme einer ärztlichen Tätigkeit im Kammerbereich werden Sie Mitglied in der Landesärztekammer Hessen und Pflichtmitglied im Versorgungswerk.

Ausgenommen von der Mitgliedschaft im Versorgungswerk sind:

- Ärztinnen und Ärzte, die vor dem 01.01.2005 das 45. Lebensjahr vollendet hatten und zu diesem Zeitpunkt nicht Mitglied in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung waren
- Beamte auf Lebenszeit (Anwartschaft auf lebenslängliche Versorgung und auf Hinterbliebenenversorgung nach Beamtenrecht)
- Angestellte im Öffentlichen Dienst mit Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften
- Sanitätsoffiziere als Berufssoldat/innen
- Bezieher/innen eines Stipendiums, die nicht einer Versicherungspflicht unterliegen
- freiwillige Mitglieder der Landesärztekammer Hessen

Niedergelassene Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in Hessen sind neben ihrer Mitgliedschaft im Versorgungswerk zugleich auch über die Erweiterte Honorarverteilung (EHV) der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen abgesichert.

§ 7 der Satzung (Ausnahmen von der Mitgliedschaft)

§ 8 Abs. 2 der Satzung (Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in Hessen)

Aktive Berufstätigkeit/Mitgliedschaft

Bitte melden Sie sich umgehend beim Versorgungswerk, wenn sich etwas an Ihren Lebensumständen ändert.

Beispielsweise bei den folgenden Themen:

- Beiträge
- Freiwillige Höherversorgung
- Befreiung von der Versicherungspflicht in der Deutschen Rentenversicherung
- Niederlassung
- Arbeitslosigkeit
- Krankheit/Arbeitsunfähigkeit
- Mutterschutz/Elternzeit
- Eheschließung/Lebenspartnerschaften
- Scheidung und Versorgungsausgleich
- Wechsel der ärztlichen Tätigkeit
- Überleitung
- Nachversicherung

Beiträge

Pflichtmitglieder des Versorgungswerkes der Landesärztekammer haben grundsätzlich einen Beitrag entsprechend ihrer jeweiligen Tätigkeit oder ihrer Lebensumstände zu entrichten. Der monatliche Beitrag entspricht dem jeweils gültigen Beitrag in der gesetzlichen Rentenversicherung. Ändert sich der Beitragssatz und/oder die Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung, so hat dies auch eine Anpassung des Beitrags zum Versorgungswerk zur Folge.

Beiträge müssen monatlich im Voraus gezahlt werden, bei angestellten Ärztinnen und Ärzten nach Empfang der Gehaltszahlung, spätestens jedoch zum Monatsende.

Über die Möglichkeit von Beitragsermäßigungen beraten wir Sie gerne individuell.

§ 13 Abs. 1 der Versorgungsordnung (Höhe der Beiträge)

Freiwillige Höherversorgung

§ 11 der Satzung
(Höherversorgung)

§ 11a der Satzung
(Einmalzahlungen)

Auf freiwilliger Basis können Mitglieder des Versorgungswerkes zusätzliche Beiträge entrichten, um so ihre monatliche Anwartschaft auf Alters-, Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenenrente zu erhöhen. Diese können laufend (monatlich) und/oder einmalig (jährlich) gezahlt werden. Die laufende Höherversorgung muss schriftlich beantragt werden. Im Falle der Einmalzahlungen ist zu beachten, dass zwischen Leistungsfall und Zahlung mindestens 36 Monate liegen müssen. Andernfalls erhöht sich die Rente durch die Einmalzahlung nicht und sie wird zurückgezahlt. Welche Renten sich aus der Höherversorgung ergeben, kann den Tabellen auf den Seiten 48 und 49 entnommen werden.

Der Pflichtbeitrag und die Höherversorgung zusammen dürfen insgesamt nicht höher als der jeweils geltende doppelte Höchstbeitrag sein.

Über Höhe und Auswirkungen einer freiwilligen Höherversorgung beraten Sie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Versorgungswerkes gerne individuell.

Befreiung von der Versicherungspflicht in der Deutschen Rentenversicherung

Alle versicherungspflichtigen Angestelltentätigkeiten unterliegen grundsätzlich der Versicherungspflicht in der Deutschen Rentenversicherung (DRV). Auf Antrag können sich Mitglieder von der Versicherungspflicht in der DRV befreien lassen.

Seit den Urteilen des Bundessozialgerichts vom 31.10.2012 müssen Sie bei jedem Stellenwechsel einen Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht in der DRV stellen. Die Notwendigkeit eines neuen Antrages bei Beschäftigungswechseln ergibt sich aus einer sehr engen Auslegung des § 6 Absatz 5 Satz 1 SGB VI. Das heißt, dass das Bundessozialgericht einer einmal ausgesprochenen Befreiung nur noch eine begrenzte Rechtswirksamkeit zusprechen will, die auf die jeweilige Beschäftigung bzw. selbständige Tätigkeit, für die eine Befreiung einmal ausgesprochen worden ist, begrenzt ist.

Der Antrag ist innerhalb von 3 Monaten ab Aufnahme der Beschäftigung zu stellen. Innerhalb dieses Zeitraumes erfolgt eine Befreiung rückwirkend zum Zeitpunkt der Aufnahme der neuen Tätigkeit. Damit vermeiden Sie, dass sowohl an die DRV als auch an das Versorgungswerk Beiträge gezahlt werden müssen.

Wie die DRV mitteilte, müssen Ärztinnen und Ärzte, die einer selbständigen Tätigkeit für einen Auftraggeber nachgehen, durch ein Statusfeststellungsverfahren klären lassen, ob sie der Versicherungspflicht unterliegen.

Wurde die Beschäftigung vor dem 31.10.2012 aufgenommen, wird zwischen klassisch ärztlichen Tätigkeiten (z. B. Ärztin im Krankenhaus) und anderen ärztlichen Tätigkeiten (z. B. Referent in einem Pharmaunternehmen) unterschieden. Nur für letztere müssen Sie erneut einen Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht und/oder auf Statusfeststellung stellen.

Hinsichtlich des Befreiungsverfahrens beraten Sie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Versorgungswerkes gerne individuell.

Niederlassung

Als niedergelassene Vertragsärztin oder als niedergelassener Vertragsarzt sind Sie Mitglied des Versorgungswerkes und nehmen zugleich an der Erweiterten Honorarverteilung (EHV) der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen teil.

Reichen Sie eine Kopie Ihrer Vertragsarztzulassung für Hessen ein, so reduziert sich der Beitrag beim Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen auf 50 % des jeweils gültigen Höchstbeitrages.

Bitte bedenken Sie, dass jede Beitragsermäßigung die Höhe der zu erwartenden Rentenanwartschaft mindert. Sind Sie jedoch in einer Privatpraxis niedergelassen, zahlen Sie grundsätzlich den gültigen monatlichen Höchstbeitrag.

Arbeitslosigkeit

Sofern bei Arbeitslosigkeit Leistungsansprüche nach dem SGB III (Arbeitslosengeld I) bestehen, übernimmt in der Regel die Agentur für Arbeit die Beiträge an das Versorgungswerk. Werden die Beiträge zum Versorgungswerk nicht übernommen, können Mitglieder eine Beitragsermäßigung beantragen.

Bitte bedenken Sie, dass jede Beitragsermäßigung die Höhe der zu erwartenden Rentenanwartschaft mindert.

Krankheit/Arbeitsunfähigkeit

Werden Sie als Mitglied arbeitsunfähig, besteht weiter Beitragspflicht. Die Höhe der zu erwartenden Rentenanwartschaft bleibt bestehen, wenn Sie von Beginn der Arbeitsunfähigkeit an bzw. bei angestellten Ärztinnen und Ärzten nach Beendigung der Gehaltsfortzahlung einen monatlichen Beitrag in Höhe Ihres Durchschnittsbeitrages der letzten 12 Monate zahlen. Auf Antrag kann eine Beitragsermäßigung erfolgen.

Bitte bedenken Sie, dass jede Beitragsermäßigung die Höhe der zu erwartenden Rentenanwartschaft mindert.

Mitglieder gesetzlicher Krankenkassen, die nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind, haben im Fall des Krankengeldbezuges den Anspruch auf einen Zuschuss zum Versorgungswerks-Beitrag. Voraussetzung für den Zuschuss ist ein entsprechender schriftlicher Antrag bei der zuständigen Krankenkasse.

Mutterschutz/Elternzeit

Während der gesetzlichen Mutterschutzfristen sowie in der Elternzeit von bis zu 36 Kalendermonaten können Mitglieder eine Beitragsermäßigung beantragen. Über die Möglichkeit von Beitragsermäßigungen beraten wir Sie gerne individuell.

Bitte bedenken Sie, dass jede Beitragsermäßigung die Höhe der zu erwartenden Rentenanwartschaft mindert.

§ 8 der Satzung (Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in Hessen)

§ 13 Abs. 1 der Versorgungsordnung (Höhe der Beiträge)

§ 9 Abs. 2 c) der Satzung (Befreiungen und Ermäßigungen)

§ 9 Abs. 2 d) der Satzung (Befreiungen und Ermäßigungen)

§ 9 Abs. 2 b) der Satzung (Befreiungen und Ermäßigungen)

Eheschließung/Lebenspartnerschaften

Eingetragene Lebenspartnerschaften nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz sind im Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen der Ehe gleichgestellt. Lebenspartnerinnen und Lebenspartner von Mitgliedern sind Ehegatten insbesondere in folgenden Punkten gleichgestellt:

- Ansprüche auf Hinterbliebenenrente
- Versorgungsausgleich bei Scheidung
- Kinderzuschuss
- Antrag auf Nachversicherung bei Tod des Mitgliedes

Scheidung und Versorgungsausgleich

Bei Scheidung wird in der Regel auch ein Versorgungsausgleich durchgeführt. Das Familiengericht legt dabei auch den gesetzlichen Ehezeitraum fest. Die während der Ehezeit erworbenen Rentenanwartschaften werden nach dem Halbteilungsgrundsatz innerhalb des jeweiligen Versorgungsträgers geteilt und übertragen.

Die Details eines Versorgungsausgleiches sind jedoch äußerst komplex. Setzen Sie sich dazu bitte mit Ihrem (juristischen) Rechtsbeistand in Verbindung.

Wechsel der ärztlichen Tätigkeit

Bei Veränderungen oder Wechsel Ihrer ärztlichen Tätigkeit benötigt das Versorgungswerk eine Aktualisierung Ihrer Daten. In diesem Fall ist ein erneuter Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht notwendig (siehe hierzu „Befreiung von der Versicherungspflicht in der Deutschen Rentenversicherung“).

Sollten Sie zugleich in ein anderes Bundesland wechseln, wird in aller Regel eine andere berufsständische Versorgungseinrichtung für Sie zuständig. Ihre Beiträge können bei Vorliegen der Voraussetzungen auf Antrag an die neue Versorgungseinrichtung übergeleitet werden.

Überleitung

Der Überleitungsantrag muss innerhalb von 6 Monaten nach Beginn der Mitgliedschaft bei einem der beiden Versorgungswerke gestellt werden. Gleiches gilt für einen Zuzug nach Hessen aus einem anderen Bundesland.

Eine Überleitung ist ausgeschlossen, wenn das Mitglied:

- das 50. Lebensjahr bereits vollendet hat
- in seiner bisherigen Versorgungseinrichtung mehr als 96 Monate Beiträge bezahlt hat
- einen Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente gestellt hat

Nachversicherung

Beamte, die aus dem Beamtenverhältnis ausscheiden, werden von ihrem Dienstherrn beim Versorgungswerk nachversichert, sofern sie eine neue ärztliche Tätigkeit im Kammerbereich Hessen aufnehmen. Dazu müssen sie innerhalb eines Jahres nach dem Ausscheiden aus dem Beamtenverhältnis einen entsprechenden Antrag stellen.

§ 10 der Versorgungsordnung
(Versorgungsausgleich)

§ 14 der Satzung (Überleitung)
und Überleitungsabkommen

§ 14 Abs. 2 der Satzung
(Überleitung) und
Überleitungsabkommen

§ 14 Abs. 3 der Satzung
(Überleitung) und
Überleitungsabkommen

§ 12 der Satzung
(Nachversicherung)

Rente/Leistungsbezug

Als Mitglied des Versorgungswerkes haben Sie Anspruch auf die folgenden Leistungen: Altersrente, Leistungen bei Berufsunfähigkeit, Zuschuss zu einer Rehabilitation und im Todesfall auf Versorgung Ihrer Hinterbliebenen. Außerdem können Sie einen Kinderzuschuss bei uns beantragen, wenn Sie eine Berufsunfähigkeitsrente beziehen.

Altersrente

Nach Vollendung des 67. Lebensjahres haben Sie als Mitglied des Versorgungswerkes Anspruch auf Altersrente. Der Anspruch auf Zahlung beginnt mit dem 1. des Monats, der auf die Vollendung des 67. Lebensjahres folgt. Die Rente muss schriftlich beantragt werden.

Vorgezogene Altersrente

Sie können den Beginn Ihrer Altersrente auch auf einen früheren Zeitpunkt vorverlegen. Dies ist frühestens nach Vollendung des 60. Lebensjahres möglich. Beginnt Ihre Mitgliedschaft nach dem 31.12.2011, kann die vorgezogene Altersrente nach Vollendung des 62. Lebensjahres in Anspruch genommen werden.

Bei vorgezogener Altersrente vermindert sich die Höhe Ihrer Rente für den gesamten Leistungsbezug um einen versicherungsmathematischen Abschlag. Die Zahlung beginnt frühestens mit dem Monat des schriftlichen Antragseinganges.

Für eine individuelle Beratung setzen Sie sich bitte mit unserer Rentenabteilung in Verbindung.

Aufgeschobene Altersrente

Sie können den Beginn Ihrer Altersrente auch auf einen späteren Zeitpunkt verlegen. Der Aufschub ist maximal bis zur Vollendung des 75. Lebensjahres möglich. Dies muss schriftlich und möglichst mindestens 6 Monate vor Vollendung des 67. Lebensjahres beantragt werden.

Der Aufschub bewirkt eine Erhöhung Ihrer Altersrente. Entscheiden Sie sich für eine Beitragsfortzahlung bis Rentenbeginn, erreichen Sie eine weitere Erhöhung Ihrer Altersrente. Der Aufschub kann jederzeit durch einen entsprechenden Antrag an das Versorgungswerk beendet werden. Ihre Altersrente wird dann frühestens ab dem Monat des Antragseinganges gezahlt.

Für eine individuelle Beratung setzen Sie sich bitte mit unserer Rentenabteilung in Verbindung.

Teilrente

Mit der Teilrente haben Mitglieder die Möglichkeit, in zwei Schritten in den Ruhestand einzusteigen, um einen gleitenden Übergang zu erreichen. Zunächst können 30 %, 50 % oder 70 % der bisherigen Anwartschaft in eine vorgezogene Rente umgewandelt werden. Der zweite Teil wird als Anwartschaft weitergeführt, auf die weiterhin Pflichtbeiträge eingezahlt werden. Zu einem beliebig späteren Zeitpunkt kann der Antrag für den zweiten Rententeil gestellt werden. Da es sich bei dem ersten Teil um eine vorgezogene Rente handelt, kann sie frühestens ab Vollendung des 60. Lebensjahres (ab Vollendung des 62. Lebensjahres bei Mitgliedschaft

§ 1 Abs. 1 und 2 der Versorgungsordnung (Leistungsarten, Rechtsanspruch, Zahlungsweise)

§ 2 Abs. 1 und 2 der Versorgungsordnung (Altersrente)

§ 2 Abs. 3 der Versorgungsordnung (Altersrente)

§ 9 Abs. 2 der Versorgungsordnung (Höhe der Leistungen)

§ 2 Abs. 4 der Versorgungsordnung (Altersrente)

§ 2 Abs. 3 a der Versorgungsordnung (Altersrente)

ab 01.01.2012) und spätestens vor Vollendung des 67. Lebensjahres in Anspruch genommen werden. Die Teilrente kann auch aus steuerlichen Gründen interessant sein, denn der Anteil der Rente, der zu versteuern ist, steigt seit dem Jahr 2005 aufgrund des Alterseinkünftegesetzes (Umstieg auf die nachgelagerte Besteuerung) jährlich an, bis er sich im Jahr 2040 auf 100 % beläuft. Der persönliche Besteuerungsanteil wird mit Beginn der ersten Rentenzahlung (auch bei einer Teilrente) festgesetzt und bleibt dann konstant. Einzelheiten zu steuerlichen Fragen besprechen Sie am besten mit Ihrem Steuerberater. Bei allen anderen Fragen rund um die Teilrente ist die Rentenabteilung der richtige Ansprechpartner.

Berufsunfähigkeitsrente

§ 3 der Versorgungsordnung
(Berufsunfähigkeitsrente)

Mitglieder des Versorgungswerkes, die ihren Beruf als Ärztin oder Arzt aufgrund ihrer körperlichen oder geistigen Kräfte nicht mehr ausüben können und die gesamte ärztliche Tätigkeit eingestellt haben, haben Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente.

§ 14 der Versorgungsordnung
(Tabellen für Rentenberechnungen)

Die Höhe der Berufsunfähigkeitsrente wird nach der Versorgungsordnung festgelegt.

Bitte lassen Sie sich von unserer Rentenabteilung beraten, bevor Sie einen Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente stellen.

Kinderzuschuss

§ 4 der Versorgungsordnung
(Kinderzuschuss)

Mitglieder, die eine Berufsunfähigkeitsrente des Versorgungswerkes beziehen, erhalten für jedes Kind einen Kinderzuschuss in Höhe von 10 % der Rente bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres des Kindes. Mitglieder, die eine Altersrente des Versorgungswerkes beziehen, erhalten den Kinderzuschuss nur, wenn der Rentenbeginn und die Geburt des Kindes vor dem 01.01.2018 liegen.

Absolviert das Kind eine Schul- oder Berufsausbildung, leistet es einen Bundesfreiwilligendienst oder ein Freiwilliges Soziales oder Ökologisches Jahr, oder kann es sich wegen körperlicher oder geistiger Gebrechen nicht selbst unterhalten, wird der Kinderzuschuss für die Dauer der Ausbildung, maximal jedoch bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres gewährt (sofern Rentenbeginn und die Geburt des Kindes vor dem 01.01.2018 liegen).

Der Kinderzuschuss wird gemeinsam mit der Berufsunfähigkeitsrente beantragt. Gegebenenfalls kann er auch später schriftlich beantragt werden.

Hinterbliebenenrente

§ 5 der Versorgungsordnung
(Hinterbliebenenrente)

Hinterbliebene eines Mitglieds haben im Todesfall Anspruch auf Rente, wenn das Mitglied des Versorgungswerkes mindestens einen bedingungsgemäßen Monatsbeitrag bezahlt hat. Hinterbliebenenrenten sind Witwen- oder Witwerrenten sowie Halb- oder Vollwaisenrenten.

Witwen- und Witwerrenten

§ 5 Abs. 3 der Versorgungsordnung
(Hinterbliebenenrente)

Die Witwe oder der Witwer erhält eine Rente in Höhe von 60 % der Rente, die das Mitglied zum Todeszeitpunkt erhalten hat. Hat das verstorbene Mitglied noch keine Rente bezogen, so wird die Rente zugrunde gelegt, auf die es je nach Fall entweder als Berufsunfähigkeitsrente

oder als aufgeschobene Altersrente zum Zeitpunkt des Todes Anspruch gehabt hätte. Witwen- oder Witwerrenten werden lebenslänglich bzw. bis zu einer Wiederverheiratung gezahlt. Ausschluss- und Kürzungsgründe für eine Witwen- oder Witwerrente finden Sie in § 5 Abs. 3 der Versorgungsordnung.

Waisenrente

Kinder eines verstorbenen Mitglieds erhalten eine Waisenrente bis zum Ende des Monats, in dem sie das 18. Lebensjahr vollenden. Eine Waisenrente wird maximal bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres weiter ausgezahlt, wenn sich das Kind in einer Schul- oder Berufsausbildung befindet, Bundesfreiwilligendienst oder ein Freiwilliges Soziales oder Ökologisches Jahr leistet, oder sich wegen körperlicher oder geistiger Gebrechen nicht selbst unterhalten kann.

Die Waisenrente beträgt bei Halbweisen 10 % und bei Vollweisen 30 % der Rente, die das Mitglied zum Todeszeitpunkt erhielt oder als Anspruch auf Berufsunfähigkeits- oder aufgeschobener Altersrente erworben hätte.

Abfindung von Kleinstrenten

Hat ein Mitglied beim Eintritt des Versorgungsfalles nur Anspruch auf eine sehr geringe Rente, so kann es nach versicherungsmathematischen Grundsätzen mit einer Einmalzahlung abgefunden werden.

Zuschuss bei Rehabilitationsmaßnahmen

Aktive Mitglieder des Versorgungswerkes, die besonders aufwändige Rehabilitationsmaßnahmen benötigen, um ihre Berufsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern oder wiederherzustellen, können einen Zuschuss beantragen. Dieser Anspruch besteht jedoch nur nachrangig nach den Ansprüchen bei anderen Trägern.

Vor Antragstellung sollten Sie sich von der Rentenabteilung des Versorgungswerkes beraten lassen.

Aktualisierung persönlicher Daten

Bitte denken Sie daran, das Versorgungswerk über die Aktualisierung von wichtigen persönlichen Daten im Rahmen Ihrer Mitwirkungspflicht schriftlich zu informieren. Dies gilt u. a. bei Namensänderung, Umzug, Änderung der Bankverbindung oder Wechsel der ärztlichen Tätigkeit.

Bei Fragen beraten wir Sie gerne individuell.

Mitgliederbetreuung

(Fragen zu Mitgliedschaft, bei Veränderung der Lebenssituation oder zu Beiträgen)
Fon 069 97964-0
mitglieder@vw-laekh.de

Rentenabteilung

(Fragen im Zusammenhang mit Renten und Leistungen)
Fon 069 97964-222
rente@vw-laekh.de

§ 5 Abs. 5 der Versorgungsordnung (Hinterbliebenenrente)

§ 5 Abs. 7 der Versorgungsordnung (Hinterbliebenenrente)

§ 6 der Versorgungsordnung (Abfindung von Kleinstrenten)

§ 7 der Versorgungsordnung (Rehabilitationsmaßnahmen)

§ 6 Abs. 2 der Satzung (Mitgliedschaft)



Satzung und Versorgungsordnung

Stand 16. September 2020



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.

Inhaltsverzeichnis

Satzung

§ 1	Rechtsnatur, Sitz und Aufgaben	16
§ 2	Bekanntmachungen	16
§ 3	Organe des Versorgungswerkes	16
§ 4	Aufgaben der Delegiertenversammlung	16
§ 4 a	Der Vorstand	17
§ 4 b	Geschäftsführerinnen und Geschäftsführer	18
§ 4 c	Haftungsbeschränkung	18
§ 5	Die oder der versicherungsmathematische Sachverständige	18
§ 6	Mitgliedschaft	18
§ 7	Ausnahmen von der Mitgliedschaft	19
§ 8	Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in Hessen	19
§ 9	Befreiungen und Ermäßigungen	20
§ 10	Aufhebung der Ausnahme oder Befreiung	21
§ 11	Höherversorgung	21
§ 11 a	Einmalzahlungen	21
§ 12	Nachversicherung	21
§ 13	Beendigung der Mitgliedschaft, Folgen	22
§ 14	Überleitung	22
§ 15	Zweck und Verwendung der Mittel	23
§ 16	Übergangs- und Schlussbestimmungen	23
§ 17	Inkrafttreten des Versorgungswerkes	24

Versorgungsordnung

I. Leistungen des Versorgungswerkes

§ 1	Leistungsarten, Rechtsanspruch, Zahlungsweise	26
§ 1 a	Mitwirkungspflichten	26
§ 1 b	Folgen fehlender Mitwirkung	27
§ 2	Altersrente	27
§ 3	Berufsunfähigkeitsrente	27
§ 4	Kinderzuschuss	29
§ 5	Hinterbliebenenrente	29
§ 6	Abfindung von Kleinstrenten	31
§ 7	Rehabilitationsmaßnahmen	31
§ 8	Wegfall von Leistungen	32
§ 9	Höhe der Leistungen	32
§ 10	Versorgungsausgleich	32
§ 11	Anpassung laufender Renten, Anwartschaften	33

II. Beiträge, Berechnung

§ 12	Beitragsentrichtung	34
§ 13	Höhe der Beiträge	35
§ 14	Berechnung von Renten	36
§ 14 a	Berechnung von Renten aus Beitragszahlungen vor dem 01.01.2021	41
§ 15	Berechnung von reinen Altersrenten aus Versorgungsausgleich	43
§ 15 a	Berechnung von reinen Altersrenten aus Versorgungsausgleich bei einem Bewertungsstichtag vor dem 01.01.2021	47

Anlage

Unfallbegriff und Ausschlüsse	48
-------------------------------	----

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 des Gesetzes über die Berufsvertretungen, die Berufsausübung, die Weiterbildung und die Berufsgerichtsbarkeit der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker, Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Heilberufsgesetz) in der jeweils geltenden Fassung 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 Leistungsempfängerinnen und -empfänger durch Einzelnachricht.
- (2) Öffentliche Zustellungen im Sinne des Verwaltungszustellungsgesetzes erfolgen durch Aushang im Glaskasten im Empfangsbereich 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 der Prüferin oder 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 über Angelegenheiten des Versorgungswerkes der Delegiertenversammlung zur Beschlussfassung vorgelegt werden.
- (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 Mitgliedern des Vorstandes sollen 2 dem Kreis der niedergelassenen Ärzteschaft, 2 dem Kreis der angestellten Ärzteschaft und 1 dem Kreis der Versorgungsempfängerinnen und -empfänger angehören. Es gilt der Berufsstatus zum Zeitpunkt der Wahl. In den Ruhestand getretene Ärztinnen und Ärzte 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. Die Präsidentin oder der Präsident der Landesärztekammer Hessen ist zu den Sitzungen einzuladen. Im Falle der Verhinderung kann sie oder er sich durch die Vizepräsidentin oder den Vizepräsidenten oder ein Mitglied des Präsidiums vertreten lassen.

(4) Die Mitglieder des Vorstandes üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus. Seinen Mitgliedern kann eine angemessene Aufwandsentschädigung sowie eine Reisekostenvergütung gewährt werden. Aufwandsentschädigung und Reisekostenvergütung 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 Absatz 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 Absatz 2 Satz 2 ein nachfolgendes Mitglied.

(6) Der Vorstand wählt in seiner konstituierenden Sitzung aus seiner Mitte das vorsitzende Mitglied und seine Stellvertretung 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 die Geschäftsführerinnen und Geschäftsführer, im Stellvertretungsfall an deren Stellvertretung erteilen,

2. die Geschäftsführerinnen und die Geschäftsführer bzw. deren Stellvertretung zu bestellen und abuberufen,

3. der Delegiertenversammlung die Prüferin oder den Prüfer für die Jahresrechnung vorzuschlagen; nach Bestimmung der Prüferin oder des Prüfers durch die Delegiertenversammlung bestellt der Vorstand sie oder ihn 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. eine Treuhänderin oder einen Treuhänder für den Deckungsstock, falls die Aufsichtsbehörde dies verlangt, zu bestimmen; der Vorstand bestellt diese oder diesen 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 Stellvertretung sowie einem weiteren Mitglied des Vorstandes oder einer Geschäftsführerin, einem Geschäftsführer oder deren oder dessen Stellvertretung schriftlich abgegeben. Die Abgrenzung der laufenden Geschäfte und die Zeichnungsbefugnisse der Geschäftsführerinnen und Geschäftsführer 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 beratende Personen 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 der Geschäftsführerinnen, der Geschäftsführer und der von ihnen beauftragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

§ 4 b Geschäftsführerinnen und Geschäftsführer

Der Vorstand bestellt mindestens 2 Geschäftsführerinnen oder Geschäftsführer sowie deren Stellvertretung. Er schließt mit den Geschäftsführerinnen und Geschäftsführern jeweils den Anstellungsvertrag. Der Vorstand kann jede Geschäftsführerin und jeden Geschäftsführer sowie die jeweilige Stellvertretung jederzeit abberufen. Der Vorstand legt die erforderlichen Qualifikationen nach den Bedürfnissen des Versorgungswerkes fest. Die Geschäftsführerinnen und Geschäftsführer 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 Die oder der versicherungsmathematische Sachverständige

- (1) Der Vorstand bestellt für jedes Geschäftsjahr eine Sachverständige oder einen Sachverständigen (Versicherungsmathematikerin oder Versicherungsmathematiker). Dem Vorstand obliegt insbesondere die Anpassung der Rechnungsgrundlagen des Versorgungswerkes.
- (2) Die oder 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 Ärztinnen und 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 Ärztinnen und Ärzte, die
 - a) als Beamtinnen oder 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) Sanitätsoffizierinnen oder -offiziere als Berufssoldatinnen oder -soldaten sind,
 - d) als Bezugsberechtigte eines Stipendiums der Versicherungspflicht nicht unterliegen,
 - e) freiwillige Mitglieder der Landesärztekammer Hessen sind.
- (2) Tritt ein Ausnahmegrund nach Absatz 1 ein, so hat das Mitglied dies dem Versorgungswerk binnen 6 Monaten anzuzeigen. Wird der Grund für die Ausnahme von der Mitgliedschaft anerkannt, scheidet die betroffene Person 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 die zuständige Geschäftsführerin, der zuständige Geschäftsführer oder die von ihr oder ihm beauftragten Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter, im Widerspruchsverfahren der Vorstand.
- (4) Ab Wegfall des Grundes für die Ausnahme nach Absatz 1 gilt § 6 der Satzung.

§ 8 Vertragsärztinnen und 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 Ärztinnen und 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 Absatz 2 darf nur erfolgen, wenn der darauf gerichtete schriftliche Antrag mit den entsprechenden Nachweisen von der oder dem nach § 18 der Zulassungsverordnung zugelassenen Vertragsärztin oder -arzt innerhalb einer Frist von 6 Monaten nach Eröffnung der vertragsärztlichen Praxis 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 Absatz 2 festgelegten Bestimmungen hinausgehende Verlängerung der Zeitdauer der Ermäßigung möglich.
- (5) Über Anträge auf Befreiung (Ermäßigung) entscheidet die zuständige Geschäftsführerin, der zuständige Geschäftsführer oder die von ihr oder ihm beauftragten Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter, im Widerspruchsverfahren der Vorstand.

§ 9 Befreiungen und Ermäßigungen

- (1) Auf ihren Antrag werden von der Mitgliedschaft befreit:
- a) Kammerangehörige, die Beamtinnen oder Beamte auf Widerruf oder auf Probe oder Sanitätsoffizierinnen oder -offiziere als Soldatinnen oder 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 Ärztinnen und 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 Beamtinnen oder Beamte auf Widerruf oder auf Probe oder Sanitätsoffizierinnen oder -offiziere als Soldatinnen oder 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 Ärztinnen und 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 Ärztinnen und Ärzten in Hessen ohne Vertragsarztzulassung nach § 18 der Zulassungsverordnung und niedergelassenen Ärztinnen und 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 Absatz 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 die zuständige Geschäftsführerin, der zuständige Geschäftsführer oder die von ihr oder ihm beauftragten Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter, im Widerspruchsverfahren der Vorstand.
- (7) Sind die Voraussetzungen, die zu einer Befreiung von der Mitgliedschaft oder zu einer Beitragsermäßigung geführt haben, entfallen, so hat die oder 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 die antragstellende Person einer ärztlichen Untersuchung auf ihre eigenen Kosten unterzieht und diese keine Anhaltspunkte für ein erhöhtes Risiko einer Berufsunfähigkeit ergibt.
- (3) Aufgrund des Untersuchungsergebnisses entscheidet die zuständige Geschäftsführerin, der zuständige Geschäftsführer oder die von ihr oder ihm beauftragten Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter, im Widerspruchsverfahren der Vorstand, über die Annahme des Antrages.
- (4) Der Antrag gemäß Absatz 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 nach § 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 nach § 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 nach § 13 Abs. 1 der Versorgungsordnung beantragen. 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 vertragsärztlichen Praxis nach § 18 der Zulassungsverordnung, aber vor Eintritt des Versorgungsfalles, schriftlich beim Versorgungswerk gestellt werden.

b) Wird der Antrag erst nach Ablauf der Frist nach Absatz 2 Buchstabe a gestellt, kann ihm nur stattgegeben werden, wenn sich die antragstellende Person einer ärztlichen Untersuchung auf ihre eigenen Kosten unterzieht und das Untersuchungsergebnis keine Anhaltspunkte für ein erhöhtes Risiko einer Berufsunfähigkeit ergibt. Aufgrund des Untersuchungsergebnisses entscheidet die zuständige Geschäftsführerin, der zuständige Geschäftsführer oder die von ihr oder ihm beauftragten Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter, im Widerspruchsverfahren der Vorstand, über die Annahme des Antrages.

- (3) Die Höherversorgung kann zum Ende eines jeden Monats gekündigt werden. Die Kündigung ist schriftlich an das Versorgungswerk zu richten. Maßgeblich für die Einhaltung der Kündigungsfrist ist der Zugang des Kündigungsschreibens beim Versorgungswerk.
- (4) Dem Versorgungswerk steht ein Kündigungsrecht zu, sofern das betreffende Mitglied mit den Beiträgen für die Höherversorgung nach Mahnung länger als drei Monate im Rückstand ist. In dem Mahnschreiben muss das Versorgungswerk das Mitglied auf die Rechtsfolgen des Zahlungsverzuges hinweisen. In diesem Falle endet die Höherversorgung mit Ablauf des Monats, in dem die Kündigung dem Mitglied zugegangen ist.

- (5) Leistungsfälle aus der Höherversorgung, die vor Beendigung der Höherversorgung eintreten, lösen auch dann eine Leistungspflicht des Versorgungswerkes aus, wenn vorher eine Kündigung ausgesprochen wurde.

§ 11 a Einmalzahlungen

Anstelle einer laufenden monatlichen Beitragszahlung oder zusätzlich zu einer solchen können Beiträge zu einer Höherversorgung nach § 11 Abs. 1 der Satzung auch als Einmalzahlungen geleistet werden. Die Höhe des Gesamtbeitrages darf eine Veranlagung des Versorgungswerkes zur Körperschaftssteuer nicht auslösen. Wird das Mitglied innerhalb von 36 Monaten nach dem Eingang der Zahlung beim Versorgungswerk berufsunfähig oder verstirbt es innerhalb dieses Zeitraumes, bevor es Altersrente bezieht, so führt der Beitrag zu keiner Leistung und wird zurückerstattet. § 11 Abs. 3 bis 5 der Satzung finden auf diese Höherversorgung keine Anwendung.

§ 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 der oder des Nachzuversichernden den Betrag der Beiträge, der an die Deutsche Rentenversicherung Bund zu entrichten wäre, mit befreiender Wirkung an das Versorgungswerk zu zahlen, wenn die antragstellende Person dem Versorgungswerk im Zeitpunkt der Antragstellung angehörte. Er übersendet dem Versorgungswerk auch die in § 185 Abs. 3 SGB VI genannte Bescheinigung.

- (2) Der Antrag nach Absatz 1 ist innerhalb eines Jahres nach dem Ausscheiden zu stellen. Ist das nachzuversichernde Mitglied verstorben, so steht das Antragsrecht der Witwe, dem Witwer oder der überlebenden Lebenspartnerin, dem überlebenden Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes (LPartG) zu. Ist eine Witwe, ein Witwer oder eine überlebende Lebenspartnerin, ein überlebender Lebenspartner im Sinne des LPartG nicht vorhanden, so können alle Waisen gemeinsam und, wenn auch keine Waisen vorhanden sind, jede frühere Ehegattin, jeder frühere Ehegatte oder jede frühere Lebenspartnerin, jeder frühere 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 Absatz 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 der 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. Die Überleitungsbeiträge werden zugunsten der aufnehmenden Versorgungseinrichtung entsprechend der Bestimmung des Überleitungsabkommens pauschaliert verzinst. 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 schriftlich bei einer der beiden Versorgungseinrichtungen 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 50. Lebensjahr bereits vollendet hat,
 2. in der abgebenden Versorgungseinrichtung für mehr als 96 Monate Beiträge entrichtet hat,
 3. einen Antrag auf Gewährung einer Berufsunfähigkeitsrente gestellt hat oder
 4. Ansprüche des Mitgliedes gegen das Versorgungswerk gepfändet worden sind.

(4) Mit der Überleitung vom Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen zu einer anderen Versorgungseinrichtung erlöschen die Rechte und Pflichten des Mitgliedes gegenüber der Versorgungseinrichtung der Landesärztekammer Hessen.

(5) 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 eine Sachverständige oder einen Sachverständigen aufstellen zu lassen. Ergibt sich nach dieser Bilanz ein Überschuss, so sind mindestens 5 % dieses Überschusses einer Verlustrücklage zuzuweisen, bis diese Verlustrücklage 7 % 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 dem 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 der leistungsberechtigten Person, 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 Buchstabe c) genannten Voraussetzungen vorliegen und die leistungsberechtigte Person dadurch nicht hilfsbedürftig im Sinne der Vorschriften des Zwölften Buches des Sozialgesetzbuches über die Hilfe zum Lebensunterhalt wird.

(3) Steht dem Mitglied oder der leistungsberechtigten Person ein Anspruch auf Ersatz des Schadens gegen eine dritte Person zu, so ist das Mitglied oder die leistungsberechtigte Person verpflichtet, den Anspruch gegen die dritte Person 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 der leistungsberechtigten Person geltend gemacht werden. Gibt das Mitglied oder die leistungsberechtigte Person seinen oder ihren Anspruch gegen die dritte Person 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 der leistungsberechtigten Person gegen ein Familienmitglied (Familienangehörige, Familienangehöriger), das mit dem Mitglied oder der leistungsberechtigten Person in häuslicher Gemeinschaft lebt, so besteht keine Verpflichtung zur Abtretung, sofern das Familienmitglied 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, Leistungsempfängerinnen und -empfänger 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 Ärztinnen und 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 einer Altersgrenze 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 Absatz 1 Buchstabe a bis d besteht ein Rechtsanspruch.

(3) Alle Renten werden monatlich im Voraus gezahlt.

(4) Leistungsempfängerinnen und -empfänger der Leistungsarten gemäß Absatz 1 Buchstabe a bis d oder deren Hinterbliebene, Erbinnen, Erben oder Sorgeberechtigte haben Änderungen bezüglich der Leistungsvoraussetzungen innerhalb von 2 Wochen dem Versorgungswerk schriftlich mitzuteilen. Nach Ablauf dieser Frist findet § 16 Abs. 1 Buchstabe b Satz 2 der Satzung Anwendung.

Die verspätete Geltendmachung eines höheren Versorgungsanspruches darf sich nicht zum Nachteil der anspruchsberechtigten Person 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 Absatz 1 bestehen nicht, soweit

1. ihre Erfüllung nicht in einem angemessenen Verhältnis zu der in Anspruch genommenen Leistung steht, oder
2. ihre Erfüllung der betroffenen Person aus einem wichtigen Grund nicht zugemutet werden kann, oder
3. das Versorgungswerk sich durch einen geringeren Aufwand als die antragstellende oder leistungsberechtigte Person 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 Absatz 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 die Person, die eine Leistung beantragt oder erhält, ihren Mitwirkungspflichten nach § 1 a Abs. 1 Satz 1 der Versorgungsordnung 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 die Person, die eine Berufsunfähigkeitsrente beantragt hat oder erhält, ihrer Mitwirkungspflicht nach § 1 a Abs. 1 Satz 2 und 3 der Versorgungsordnung 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 die leistungsberechtigte Person auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden ist und ihrer Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihr gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist.

§ 2 Altersrente

(1) Jedes Mitglied des Versorgungswerkes hat auf schriftlichen Antrag Anspruch auf eine lebenslänglich zahlbare Altersrente.

Der Anspruch endet mit Ablauf des Monats, in dem das berechnete Mitglied stirbt.

(2) Der Anspruch auf Zahlung der Altersrente beginnt mit dem 1. des nach Vollendung des 67. Lebensjahres folgenden Monats (Regelaltersgrenze).

(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. – 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 Antragseinganges beim Versorgungswerk. In diesem Fall vermindert sich die Rentenhöhe gemäß § 9 Abs. 2 der Versorgungsordnung entsprechend.

(3a) Auf schriftlichen Antrag des Mitglieds wird eine vorgezogene Altersrente als Teilrente von 30%, 50% oder 70 % aus der bis zum Beginn der Teilrente erworbenen Rentenanwartschaft gewährt; ein weiterer Rentenantrag ist nur bezüglich des gesamten zur Vollrente noch fehlenden Teils zulässig. Im Übrigen werden die beiden Rentenanteile als selbständige Leistungen im Sinne dieser Versorgungsordnung behandelt.

(4) Das Mitglied kann schriftlich beantragen, den Beginn der Altersrente auf einen späteren Zeitpunkt zu verlegen. Der Antrag soll mindestens 6 Monate vor dem Erreichen der Regelaltersgrenze beim Versorgungswerk gestellt werden. Solange keine Vollrente in Anspruch genommen wurde, kann das Mitglied auf schriftlichen Antrag weiterhin Beiträge in das Versorgungswerk einzahlen. Dieser Antrag muss spätestens mit Erreichen der Regelaltersgrenze gestellt sein.

Die Rentenhöhe erhöht sich durch den Aufschub nach § 9 Abs. 2 a der Versorgungsordnung entsprechend. 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 Antragseinganges beim Versorgungswerk.

Der Aufschub ist längstens bis zum 1. des auf die Vollendung des 75. Lebensjahres folgenden Monats möglich. Diese Begrenzung des Aufschubes gilt jedoch nicht in Fällen, in denen das Mitglied das 65. Lebensjahr vor dem 01.01.2021 vollendet hat und bis dahin bereits einen Antrag auf einen Aufschub des Rentenbeginnes gestellt hat.

§ 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 Ärztinnen und Ärzten nach Fortfall der Gehaltszahlung,

2. bei niedergelassenen Ärztinnen und 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.
- (1 a) Ein Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente besteht nicht nach bindender Bewilligung einer Altersrente. Wurde eine Teilrente im Sinne des § 2 Abs. 3 a der Versorgungsordnung bindend bewilligt, ist der Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente jedoch nur für den der Teilrente zugrunde liegenden Teil der Anwartschaft ausgeschlossen.
- (2) Der Anspruch auf Zahlung einer Berufsunfähigkeitsrente beginnt jeweils am 1. eines Monats
1. bei angestellten und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, die ihre ärztliche Tätigkeit eingestellt haben, frühestens mit dem Monat, der dem Eintritt der Berufsunfähigkeit folgt,
 2. bei angestellten und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, die ihre ärztliche Tätigkeit erst nach Eintritt der Berufsunfähigkeit einstellen, mit dem Monat, der der Einstellung folgt,
 3. bei Ärztinnen und 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 Gutachten festgestellt. Die antragstellende Person und das Versorgungswerk bestimmen je eine Gutachterin oder 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.
- (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 Zuschuss 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 6 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) Die zuständige Geschäftsführerin, der zuständige Geschäftsführer oder die von ihr oder ihm beauftragten Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter entscheiden über das Vorliegen oder Nichtvorliegen des Versorgungsanspruches und die Maßnahmen nach Absatz 10 und 11; in Härtefällen entscheidet der Vorstand.
Über Widersprüche entscheidet der Vorstand. Der Vorstand kann auf Kosten des Versorgungswerkes weitere erforderliche Feststellungen veranlassen und seinen Entscheidungen zugrunde legen.

§ 4 Kinderzuschuss

- (1) Mitgliedern, die Berufsunfähigkeitsrente beziehen, wird für jedes Kind ein Kinderzuschuss in Höhe von 10 % der Berufsunfähigkeitsrente gewährt. Der Kinderzuschuss wird bis zum Ablauf des Monats, in dem das Kind das 18. Lebensjahr vollendet, gewährt. Bei Umwandlung der Rente wegen Berufsunfähigkeit in die Altersrente gemäß § 3 Abs. 9 Satz 2 der Versorgungsordnung entfällt der Kinderzuschuss.
- (2) Sofern die Geburt des Kindes und der Beginn des Bezuges der Berufsunfähigkeitsrente vor dem 01.01.2018 liegen, wird ein Kinderzuschuss gewährt, solange die Voraussetzungen des § 4 Abs. 2 der Versorgungsordnung in der am 31.12.2014 geltenden Fassung vorliegen. Sofern die Geburt des Kindes und der Beginn des Bezuges der Berufsunfähigkeitsrente vor dem 01.01.2018 liegen, wird bei Umwandlung der Berufsunfähigkeitsrente in die Altersrente gemäß § 3 Abs. 9 Satz 2 der Versorgungsordnung ein Kinderzuschuss gewährt, solange die Voraussetzungen des § 4 Abs. 2 der Versorgungsordnung in der am 31.12.2014 geltenden Fassung vorliegen.
- (3) Mitgliedern, die Altersrente beziehen, wird für jedes Kind ein Kinderzuschuss in Höhe von 10 % der Altersrente nur gewährt, sofern die Geburt des Kindes und der Beginn des Bezuges der Altersrente vor dem 01.01.2018 liegen, solange die Voraussetzungen des § 4 Abs. 2 der Versorgungsordnung in der am 31.12.2014 geltenden Fassung vorliegen. Bezüglich des nach Inanspruchnahme einer Teilrente im Sinne des § 2 Abs. 3 a der Versorgungsordnung noch verbliebenen Teils der Rentenanswartschaft gilt als Beginn des Bezuges der Altersrente der Zeitpunkt, in dem der zur Vollrente fehlende Teil der Altersrente in Anspruch genommen wird.

- (4) Zum Bezug des Kinderzuschuss berechtigten:
- a) eheliche Kinder,
 - b) adoptierte Kinder,
 - c) nichteheliche Kinder eines Mitgliedes, wenn diesem die alleinige oder gemeinsame elterliche Sorge zusteht (§ 1626 a BGB) oder dessen Unterhaltspflicht festgestellt und die laufende Unterhaltszahlung nachgewiesen ist.
- (5) Absatz 4 gilt für Lebenspartnerinnen und Lebenspartner im Sinne des LPartG entsprechend.

§ 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 eine 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) Einer früheren Ehegattin oder 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 Ehegattinnen oder -gatten vorhanden, so wird die Witwen- oder Witwerrente unter ihnen so aufgeteilt, dass jede oder jeder von ihnen nur den Teil der zu berechnenden Rente erhält, der im Verhältnis zu den anderen Berechtigten der Dauer ihrer oder seiner Ehe mit dem verstorbenen Mitglied entspricht.

Entfällt der Anspruch für eine berechtigte Person, 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, Bundesfreiwilligendienst nach dem Gesetz zur Einführung eines Bundesfreiwilligendienstes oder ein Freiwilliges Soziales oder Ökologisches Jahr nach dem Jugendfreiwilligendienstegesetz leistet, 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 einer der Eheleute in der Lage ist, seinen Unterhaltsverpflichtungen nachzukommen. In Härtefällen entscheidet der Vorstand.

(6) Zum Bezug einer Waisenrente sind berechtigt:

a) eheliche Kinder,

b) adoptierte Kinder,

c) nichteheliche Kinder eines Mitgliedes, wenn diesem die alleinige oder gemeinsame elterliche Sorge zusteht (§ 1626 a BGB) oder dessen Unterhaltspflicht festgestellt und die laufende Unterhaltszahlung nachgewiesen 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/seines

35. Lebensjahres 60

45. Lebensjahres 48

mit Vollendung ihres/seines

45. Lebensjahres 36

Monatsbeträge der Witwen- oder der Witwerrente.

(9) Hinterbliebene haben keinen Anspruch auf Rente, wenn sie den Tod des Mitgliedes vorsätzlich herbeigeführt haben. Die zuständige Geschäftsführerin, der zuständige Geschäftsführer oder die von ihr oder ihm beauftragten Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter entscheiden über das Vorliegen oder Nichtvorliegen des Versorgungsanspruches. In Härtefällen entscheidet der Vorstand; im Widerspruchsverfahren entscheidet der Vorstand.

(10) Die Absätze 1 – 10 gelten für Lebenspartnerinnen und 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 der Rentnerin oder des Rentners 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 Absatz 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 von der antragstellenden Person nachzuweisen und in einem vom Versorgungswerk zu bestellenden Gutachten festzustellen.
- (2) Der zur Finanzierung von Zuschüssen zu Rehabilitationsmaßnahmen dem Versorgungswerk im laufenden Jahr aus der Gewinnrückstellung zur Verfügung stehende Gesamtbetrag wird durch die versicherungsmathematische Sachverständige oder 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 Beamtin, Beamter oder Angestellte, Angestellter im öffentlichen Dienst für Rehabilitationsmaßnahmen Anspruch auf Beihilfe oder Tuberkulosehilfe hat.

- (5) Die zuständige Geschäftsführerin, der zuständige Geschäftsführer oder die von ihr oder ihm beauftragten Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter entscheiden über die Kostenbeteiligung und ihre Höhe unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalles; im Widerspruchsverfahren entscheidet der Vorstand.

Das Versorgungswerk kann eine fachärztliche Begutachtung seiner Wahl 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 Absatz 1 kann höchstens 50 % des Gesamtbetrages der Aufwendungen für die 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, 14 a der Versorgungsordnung entsprechend den von ihm geleisteten Beiträgen errechnet.
- (2) Wird die Gewährung der Altersrente nach § 2 Abs. 3 oder 3 a 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 Erreichen der Regelaltersgrenze beginnende Altersrente in Abhängigkeit vom Zeit-

raum der vorgezogenen Inanspruchnahme nach Maßgabe der Tabelle 3 des § 14 der Versorgungsordnung gekürzt.

- (2a) Wird die Gewährung der Altersrente nach § 2 Abs. 4 der Versorgungsordnung aufgeschoben, so erhöht sich der Betrag der lebenslänglich zahlbaren Altersrente um einen versicherungsmathematischen Zuschlag.

Dabei wird die aus bereits geleisteten Beiträgen errechnete Anwartschaft auf eine nach Erreichen der Regelaltersgrenze beginnende Altersrente in Abhängigkeit vom Zeitraum des Aufschubes nach Maßgabe der Tabelle 4 des § 14 der Versorgungsordnung erhöht.

- (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 der zuständigen Geschäftsführerin, dem zuständigen Geschäftsführer oder den von ihr oder ihm beauftragten Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter 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 nach § 14 Abs. 2 der Versorgungsordnung unter Anwendung der Tabellen 1 und 2 des § 14 der Versorgungsordnung, indem der monatliche Rentenbetrag des ehezeitlich erworbenen Anrechtes durch den Divisor, der für das Alter des Mitgliedes zum Ende der Ehezeit gilt, geteilt wird. Bei zum Ende der Ehezeit bereits laufenden Altersrenten oder Berufsunfähigkeitsrenten nach Vollendung des 60. Lebensjahres ist Tabelle 2 des § 14 der Versorgungsordnung anzuwenden, ansonsten findet Tabelle 1 des § 14 der Versorgungsordnung Anwendung.

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

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

- (5) Der Ausgleichswert nach Absatz 4 oder der Differenzbetrag nach Absatz 4 a wird bezogen auf den für den Versorgungsausgleich zugrunde gelegten Bewertungsstichtag als Einmalbeitrag für die ausgleichsberechtigte Person wie folgt verrentet:

a) Ist die ausgleichsberechtigte Person Mitglied des Versorgungswerkes oder einer entsprechenden berufsständischen ärztlichen Versorgungseinrichtung außerhalb des Bundeslandes Hessen, so wird für sie bei einem Alter unterhalb der Regelaltersgrenze ein Anrecht auf Alters-, Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenenrente unter Anwendung der Tabelle 1 des § 14 der Versorgungsordnung errechnet. Ist die Regelaltersgrenze erreicht oder überschritten, so wird unter Anwendung der Tabelle 2 des § 14 der Versorgungsordnung das Kapital in ein wertgleiches Anrecht auf eine sofort beginnende Altersrente inklusive eines Anrechtes auf Hinterbliebenenversorgung umgerechnet.

b) Erfüllt die ausgleichsberechtigte Person die Voraussetzungen des Buchstabens a nicht, so wird für sie bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze unter Anwendung der

Tabelle 1 des § 15 der Versorgungsordnung ein Anrecht auf eine ab Erreichen der Regelaltersgrenze zahlbare Altersrente oder ab Erreichen dieser Altersgrenze unter Anwendung der Tabelle 2 des § 15 der Versorgungsordnung ein Anrecht auf eine sofort beginnende Altersrente errechnet. In diesem Fall entsteht kein Anrecht auf Berufsunfähigkeits- oder Hinterbliebenenrente.

Beantragt die ausgleichsberechtigte Person schriftlich eine Vorverlegung oder einen Aufschub des Beginns der Altersrente, vermindert oder erhöht sich die Rente entsprechend. Für die Kürzung wegen Vorverlegung des Rentenbeginns findet in den Fällen des Buchstabens a Tabelle 3 des § 14 der Versorgungsordnung und in denen des Buchstabens b Tabelle 3 des § 15 der Versorgungsordnung Anwendung. Für die Erhöhung wegen Aufschubes des Rentenbeginns findet in den Fällen des Buchstabens a Tabelle 4 des § 14 der Versorgungsordnung und in denen des Buchstabens b Tabelle 4 des § 15 der Versorgungsordnung Anwendung.

Hat die ausgleichsberechtigte Person zum Bewertungsstichtag die Regelaltersgrenze bereits überschritten, so wird für die Berechnung der aufgeschobenen Altersrente der um den Zuschlag nach Tabelle 4 des § 14 oder § 15 der Versorgungsordnung für den Aufschub bis zum Rentenbeginn erhöhte Betrag durch die Summe aus 1 und dem Zuschlag dividiert, der bei einer zum Bewertungsstichtag sofort beginnenden Altersrente anzuwenden wäre.

- (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. Bezieht das ausgleichspflichtige Mitglied noch keine Rente, so erfolgt die Verrentung nach Tabelle 1 des § 14 der Versorgungsordnung. Bezieht das 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. Bezieht das ausgleichspflichtige Mitglied eine Teilrente nach § 2 Abs. 3 a der Versorgungsordnung, ist eine Ergänzung des gekürzten Anrechts nur bzgl. des prozentualen Anteils der

ehezeitlich erworbenen Anwartschaft möglich, der nach Abzug der Teilrentenquote verbleibt.

- (9) Hat nur einer der Eheleute 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 überprüft alljährlich, ob auf Grundlage des Jahresabschlusses eine zusätzliche Gewährung von Rentenleistungen und/oder eine Erhöhung der laufenden Anwartschaften vertretbar ist. Nach Anhörung der oder des versicherungsmathematischen Sachverständigen unterbreitet er der Delegiertenversammlung einen entsprechenden Vorschlag. 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 die oder der Kammerangehörige Mitglied des Versorgungswerkes wird.

Bei angestellten Ärztinnen und 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 der Absenderin oder 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 Körperschaftssteuer 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) Mitglieder, die Alters- oder Berufsunfähigkeitsrente beziehen, 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 Ärztinnen und 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 Ärztinnen und Ärzte, deren Bezüge unter der jeweiligen Beitragsbemessungsgrenze liegen, entrichten Beiträge gemäß §§ 157 und 159 SGB VI.

- (2) Angestellte Ärztinnen und Ärzte, die gemäß § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI von der Versicherungspflicht befreit sind, entrichten Beiträge gemäß Absatz 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 Berechnung von Renten

(1) Beitragszahlungen ab dem 01.01.2021 werden nach der folgenden Tabelle 1 verrentet:

Tabelle 1: Beitrags- und Leistungstabelle

(gültig für ab 01.01.2021 entrichtete Beiträge)

Alter bei Zahlung <i>u</i>	Verrentungssatz in % <i>f_u</i>	Alter bei Zahlung <i>u</i>	Verrentungssatz in % <i>f_u</i>	Alter bei Zahlung <i>u</i>	Verrentungssatz in % <i>f_u</i>
20	1,1532	40	0,7181	60	0,4669
21	1,1266	41	0,7013	61	0,4621
22	1,1007	42	0,6850	62	0,4598
23	1,0756	43	0,6692	63	0,4497
24	1,0508	44	0,6539	64	0,4399
25	1,0267	45	0,6389	65	0,4302
26	1,0030	46	0,6242	66	0,4208
27	0,9798	47	0,6098	67	0,4115
28	0,9570	48	0,5956	68	0,4021
29	0,9346	49	0,5817	69	0,3927
30	0,9129	50	0,5682	70	0,3836
31	0,8914	51	0,5549	71	0,3745
32	0,8704	52	0,5419	72	0,3649
33	0,8500	53	0,5295	73	0,3560
34	0,8300	54	0,5175	74	0,3472
35	0,8102	55	0,5063	75	0,3377
36	0,7908	56	0,4963		
37	0,7719	57	0,4872		
38	0,7534	58	0,4793		
39	0,7355	59	0,4725		

Das Alter *u* bei Zahlung ist die Jahresdifferenz zwischen dem Kalenderjahr der Beitragszahlung und dem Geburtsjahr des Versicherten.

Die insgesamt erworbene Rentenanswartschaft errechnet sich als Summe der Answartschaften aus der altersabhängigen Verrentung der in den jeweiligen Kalenderjahren der Mitgliedschaft gezahlten Beiträge.

Die sich aus einer Beitragszahlung *B* in dem Kalenderjahr ergebende zusätzliche Answartschaft *R* auf Altersrente ab Erreichen der Regelaltersgrenze entspricht dem Prozentsatz des Beitrages, d.h. $R = B \cdot \frac{f_u}{100}$.

Auch für Beitragszahlungen nach Erreichen der Regelaltersgrenze beziehen sich die Verrentungssätze auf eine ab Erreichen der Regelaltersgrenze zahlbare Altersrente. In diesen Fällen entsteht kein Nachzahlungsanspruch für die Zeit, in der noch keine Regelaltersrente bezogen wurde. Die Nichtanspruchnahme der Altersrente in der Zeit ab Erreichen der Regelaltersgrenze wird durch den Zuschlag nach Tabelle 4 für den Aufschub des Rentenbeginnes berücksichtigt.

(2) Für die Bestimmung des Kapitalwertes von Rentenanswartschaften und laufenden Altersrenten gelten die folgenden Bestimmungen:

- a) Für Answartschaften vor Erreichen der Regelaltersgrenze nach § 2 Abs. 2 der Versorgungsordnung sowie für laufende Berufsunfähigkeitsrenten vor Vollendung des 62. Lebensjahres – für Berufsunfähigkeitsrenten, die

vor dem 01.01.2021 begonnen haben, vor Vollendung des 60. Lebensjahres – errechnet sich der Kapitalwert unter Anwendung von Tabelle 1. Der Kapitalwert einer zum Bewertungsstichtag erworbenen Rentenanwartschaft errechnet sich, indem deren Betrag mit dem Faktor 100 multipliziert und durch den Wert f_u aus Tabelle 1 für das Alter des Mitgliedes zum Bewertungsstichtag dividiert wird.

b) Für Anwartschaften nach Erreichen der Regelaltersgrenze nach § 2 Abs. 2 der Versorgungsordnung sowie für laufende Altersrenten und für laufende Berufsunfähigkeitsrenten ab Vollendung des 62. Lebensjahres – für Berufsunfähigkeitsrenten, die vor dem 01.01.2021 begonnen haben, ab Vollendung des 60. Lebensjahres – errechnet sich der Kapitalwert unter Anwendung der folgenden Tabelle 2.

Tabelle 2: Divisoren zur Kapitalwertbestimmung laufender Renten

(gültig ab 01.01.2021)

Alter u	Divisor in % des Rentenbetrages g_u	Alter u	Divisor in % des Rentenbetrages g_u	Alter u	Divisor in % des Rentenbetrages g_u
60	0,3490	79	0,6339	98	2,2512
61	0,3559	80	0,6654	99	2,4420
62	0,3633	81	0,7000	100	2,6631
63	0,3715	82	0,7381	101	2,9095
64	0,3804	83	0,7802	102	3,1695
65	0,3900	84	0,8266	103	3,4368
66	0,4004	85	0,8784	104	3,6900
67	0,4115	86	0,9356	105	3,9160
68	0,4230	87	0,9989	106	4,1295
69	0,4354	88	1,0701	107	4,3454
70	0,4487	89	1,1487	108	4,5644
71	0,4631	90	1,2352	109	4,7900
72	0,4787	91	1,3329	110	5,0320
73	0,4955	92	1,4321	111	5,3150
74	0,5138	93	1,5390	112	5,7007
75	0,5337	94	1,6575	113	6,3599
76	0,5554	95	1,7820	114	7,9066
77	0,5792	96	1,9248	ab 115	14,8876
78	0,6053	97	2,0777		

Das Alter u bei Zahlung ist die Jahresdifferenz zwischen dem Kalenderjahr der Beitragszahlung und dem Geburtsjahr des Versicherten.

Der Kapitalwert einer zum Bewertungsstichtag laufenden Rente oder eines Anspruches auf sofort beginnende Rente errechnet sich, indem deren Betrag mit dem Faktor 100 multipliziert und durch den Wert g_u aus Tabelle 2 für das Alter des Mitgliedes zum Bewertungsstichtag dividiert wird.

(3) Bei einer vorzeitigen Inanspruchnahme der Altersrente vor Erreichen der Regelaltersgrenze mindert sich die aus bereits geleisteten Beiträgen errechnete Anwartschaft auf eine mit Erreichen der Regelaltersgrenze beginnende

de Altersrente in Abhängigkeit vom Zeitraum der vorgezogenen Inanspruchnahme nach Maßgabe der folgenden Tabelle 3 zum Ausgleich für die entsprechend verlängerte Rentenbezugszeit:

Tabelle 3: Abschläge bei Inanspruchnahme einer vorgezogenen Altersrente

(gültig ab 01.01.2021)

Monate des Vorziehens <i>m</i>	Kürzungsfaktor <i>k_m</i>	Monate des Vorziehens <i>m</i>	Kürzungsfaktor <i>k_m</i>	Monate des Vorziehens <i>m</i>	Kürzungsfaktor <i>k_m</i>
1	0,4 %	37	14,0 %	73	24,9 %
2	0,8 %	38	14,4 %	74	25,1 %
3	1,2 %	39	14,7 %	75	25,4 %
4	1,6 %	40	15,0 %	76	25,7 %
5	2,0 %	41	15,3 %	77	25,9 %
6	2,5 %	42	15,7 %	78	26,2 %
7	2,9 %	43	16,0 %	79	26,5 %
8	3,3 %	44	16,3 %	80	26,7 %
9	3,7 %	45	16,6 %	81	27,0 %
10	4,1 %	46	17,0 %	82	27,3 %
11	4,5 %	47	17,3 %	83	27,5 %
12	4,9 %	48	17,6 %	84	27,8 %
13	5,3 %	49	17,9 %		
14	5,7 %	50	18,2 %		
15	6,1 %	51	18,5 %		
16	6,4 %	52	18,8 %		
17	6,8 %	53	19,1 %		
18	7,2 %	54	19,4 %		
19	7,6 %	55	19,7 %		
20	8,0 %	56	20,0 %		
21	8,4 %	57	20,3 %		
22	8,7 %	58	20,6 %		
23	9,1 %	59	20,9 %		
24	9,5 %	60	21,2 %		
25	9,9 %	61	21,5 %		
26	10,2 %	62	21,8 %		
27	10,6 %	63	22,1 %		
28	10,9 %	64	22,3 %		
29	11,3 %	65	22,6 %		
30	11,6 %	66	22,9 %		
31	12,0 %	67	23,2 %		
32	12,3 %	68	23,5 %		
33	12,7 %	69	23,8 %		
34	13,0 %	70	24,0 %		
35	13,4 %	71	24,3 %		
36	13,7 %	72	24,6 %		

(4) Bei einer aufgeschobenen Inanspruchnahme der Altersrente nach Erreichen der Regelaltersgrenze erhöht sich die aus bereits geleisteten Beiträgen errechnete Anwart-

schaft in Abhängigkeit von der Länge des Aufschubzeitraumes nach Maßgabe der folgenden Tabelle 4 zum Ausgleich für die entsprechend verkürzte Rentenbezugszeit:

Tabelle 4: Zuschläge bei Inanspruchnahme einer aufgeschobenen Altersrente

(gültig ab 01.01.2021)

Monate des Aufschubes <i>m</i>	Zuschlag <i>z_m</i>	Monate des Aufschubes <i>m</i>	Zuschlag <i>z_m</i>	Monate des Aufschubes <i>m</i>	Zuschlag <i>z_m</i>
1	0,4 %	37	17,4 %	73	39,1 %
2	0,9 %	38	17,9 %	74	39,9 %
3	1,3 %	39	18,5 %	75	40,6 %
4	1,7 %	40	19,0 %	76	41,3 %
5	2,1 %	41	19,6 %	77	42,0 %
6	2,6 %	42	20,1 %	78	42,8 %
7	3,0 %	43	20,7 %	79	43,5 %
8	3,4 %	44	21,2 %	80	44,2 %
9	3,8 %	45	21,8 %	81	44,9 %
10	4,3 %	46	22,3 %	82	45,7 %
11	4,7 %	47	22,9 %	83	46,4 %
12	5,1 %	48	23,4 %	84	47,1 %
13	5,6 %	49	24,0 %	85	47,9 %
14	6,0 %	50	24,6 %	86	48,7 %
15	6,5 %	51	25,2 %	87	49,5 %
16	7,0 %	52	25,8 %	88	50,3 %
17	7,4 %	53	26,4 %	89	51,1 %
18	7,9 %	54	27,0 %	90	52,0 %
19	8,4 %	55	27,6 %	91	52,8 %
20	8,8 %	56	28,2 %	92	53,6 %
21	9,3 %	57	28,8 %	93	54,4 %
22	9,8 %	58	29,4 %	94	55,2 %
23	10,2 %	59	30,0 %	95	56,0 %
24	10,7 %	60	30,6 %	96	56,8 %
25	11,2 %	61	31,3 %		
26	11,7 %	62	31,9 %		
27	12,2 %	63	32,6 %		
28	12,7 %	64	33,2 %		
29	13,2 %	65	33,9 %		
30	13,8 %	66	34,5 %		
31	14,3 %	67	35,2 %		
32	14,8 %	68	35,8 %		
33	15,3 %	69	36,5 %		
34	15,8 %	70	37,1 %		
35	16,3 %	71	37,8 %		
36	16,8 %	72	38,4 %		

In den Fällen, in den nach der Übergangsregelung in § 2 Abs. 4 Satz 9 der Versorgungsordnung der Aufschubzeitraum 96 Monate übersteigt, errechnet sich der Zuschlag unter Anwendung der Rechnungsgrundlagen, auf denen die Werte der Tabelle 4 beruhen.

- (5) Im Falle des Eintrittes der Berufsunfähigkeit vor Vollendung des 62. Lebensjahres wird für die Berechnung der Rente eine laufende Beitragszahlung bis zur Vollendung des 62. Lebensjahres unterstellt.

Als künftiger laufender Monatsbeitrag wird dabei angesehen:

a) Zur Mitgliedschaft und zur Höherversorgung nach § 11 Abs. 2 Buchstabe a und b der Satzung der Durchschnittsbeitrag der letzten 12 beim Versorgungswerk zurückgelegten beitragspflichtigen Monate vor dem Stichtag der Rentenberechnung, höchstens der festgesetzte Monatsbeitrag nach 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 nach § 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.

Im Falle des Buchstabens a bleiben Zeiten nach § 9 Abs. 2 b, c und d der Satzung, für die kein oder ein ermäßigter Beitrag entrichtet wurde, für die Bestimmung des künftigen, laufenden Monatsbeitrages außer Betracht.

Tritt die Berufsunfähigkeit mit oder nach Vollendung des 62. Lebensjahres ein, so werden für die Berechnung die bis zum Rentenbeginn tatsächlich entrichteten Beiträge zugrunde gelegt.

Der aus tatsächlichen und zugerechneten Beitragszahlungen errechnete Anwartschaftsbetrag kürzt sich um den Abschlag nach Tabelle 3, der für die Inanspruchnahme einer Altersrente vor Erreichen der Regelaltersgrenze maßgeblich ist. Für die Kürzung gilt als Zeitpunkt der vorgezogenen Inanspruchnahme der 1. des Monats, in dem der Anspruch auf Zahlung der Rente beginnt, frühestens jedoch der 1. des der Vollendung des 62. Lebensjahres folgenden Monats.

Hat die Berufsunfähigkeit vor Erreichen der Regelaltersgrenze geendet, so werden für die Berufsunfähigkeits-

rente zugerechnete Beiträge bei der Berechnung späterer Renten für Zeiten des Rentenbezuges vor Vollendung des 62. Lebensjahres als gezahlt unterstellt.

Soweit gezahlte und zugerechnete Beiträge bereits für eine Berufsunfähigkeitsrente berücksichtigt wurden, kürzt sich der entsprechende Teil der späteren Altersrente um den Abschlag nach Tabelle 3, der für die Berechnung der zuletzt gezahlten Berufsunfähigkeitsrente angewandt wurde, sofern das Mitglied nach dem Ende des Bezuges der Berufsunfähigkeitsrente nicht mindestens 36 Monate lang bis zum Beginn der späteren Rente, längstens bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze, eine ärztliche Tätigkeit ausgeübt hat.

- (5a) Bei Mitgliedern mit Anwartschaften, auf die § 14 a Abs. 3 Buchstabe a der Versorgungsordnung Anwendung findet, tritt an die Stelle der Vollendung des 62. Lebensjahres jeweils die Vollendung des in der nachfolgenden Tabelle aufgeführten Alters in Jahren und Monaten:

Jahrgang	Alter in Jahren und Monaten
1969	61 Jahre und 10 Monate
1968	61 Jahre und 8 Monate
1967	61 Jahre und 6 Monate
1966	61 Jahre und 4 Monate
1965	61 Jahre und 2 Monate
1964	61 Jahre und 0 Monate
1963	60 Jahre und 10 Monate
1962	60 Jahre und 8 Monate
1961	60 Jahre und 6 Monate
1960	60 Jahre und 4 Monate
1959	60 Jahre und 2 Monate
1958 und früher	60 Jahre und 0 Monate

Mindestens wird als Berufsunfähigkeitsrente jedoch der Betrag gewährt, der sich ohne die Erhöhung des bis zum 31.12.2020 erworbenen Anwartschaftsteiles nach § 14 a Abs. 3 Buchstabe a der Versorgungsordnung mit einer Beitragszurechnung bis zur Vollendung des 62. Lebensjahres als vorgezogene Altersrente ergeben würde.

- (5b) Hat das Mitglied den Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente vor dem 01.01.2016 gestellt, errechnet sich die Berufsunfähigkeitsrente nach Maßgabe des § 14 der Versorgungsordnung in der am 31.12.2014 geltenden Fassung.

Ist die Berufsunfähigkeit in dem Zeitraum vom 01.01.2016 bis 31.12.2020 eingetreten und hat das Mitglied den Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente innerhalb dieses Zeit-

raumes gestellt, errechnet sich die Berufsunfähigkeitsrente nach Maßgabe des § 14 der Versorgungsordnung in der am 31.12.2020 geltenden Fassung.

- (6) Hat das Mitglied innerhalb der Europäischen Union (EU) auch Pflichtversicherungszeiten (Versicherungszeiten im Sinne des Artikels 1 Buchstabe r der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 oder im Sinne des Artikels 1 Buchstabe t der Verordnung (EG) Nr. 883/2004) im Ausland zurückgelegt, so wird für die Bemessung der Berufsunfähigkeitsrente, soweit sie auf Beitragszahlungen zur Mitgliedschaft oder zur Höherversorgung nach § 11 Abs. 2 Buchstabe 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.

In diesem Fall wird der vor dem Ende der Mitgliedschaft zuletzt gezahlte Beitrag als künftiger laufender Monatsbeitrag zugrunde gelegt.

- (7) Hat das Mitglied oder frühere Mitglied Pflichtversicherungszeiten ausschließlich bei inländischen Versorgungseinrichtungen zurückgelegt, so findet die vorstehende Regelung entsprechende Anwendung, sofern alle anderen Versorgungseinrichtungen, bei denen das Mitglied oder frühere Mitglied pflichtversichert war, gleichfalls eine Invalidenrente mit einer anteiligen Zurechnung gewähren.
- (8) 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:

a) 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.

b) 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.

- (9) 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 oder der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 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 Rentenanswartschaft ausschließlich aus den tatsächlich gezahlten Beiträgen.

§ 14 a Berechnung von Renten aus Beitragszahlungen vor dem 01.01.2021

- (1) Soweit Beiträge vor dem 01.01.2021 entrichtet wurden, wird nach Absatz 2 aus den bis dahin geleisteten Beitragszahlungen eine zum 31.12.2020 erworbene Anwartschaft errechnet und nach Absatz 3 bei Mitgliedern, die vor dem Jahr 1970 geboren wurden, im Hinblick auf die Anhebung der Regelaltersgrenze um einen Zuschlag erhöht. Diese Regelungen gelten in allen Fällen, in denen vor dem 01.01.2021 noch keine Rente bezogen wurde. Am 31.12.2020 bereits laufende Renten bleiben unberührt.

- (2) Die zum 31.12.2020 erworbene Anwartschaft errechnet sich unter Anwendung der zum Zeitpunkt der jeweiligen Beitragszahlung gültigen Beitrags- und Leistungstabellen als beitragsfrei gestellte Anwartschaft unter Herausrechnung der unterstellten laufenden Beitragszahlung für die Zeit nach dem 31.12.2020 bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres. Hat das Mitglied am 31.12.2020 das 65. Lebensjahr bereits vollendet, so erhöht sich aufgrund

der Überschreitung der bis zum 31.12.2020 maßgeblichen Regelaltersgrenze von 65 Jahren der Betrag der erworbenen Anwartschaft entsprechend.

(3) Die Anhebung der Regelaltersgrenze von 65 auf 67 Lebensjahre wirkt sich auf die nach Absatz 2 bestimmten Anwartschaften aus Beitragszahlungen bis zum 31.12.2020 wie folgt aus:

a) Hat das Mitglied zum 31.12.2020 das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet, so werden die zum 31.12.2020 erworbenen Anwartschaften zum 01.01.2021 zum teilweisen oder vollen Ausgleich der Anhebung der Regelaltersgrenze nach der folgenden Tabelle erhöht:

Jahrgang	Erhöhung
bis 1958	10,50 %
1959	9,63 %
1960	8,75 %
1961	7,88 %
1962	7,00 %
1963	6,13 %
1964	5,25 %
1965	4,38 %
1966	3,50 %
1967	2,63 %
1968	1,75 %
1969	0,88 %
ab 1970	0,00 %

b) Hat das Mitglied zum 31.12.2020 bereits das 65. Lebensjahr vollendet, nicht jedoch das 67. Lebensjahr, so werden die zum 31.12.2020 erworbenen Anwartschaften zum 01.01.2021 zum Ausgleich der Anhebung der Regelaltersgrenze nach der folgenden Tabelle erhöht:

Bisherige Monate des Aufschubes	Erhöhung
0	10,50 %
1	10,01 %
2	9,53 %
3	9,17 %
4	8,70 %
5	8,23 %
6	7,76 %
7	7,30 %
8	6,84 %
9	6,50 %
10	6,04 %
11	5,60 %
12	5,15 %
13	4,71 %
14	4,28 %
15	3,84 %
16	3,41 %
17	2,99 %
18	2,56 %
19	2,04 %
20	1,63 %
21	1,21 %
22	0,81 %
23	0,40 %
24	0,00 %

c) Hat das Mitglied zum 31.12.2020 das 67. Lebensjahr bereits vollendet, so wird der Betrag der erworbenen Anwartschaft durch die Summe aus 1 und dem Zuschlag nach Tabelle 4 aus § 14 der Versorgungsordnung für die Anzahl der Monate des Aufschubes von der Vollendung des 67. Lebensjahres bis zum 31.12.2020 dividiert. Bei der Berechnung der späteren Altersrente wird dieser Betrag um den Zuschlag nach Tabelle 4 aus § 14 der Versorgungsordnung für die Anzahl der Monate des Aufschubes von der Vollendung des 67. Lebensjahres bis zum Rentenbeginn erhöht.

§ 15 Berechnung von reinen Altersrenten aus Versorgungsausgleich

(1) Ausgleichswerte, die im Wege einer internen Teilung nach § 10 Abs. 5 Buchstabe b der Versorgungsordnung vor Erreichen der Regelaltersgrenze nach § 2 Abs. 2 der Versorgungsordnung übertragen werden, werden nach der folgenden Tabelle 1 in eine Anwartschaft auf reine Altersrente umgerechnet:

Tabelle 1: Verrentungstabelle für Anspruch auf reine Altersrente

(gültig für Bewertungsstichtage ab dem 01.01.2021)

Alter bei Zahlung <i>u</i>	Verrentungssatz in % <i>f_u</i>	Alter bei Zahlung <i>u</i>	Verrentungssatz in % <i>f_u</i>	Alter bei Zahlung <i>u</i>	Verrentungssatz in % <i>f_u</i>
20	1,2765	40	0,8185	60	0,5181
21	1,2483	41	0,8005	61	0,5057
22	1,2207	42	0,7829	62	0,4999
23	1,1938	43	0,7657	63	0,4885
24	1,1675	44	0,7488	64	0,4773
25	1,1418	45	0,7323	65	0,4663
26	1,1167	46	0,7161	66	0,4555
27	1,0921	47	0,7002	67	0,4447
28	1,0681	48	0,6847	68	0,4335
29	1,0446	49	0,6694	69	0,4224
30	1,0216	50	0,6544	70	0,4110
31	0,9992	51	0,6397	71	0,3999
32	0,9772	52	0,6253	72	0,3882
33	0,9558	53	0,6111	73	0,3771
34	0,9349	54	0,5971	74	0,3656
35	0,9144	55	0,5834	75	0,3538
36	0,8943	56	0,5698		
37	0,8748	57	0,5565		
38	0,8556	58	0,5435		
39	0,8368	59	0,5307		

Das Alter *u* bei Zahlung ist die Jahresdifferenz zwischen dem Kalenderjahr der fiktiven Beitragszahlung (Übertragung des Ausgleichswertes) und dem Geburtsjahr des Versicherten.

Die sich aus einer Beitragszahlung *B* in dem Kalenderjahr ergebende zusätzliche Anwartschaft *R* auf Altersrente ab Erreichen der Regelaltersgrenze entspricht dem Prozentsatz des Beitrages, d.h. $R = B \cdot \frac{f_u}{100}$.

Beitragszahlungen nach Vollendung des 75. Lebensjahres werden unter Anwendung der Rechnungsgrundlagen verrentet, auf denen die Werte der Tabelle 1 beruhen.

(2) Ausgleichswerte, die im Wege einer internen Teilung nach § 10 Abs. 5 Buchstabe b der Versorgungsordnung nach Erreichen der Regelaltersgrenze nach § 2 Abs. 2 der Ver-

sorgungsordnung übertragen werden, werden nach der folgenden Tabelle 2 in eine Anwartschaft auf sofort beginnende Altersrente umgerechnet:

Tabelle 2: Verrentungstabelle für Anspruch auf sofort beginnende Altersrente

(gültig für Bewertungsstichtage ab dem 01.01.2021)

Alter u	Anspruch in % g_u	Alter u	Anspruch in % g_u	Alter u	Anspruch in % g_u
		79	0,7212	98	2,5665
		80	0,7611	99	2,7335
		81	0,8051	100	2,9115
		82	0,8538	101	3,1030
		83	0,9077	102	3,2979
		84	0,9673	103	3,4991
		85	1,0333	104	3,7055
67	0,4447	86	1,1063	105	3,9160
68	0,4586	87	1,1870	106	4,1295
69	0,4737	88	1,2762	107	4,3454
70	0,4900	89	1,3746	108	4,5644
71	0,5077	90	1,4826	109	4,7900
72	0,5268	91	1,6013	110	5,0320
73	0,5476	92	1,7197	111	5,3150
74	0,5702	93	1,8460	112	5,7007
75	0,5950	94	1,9782	113	6,3599
76	0,6223	95	2,1122	114	7,9066
77	0,6521	96	2,2578	ab 115	14,8876
78	0,6850	97	2,4089		

Das Alter u bei Zahlung ist die Jahresdifferenz zwischen dem Kalenderjahr der fiktiven Beitragszahlung (Übertragung des Ausgleichswertes) und dem Geburtsjahr des Versicherten.

Die sich aus einem Kapitalwert K in dem Kalenderjahr ergebende zusätzliche Anwartschaft R auf sofort beginnende Altersrente entspricht dem Prozentsatz des Kapitalwertes, d.h. $R = K \cdot \frac{g_u}{100}$.

(3) Bei einer vorzeitigen Inanspruchnahme der Altersrente vor Erreichen der Regelaltersgrenze mindert sich die aus bereits geleisteten Beiträgen errechnete Anwartschaft auf eine mit Erreichen der Regelaltersgrenze beginnende

Altersrente in Abhängigkeit vom Zeitraum der vorgezogenen Inanspruchnahme nach Maßgabe der folgenden Tabelle 3 zum Ausgleich für die entsprechend verlängerte Rentenbezugszeit:

Tabelle 3: Abschläge bei Inanspruchnahme einer vorgezogenen Altersrente

(gültig ab 01.01.2021)

Monate des Vorziehens <i>m</i>	Kürzungsfaktor <i>k_m</i>	Monate des Vorziehens <i>m</i>	Kürzungsfaktor <i>k_m</i>	Monate des Vorziehens <i>m</i>	Kürzungsfaktor <i>k_m</i>
1	0,5 %	37	15,3 %	73	26,8 %
2	0,9 %	38	15,6 %	74	27,1 %
3	1,4 %	39	16,0 %	75	27,4 %
4	1,8 %	40	16,3 %	76	27,6 %
5	2,3 %	41	16,7 %	77	27,9 %
6	2,7 %	42	17,0 %	78	28,2 %
7	3,2 %	43	17,4 %	79	28,5 %
8	3,6 %	44	17,7 %	80	28,8 %
9	4,1 %	45	18,1 %	81	29,1 %
10	4,5 %	46	18,4 %	82	29,3 %
11	5,0 %	47	18,8 %	83	29,6 %
12	5,4 %	48	19,1 %	84	29,9 %
13	5,8 %	49	19,4 %		
14	6,2 %	50	19,7 %		
15	6,7 %	51	20,1 %		
16	7,1 %	52	20,4 %		
17	7,5 %	53	20,7 %		
18	7,9 %	54	21,0 %		
19	8,3 %	55	21,3 %		
20	8,7 %	56	21,6 %		
21	9,2 %	57	22,0 %		
22	9,6 %	58	22,3 %		
23	10,0 %	59	22,6 %		
24	10,4 %	60	22,9 %		
25	10,8 %	61	23,2 %		
26	11,2 %	62	23,5 %		
27	11,5 %	63	23,8 %		
28	11,9 %	64	24,1 %		
29	12,3 %	65	24,4 %		
30	12,7 %	66	24,7 %		
31	13,0 %	67	25,0 %		
32	13,4 %	68	25,3 %		
33	13,8 %	69	25,6 %		
34	14,2 %	70	25,9 %		
35	14,5 %	71	26,2 %		
36	14,9 %	72	26,5 %		

(4) Bei einer aufgeschobenen Inanspruchnahme der Altersrente nach Erreichen der Regelaltersgrenze erhöht sich die aus bereits geleisteten Beiträgen errechnete Anwartschaft auf eine mit Erreichen der Regelaltersgrenze

beginnende Altersrente in Abhängigkeit von der Länge des Aufschubzeitraumes nach Maßgabe der folgenden Tabelle 4 zum Ausgleich für die entsprechend verkürzte Rentenbezugszeit:

Tabelle 4: Zuschläge bei Inanspruchnahme einer aufgeschobenen Altersrente

(gültig ab 01.01.2021)

Monate des Aufschubes <i>m</i>	Erhöhungsfaktor <i>Z_m</i>	Monate des Aufschubes <i>m</i>	Erhöhungsfaktor <i>Z_m</i>	Monate des Aufschubes <i>m</i>	Erhöhungsfaktor <i>Z_m</i>
1	0,5 %	37	19,4 %	73	45,2 %
2	1,0 %	38	20,1 %	74	46,0 %
3	1,4 %	39	20,7 %	75	46,9 %
4	1,9 %	40	21,3 %	76	47,7 %
5	2,4 %	41	22,0 %	77	48,6 %
6	2,9 %	42	22,6 %	78	49,4 %
7	3,3 %	43	23,2 %	79	50,3 %
8	3,8 %	44	23,9 %	80	51,1 %
9	4,3 %	45	24,5 %	81	52,0 %
10	4,8 %	46	25,1 %	82	52,8 %
11	5,2 %	47	25,8 %	83	53,7 %
12	5,7 %	48	26,4 %	84	54,5 %
13	6,2 %	49	27,1 %	85	55,5 %
14	6,7 %	50	27,8 %	86	56,4 %
15	7,3 %	51	28,5 %	87	57,4 %
16	7,8 %	52	29,2 %	88	58,3 %
17	8,3 %	53	29,9 %	89	59,3 %
18	8,8 %	54	30,6 %	90	60,2 %
19	9,3 %	55	31,2 %	91	61,2 %
20	9,8 %	56	31,9 %	92	62,1 %
21	10,4 %	57	32,6 %	93	63,1 %
22	10,9 %	58	33,3 %	94	64,0 %
23	11,4 %	59	34,0 %	95	65,0 %
24	11,9 %	60	34,7 %	96	65,9 %
25	12,5 %	61	35,5 %		
26	13,1 %	62	36,3 %		
27	13,6 %	63	37,1 %		
28	14,2 %	64	37,9 %		
29	14,8 %	65	38,7 %		
30	15,4 %	66	39,5 %		
31	15,9 %	67	40,3 %		
32	16,5 %	68	41,1 %		
33	17,1 %	69	41,9 %		
34	17,7 %	70	42,7 %		
35	18,2 %	71	43,5 %		
36	18,8 %	72	44,3 %		

In den Fällen, in denen nach der Übergangsregelung in § 2 Abs. 4 Satz 9 der Versorgungsordnung der Aufschubzeitraum 96 Monate übersteigt, errechnet sich der Zuschlag

unter Anwendung der Rechnungsgrundlagen, auf denen die Werte der Tabelle 4 beruhen.

§ 15 a Berechnung von reinen Altersrenten aus Versorgungsausgleich bei einem Bewertungsstichtag vor dem 01.01.2021

Die Anhebung der Regelaltersgrenze von 65 auf 67 Lebensjahre wirkt sich auf Anrechte, die aufgrund einer internen Teilung für ausgleichsberechtigte Personen im Sinne des § 10 Abs. 5 Buchstabe b der Versorgungsordnung bezogen auf einen Bewertungsstichtag vor dem 01.01.2021 begründet wurden, wie folgt aus:

a) Hat die ausgleichsberechtigte Person zum 31.12.2020 das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet, so werden die zum 31.12.2020 erworbenen Anwartschaften zum 01.01.2021 zum teilweisen oder vollen Ausgleich der Anhebung der Regelaltersgrenze nach der folgenden Tabelle erhöht:

Jahrgang	Erhöhung
bis 1958	11,61 %
1959	10,64 %
1960	9,68 %
1961	8,71 %
1962	7,74 %
1963	6,77 %
1964	5,81 %
1965	4,84 %
1966	3,87 %
1967	2,90 %
1968	1,94 %
1969	0,97 %
ab 1970	0,00 %

b) Hat die ausgleichsberechtigte Person zum 31.12.2020 bereits das 65. Lebensjahr vollendet, nicht jedoch das 67. Lebensjahr, so werden die zum 31.12.2020 erworbenen Anwartschaften zum 01.01.2021 zum Ausgleich der Anhebung der Regelaltersgrenze nach der folgenden Tabelle erhöht:

Bisherige Monate des Aufschubes	Erhöhung
0	11,61 %
1	11,11 %
2	10,62 %
3	10,13 %
4	9,53 %
5	9,05 %
6	8,58 %
7	8,11 %
8	7,64 %
9	7,18 %
10	6,61 %
11	6,16 %
12	5,71 %
13	5,26 %
14	4,71 %
15	4,28 %
16	3,73 %
17	3,31 %
18	2,77 %
19	2,35 %
20	1,83 %
21	1,42 %
22	0,91 %
23	0,50 %
24	0,00 %

c) Hat die ausgleichsberechtigte Person zum 31.12.2020 das 67. Lebensjahr bereits vollendet, so wird das bis zu diesem Stichtag aus interner Teilung entstandene Rentenrecht durch die Summe aus 1 und dem Zuschlag nach Tabelle 4 des § 15 der Versorgungsordnung für die Anzahl der Monate des Aufschubes von der Vollendung des 67. Lebensjahres bis zum 31.12.2020 dividiert. Bei der Berechnung der späteren Altersrente wird dieser Betrag um den Zuschlag nach Tabelle 4 des § 15 der Versorgungsordnung für die Anzahl der Monate des Aufschubes von der Vollendung des 67. Lebensjahres bis zum Rentenbeginn erhöht.

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 von der behandelnden Ärztin oder von dem behandelnden Arzt für notwendig erachteten Behandlung von Folgen eines Unfalls sind.

(4) Ausgeschlossen sind:

- a) Unfälle durch Kriegsereignisse 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.

Anmerkung:

Vorstehender Wortlaut der Satzung und Versorgungsordnung entspricht dem Stand vom 16.09.2020. Er enthält die Änderungen laut der Beschlüsse der Delegiertenversammlungen vom 16.09.2020 (veröffentlicht im Hessischen Ärzteblatt, Ausgabe 01/2021) sowie vom

23.03.2019,	29.03.2003,	26.11.1988,
25.11.2017,	16.11.2002,	05.03.1988,
16.09.2015,	13.04.2002,	21.03.1987,
10.09.2014,	10.11.2001,	25.02.1984,
15.03.2014,	08.04.2000,	20.11.1982,
30.11.2013,	13.11.1999,	22.11.1980,
05.09.2012,	14.11.1998,	17.11.1979,
26.11.2011,	25.04.1998,	25.11.1978,
27.11.2010,	09.11.1996,	26.11.1977,
27.03.2010,	09.03.1996,	02.04.1977,
28.11.2009,	12.11.1994,	06.12.1975,
28.03.2009,	12.03.1994,	28.09.1974,
19.12.2007,	10.07.1993,	02.12.1972,
24.11.2007,	13.03.1993,	12.12.1970,
27.01.2007,	14.11.1992,	21.02.1970,
25.03.2006,	29.04.1992,	19.04.1969,
26.11.2005,	23.06.1990,	07.12.1968 und
20.11.2004,	17.02.1990,	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.

Höherversorgung: Renten aus laufenden Zahlungen

Beginn der Zahlung im Alter *	zusätzliche monatliche Altersrente **		Beginn der Zahlung im Alter *	zusätzliche monatliche Altersrente **	
	mit 67 bei Zahlung von 100 € mtl. bis zum jeweiligen Rentenbeginn	mit 65 bei Zahlung von 100 € mtl. bis zum jeweiligen Rentenbeginn		mit 67 bei Zahlung von 100 € mtl. bis zum jeweiligen Rentenbeginn	mit 65 bei Zahlung von 100 € mtl. bis zum jeweiligen Rentenbeginn
25	327 €	287 €	50	97 €	79 €
26	315 €	276 €	51	90 €	73 €
27	303 €	265 €	52	84 €	67 €
28	291 €	255 €	53	78 €	61 €
29	280 €	244 €	54	71 €	55 €
30	269 €	235 €	55	65 €	50 €
31	259 €	225 €	56	59 €	45 €
32	248 €	215 €	57	53 €	39 €
33	238 €	206 €	58	48 €	34 €
34	228 €	197 €	59	42 €	29 €
35	218 €	188 €	60	36 €	24 €
36	209 €	180 €	61	31 €	19 €
37	199 €	171 €	62	25 €	14 €
38	190 €	163 €	63	20 €	9 €
39	182 €	155 €	64	15 €	4 €
40	173 €	147 €	65	9 €	
41	165 €	140 €	66	4 €	
42	156 €	132 €			
43	148 €	125 €			
44	140 €	118 €			
45	133 €	111 €			
46	125 €	104 €			
47	118 €	98 €			
48	111 €	91 €			
49	104 €	85 €			

* Zahlung ab dem Monat nach Vollendung des entsprechenden Alters

** Die tatsächlichen Auswirkungen können rundungsbedingt abweichen. Wird die Zahlung nicht mit Vollendung des jeweiligen Lebensjahres, sondern erst einige Monate später aufgenommen, so liegt die sich ergebende Rente zwischen dem angegebenen Wert des vollendeten Alters und dem Wert des nachfolgenden Alters. Zudem sind künftige Überschussverwendungen nicht eingerechnet.

Höherversorgung: Renten aus Einmalzahlungen

Alter bei Zahlung *	zusätzliche monatliche Altersrente **		Alter bei Zahlung *	zusätzliche monatliche Altersrente **	
	mit 67 bei einer Einmalzahlung von 10.000 €	mit 65		mit 67 bei einer Einmalzahlung von 10.000 €	mit 65
20	115,32 €	104,36 €	50	56,82 €	51,42 €
21	112,66 €	101,95 €	51	55,49 €	50,21 €
22	110,07 €	99,61 €	52	54,19 €	49,04 €
23	107,56 €	97,34 €	53	52,95 €	47,91 €
24	105,08 €	95,09 €	54	51,75 €	46,83 €
25	102,67 €	92,91 €	55	50,63 €	45,82 €
26	100,30 €	90,77 €	56	49,63 €	44,91 €
27	97,98 €	88,67 €	57	48,72 €	44,09 €
28	95,70 €	86,60 €	58	47,93 €	43,37 €
29	93,46 €	84,58 €	59	47,25 €	42,76 €
30	91,29 €	82,61 €	60	46,69 €	42,25 €
31	89,14 €	80,67 €	61	46,21 €	41,82 €
32	87,04 €	78,77 €	62	45,98 €	41,61 €
33	85,00 €	76,92 €	63	44,97 €	40,69 €
34	83,00 €	75,11 €	64	43,99 €	39,81 €
35	81,02 €	73,32 €	65	43,02 €	38,93 €
36	79,08 €	71,56 €	66	42,08 €	
37	77,19 €	69,85 €	67	41,15 €	
38	75,34 €	68,18 €			
39	73,55 €	66,56 €			
40	71,81 €	64,98 €			
41	70,13 €	63,46 €			
42	68,50 €	61,99 €			
43	66,92 €	60,56 €			
44	65,39 €	59,17 €			
45	63,89 €	57,82 €			
46	62,42 €	56,49 €			
47	60,98 €	55,18 €			
48	59,56 €	53,90 €			
49	58,17 €	52,64 €			

* Kalenderjahrdifferenz zwischen dem Jahr der Zahlung und dem Geburtsjahr.

** Künftige Überschussverwendungen sind nicht eingerechnet.

Überleitungsabkommen

Mustervorlage der Arbeitsgemeinschaft Berufsständischer Versorgungseinrichtungen e.V.

§ 1

(1) Für Mitglieder, die aufgrund einer durch Gesetz angeordneten oder auf Gesetz beruhenden Verpflichtung Mitglieder einer der oben genannten öffentlich-rechtlichen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtungen waren und dort ausgeschieden sind (abgebende Versorgungseinrichtung), weil sie durch Aufnahme einer Tätigkeit, die aufgrund einer durch Gesetz angeordneten oder auf Gesetz beruhenden Verpflichtung zur Mitgliedschaft in der anderen Versorgungseinrichtung führt, dort (aufnehmende Versorgungseinrichtung) Mitglied geworden sind, werden auf der Grundlage dieses Überleitungsabkommens die vom Mitglied oder für das Mitglied bisher an die abgebende Versorgungseinrichtung entrichteten Geldleistungen zur aufnehmenden Versorgungseinrichtung übergeleitet. Mit der Überleitung erlöschen die Rechte und Pflichten des Mitgliedes gegenüber der abgebenden Versorgungseinrichtung. Die Verpflichtung des Mitgliedes zur Zahlung rückständiger Beiträge an die abgebende Versorgungseinrichtung bleibt davon unberührt.

(2) Zu den Geldleistungen, die für das Mitglied geleistet worden sind, gehören insbesondere

1. für das Mitglied geleistete Nachversicherungsbeiträge einschließlich der Dynamisierungszuschläge gemäß § 181 Absatz 4 SGB VI,
2. Beiträge einer gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung,
3. von der Bundesagentur für Arbeit geleistete Beiträge,
4. Beiträge für Wehr- und Zivildienstleistung sowie Wehr- und Eignungsübungen und
5. vom Bundesversicherungsamt für den Mutterschaftsurlaub geleistete Beiträge.

(3) Von der Überleitung ausgenommen sind die

1. Zinsen, die der abgebenden Versorgungseinrichtung aus den Geldleistungen gemäß Absatz 1 erwachsen sind.

2. Beiträge, die den Anwartschaften oder Renten zugrunde liegen, die im Zuge einer Versorgungsausgleichsentscheidung zulasten der Anwartschaften des die Überleitung beantragenden Mitgliedes begründet worden sind. Sie werden auf Antrag des ausgleichspflichtigen Mitgliedes unter Beachtung der Regelungen des § 37 VersAusglG zugunsten des ausgleichspflichtigen Mitgliedes an das Versorgungswerk, bei dem das ausgleichspflichtige Mitglied im Zeitpunkt des Eintritts der Voraussetzungen des § 37 VersAusglG Mitglied ist, übergeleitet, sobald die Voraussetzungen des § 37 VersAusglG eingetreten sind. Der Antrag ist bei dem Versorgungswerk zu stellen, bei dem der Ausgleichspflichtige im Zeitpunkt des Eintritts der Voraussetzungen des § 37 VersAusglG Mitglied ist. Dieses ist für die Feststellung der Ansprüche aus § 37 VersAusglG zuständig.

3. Säumniszuschläge, Stundungszinsen oder Kosten, die zulasten des Mitgliedes vom abgebenden Versorgungswerk erhoben worden sind.

§ 2

(1) Die Überleitung ist ausgeschlossen, sofern das Mitglied

1. in dem Zeitpunkt, in dem es die Mitgliedschaft in der aufnehmenden Versorgungseinrichtung erwirbt, das 50. Lebensjahr bereits vollendet hat;
2. in der abgebenden Versorgungseinrichtung für mehr als 96 Monate Beiträge entrichtet hat. Begann oder endete die Mitgliedschaft während eines Monats, wird der Monat als voller Monat gerechnet; Gleiches gilt, wenn nicht für einen vollen Monat Beiträge entrichtet worden sind. Sofern das Mitglied bei der abgebenden Versorgungseinrichtung nachversichert worden ist oder zugunsten des Mitgliedes bei der abgebenden Versorgungseinrichtung eine Überleitung stattgefunden hat, sind die Nachversicherungs- oder Überleitungszeiten entsprechend zu berücksichtigen.
3. in dem Zeitpunkt, in dem seine Mitgliedschaft in der abgebenden Versorgungseinrichtung endete, bei der abgebenden oder aufnehmenden Versorgungseinrichtung bereits einen Antrag auf Gewährung einer Berufsunfähigkeitsrente gestellt hat.

Mustervorlage der Arbeitsgemeinschaft Berufsständischer Versorgungseinrichtungen e.V.

§ 1

(1) Für Mitglieder, die aufgrund einer durch Gesetz angeordneten oder auf Gesetz beruhenden Verpflichtung Mitglieder einer der oben genannten öffentlich-rechtlichen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtungen waren und dort ausgeschieden sind (abgebende Versorgungseinrichtung), weil sie durch Aufnahme einer Tätigkeit, die aufgrund einer durch Gesetz angeordneten oder auf Gesetz beruhenden Verpflichtung zur Mitgliedschaft in der anderen Versorgungseinrichtung führt, dort (aufnehmende Versorgungseinrichtung) Mitglied geworden sind, werden auf der Grundlage dieses Überleitungsabkommens die vom Mitglied oder für das Mitglied bisher an die abgebende Versorgungseinrichtung entrichteten Geldleistungen zur aufnehmenden Versorgungseinrichtung übergeleitet. Mit der Überleitung erlöschen die Rechte und Pflichten des Mitgliedes gegenüber der abgebenden Versorgungseinrichtung. Die Verpflichtung des Mitgliedes zur Zahlung rückständiger Beiträge an die abgebende Versorgungseinrichtung bleibt davon unberührt.

(2) Zu den Geldleistungen, die für das Mitglied geleistet worden sind, gehören insbesondere

1. für das Mitglied geleistete Nachversicherungsbeiträge einschließlich der Dynamisierungszuschläge gemäß § 181 Absatz 4 SGB VI,
2. Beiträge einer gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung,
3. von der Bundesagentur für Arbeit geleistete Beiträge,
4. Beiträge für Wehr- und Zivildienstleistung sowie Wehr- und Eignungsübungen und
5. vom Bundesversicherungsamt für den Mutterschaftsurlaub geleistete Beiträge.

(3) Von der Überleitung ausgenommen sind die

1. Zinsen, die der abgebenden Versorgungseinrichtung aus den Geldleistungen gemäß Absatz 1 erwachsen sind.

2. Beiträge, die den Anwartschaften oder Renten zugrunde liegen, die im Zuge einer Versorgungsausgleichsentscheidung zulasten der Anwartschaften des die Überleitung beantragenden Mitgliedes begründet worden sind. Sie werden auf Antrag des ausgleichspflichtigen Mitgliedes unter Beachtung der Regelungen des § 37 VersAusglG zugunsten des ausgleichspflichtigen Mitgliedes an das Versorgungswerk, bei dem das ausgleichspflichtige Mitglied im Zeitpunkt des Eintritts der Voraussetzungen des § 37 VersAusglG Mitglied ist, übergeleitet, sobald die Voraussetzungen des § 37 VersAusglG eingetreten sind. Der Antrag ist bei dem Versorgungswerk zu stellen, bei dem der Ausgleichspflichtige im Zeitpunkt des Eintritts der Voraussetzungen des § 37 VersAusglG Mitglied ist. Dieses ist für die Feststellung der Ansprüche aus § 37 VersAusglG zuständig.

3. Säumniszuschläge, Stundungszinsen oder Kosten, die zulasten des Mitgliedes vom abgebenden Versorgungswerk erhoben worden sind.

§ 2

(1) Die Überleitung ist ausgeschlossen, sofern das Mitglied

1. in dem Zeitpunkt, in dem es die Mitgliedschaft in der aufnehmenden Versorgungseinrichtung erwirbt, das 50. Lebensjahr bereits vollendet hat;
2. in der abgebenden Versorgungseinrichtung für mehr als 96 Monate Beiträge entrichtet hat. Begann oder endete die Mitgliedschaft während eines Monats, wird der Monat als voller Monat gerechnet; Gleiches gilt, wenn nicht für einen vollen Monat Beiträge entrichtet worden sind. Sofern das Mitglied bei der abgebenden Versorgungseinrichtung nachversichert worden ist oder zugunsten des Mitgliedes bei der abgebenden Versorgungseinrichtung eine Überleitung stattgefunden hat, sind die Nachversicherungs- oder Überleitungszeiten entsprechend zu berücksichtigen.
3. in dem Zeitpunkt, in dem seine Mitgliedschaft in der abgebenden Versorgungseinrichtung endete, bei der abgebenden oder aufnehmenden Versorgungseinrichtung bereits einen Antrag auf Gewährung einer Berufsunfähigkeitsrente gestellt hat.

Die Überleitung ist ferner ausgeschlossen, sofern und solange Ansprüche des Mitgliedes gegen die Versorgungseinrichtung gepfändet worden sind.

§ 4

(2) Die Überleitung ist nicht dadurch ausgeschlossen, dass

1. während der Zeit der Mitgliedschaft bei der abgebenden Versorgungseinrichtung als Folge eines bereits rechtskräftig abgeschlossenen Scheidungsverfahrens
 - a) zu Lasten der Anwartschaften des die Überleitung beantragenden Mitgliedes bei der abgebenden Versorgungseinrichtung Anwartschaften zu Gunsten eines oder einer Ausgleichsberechtigten bei der abgebenden oder einer anderen Versorgungseinrichtung oder einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung begründet worden sind.
 - b) zu Gunsten des Mitgliedes Anwartschaften bei der abgebenden Versorgungseinrichtung begründet worden sind.
2. in dem Zeitpunkt, in dem die Mitgliedschaft des die Überleitung beantragenden Mitgliedes in der abgebenden Versorgungseinrichtung endet, ein Ehescheidungsverfahren anhängig, aber noch nicht rechtskräftig abgeschlossen ist.

§ 3

Der Antrag auf Überleitung ist schriftlich innerhalb einer Frist von sechs Monaten, gerechnet ab dem Zeitpunkt des Beginns der Mitgliedschaft bei der aufnehmenden Versorgungseinrichtung, bei einer der beiden Versorgungseinrichtungen zu stellen. Für die Fristwahrung wird auf den Zugang des Antrages bei einer der beiden Versorgungseinrichtungen abgestellt. Macht das Mitglied innerhalb der zuvor genannten Frist von seinem Recht, die zu der abgebenden Versorgungseinrichtung entrichteten Geldleistungen übergeleitet zu bekommen, keinen Gebrauch, ist das Recht auf Überleitung dieser Geldleistungen erloschen. Es lebt auch nicht dadurch wieder auf, dass das Mitglied später Mitglied einer weiteren Versorgungseinrichtung wird.

(1) Die abgebende Versorgungseinrichtung erteilt dem Mitglied und der aufnehmenden Versorgungseinrichtung mittels eines mit einer Rechtsbehelfsbelehrung versehenen Verwaltungsaktes eine Überleitungsabrechnung. Diese soll unter Hinweis auf Beginn und Ende der Mitgliedschaft einen detaillierten Versicherungsverlauf enthalten, aus dem sich ergeben sollen:

1. die jährlich gezahlten Beiträge, die nach ihrer Art näher zu bezeichnen sind,
2. Zeiten, in denen eine die Pflichtmitgliedschaft begründende Tätigkeit nicht ausgeübt worden ist, wie z. B. Zeiten des Bezuges einer Berufsunfähigkeitsrente oder Inanspruchnahme von Kinderbetreuungszeiten;
3. die im Zuge einer Nachversicherung geleisteten Dynamisierungszuschläge gemäß § 181 Absatz 4 SGB VI.

Sofern das Mitglied, zu dessen Gunsten die Überleitung erfolgt, von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung zugunsten seines berufsständischen Versorgungswerkes befreit war, stellt das abgebende Versorgungswerk mit der Überleitungsabrechnung dem aufnehmenden Versorgungswerk eine Ablichtung des Befreiungsbescheides zur Verfügung. Ferner teilt die abgebende Versorgungseinrichtung der aufnehmenden Versorgungseinrichtung mit, ob zugunsten oder zulasten des die Überleitung beantragenden Mitgliedes ein Versorgungsausgleichsverfahren anhängig bzw. rechtskräftig abgeschlossen ist. Sofern bezüglich eines Versorgungsausgleichsverfahrens bereits eine familiengerichtliche Entscheidung vorliegt, stellt die abgebende Versorgungseinrichtung der aufnehmenden Versorgungseinrichtung zusammen mit der Überleitungsabrechnung Ablichtungen dieser Entscheidung zur Verfügung.

(2) Die jährlich gezahlten Beiträge i. S. v. § 4 Absatz 1 Nummer 1 sind in Abhängigkeit vom Zeitpunkt ihrer Zahlung nach Maßgabe folgender Tabelle zu erhöhen:

Beitragszahlung im	Erhöhungsfaktor
Jahr der Überleitungsabrechnung	1,0000
1. Kalenderjahr vor Überleitung	1,0200
2. Kalenderjahr vor Überleitung	1,0404
3. Kalenderjahr vor Überleitung	1,0612
4. Kalenderjahr vor Überleitung	1,0824
5. Kalenderjahr vor Überleitung	1,1041
6. Kalenderjahr vor Überleitung	1,1262
7. Kalenderjahr vor Überleitung	1,1487
8. Kalenderjahr vor Überleitung	1,1717
9. Kalenderjahr vor Überleitung	1,1951
10. Kalenderjahr vor Überleitung	1,2190
11. Kalenderjahr vor Überleitung	1,2434
12. Kalenderjahr vor Überleitung	1,2682
13. Kalenderjahr vor Überleitung	1,2936
14. Kalenderjahr vor Überleitung	1,3195
15. Kalenderjahr vor Überleitung	1,3459

Bei Übermittlung der in Absatz 1 genannten Unterlagen teilt die abgebende Versorgungseinrichtung der aufnehmenden Versorgungseinrichtung auch den Gesamtbetrag der Erhöhung mit.

(3) Etwaige Beitragsrückstände werden von der abgebenden Versorgungseinrichtung beigetrieben und unverzüglich nach Eingang an die aufnehmende Versorgungseinrichtung weitergeleitet, die – soweit dies erforderlich ist – bei der Beitreibung der Beitragsrückstände Amtshilfe leistet.

(4) Der geldliche Ausgleich zwischen der abgebenden und der aufnehmenden Versorgungseinrichtung erfolgt unmittelbar mit der Erstellung der Überleitungsabrechnung.

(5) Der Risikoübergang, d. h. das Risiko des Eintritts eines Versorgungsfalls, erfolgt mit dem Beginn des Tages der Gutschrift des Überleitungsbetrages bei der aufnehmenden Versorgungseinrichtung.

(6) Sofern sich nach Antragstellung oder dem Risikoübergang gemäß Absatz 5 herausstellen sollte, dass das Mitglied in der aufnehmenden Versorgungseinrichtung nicht Mitglied geworden ist, ist die Überleitung entsprechend § 4 Absatz 1 rückabzuwickeln. § 1 Absatz 3 Ziffer 1 und 2 sowie § 5 gelten entsprechend.

§ 5

Die aufnehmende Versorgungseinrichtung stellt das Mitglied unter Berücksichtigung seines bei der abgebenden Versorgungseinrichtung zurückgelegten Versicherungsverlaufs so, als seien die übergeleiteten Beiträge zu den Zeiten, zu denen sie bei der abgebenden Versorgungseinrichtung geleistet worden sind, bei ihr geleistet worden.

§ 6

Überleitungen, die

1. von Mitgliedern beantragt werden, deren Mitgliedschaft in der aufnehmenden Versorgungseinrichtung innerhalb von sechs Monaten vor Inkrafttreten dieses Überleitungsabkommens begonnen hat und deren Antrag auf Überleitung noch nicht bestandskräftig beschieden worden ist,
2. innerhalb einer Frist von sechs Monaten nach Beendigung dieses Überleitungsabkommens beantragt werden, werden entsprechend den vorstehenden Regelungen abgewickelt.

§ 7

Das Überleitungsabkommen kann von beiden Versorgungseinrichtungen mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines jeden Kalenderjahres durch eingeschriebenen Brief gekündigt werden.

§ 8

Das Überleitungsabkommen tritt am 1. Juli 2012 in Kraft. Gleichzeitig tritt das zwischen den Versorgungseinrichtungen bestehende Überleitungsabkommen vom ... (Datum des bestehenden Überleitungsabkommens) außer Kraft.

Mittlerer Hasenpfad 25
60598 Frankfurt am Main
Fon 069 979 64-0
Fax 069 979 64-171

info@vw-laekh.de
www.vw-laekh.de