



Versorgungswerk

DER ÄRZTEKAMMER SCHLESWIG-HOLSTEIN

Satzung

Stand: 1. Januar 2019

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

diese Satzung wurde von der Kammerversammlung der Ärztekammer Schleswig-Holstein in zwei Sitzungen am 18. April 2018 und am 28. November 2018 beschlossen. Sie ist somit ein Produkt ärztlicher Selbstverwaltung.

Einige Regelungen der Satzung existieren bereits seit der Gründung des Versorgungswerkes im Jahre 1964. Andere wurden erst in neuerer Zeit geschaffen oder aktuell in der nun beschlossenen Fassung, die zum 1. Januar 2019 in Kraft tritt, verankert. Hierin spiegelt sich wider, dass die Erfüllung des Versorgungsauftrages einerseits stabile rechtliche Rahmenbedingungen benötigt. Andererseits muss der rechtliche Rahmen adäquat angepasst werden, wenn Änderungen der ärztlichen Berufswelt oder der gesellschaftlichen Lebensverhältnisse dies geboten erscheinen lassen.

Wir sind unserem Versorgungswerk zumeist über viele Jahrzehnte hinweg verbunden. Die Zeitspanne vom Erwerb der Approbation bis zum Tod beträgt häufig mehr als 60 Jahre. Vielfach besteht die „Verbindung“ zum Versorgungswerk sogar über den Tod hinaus weiter, da unsere Ehepartner dann Hinterbliebenenrente erhalten. Nicht selten kommt so eine 80jährige Zeitspanne zusammen, die sich aus 40jähriger Beitragszahlung und 40jähriger Rentenbezugsdauer zusammensetzt.

Es ist Aufgabe des Aufsichtsrates und des Verwaltungsrates, rechtzeitig zu erkennen, wenn einzelne Satzungsbestimmungen und die ihnen zugrunde liegenden Wertentscheidungen als „überholt“ gelten müssen, weil sich die gesellschaftliche Realität und die Kultur unseres Zusammenlebens in Beruf und/oder Privatleben inzwischen maßgeblich geändert haben. Auch müssen wir in der Lage sein, auf Veränderungen der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen zu reagieren. Unsere Gremien haben bestehenden Änderungsbedarf zu diskutieren und ggf. eine entsprechende Satzungsänderung zu formulieren, die der Kammerversammlung anschließend zur Beschlussfassung vorgeschlagen wird. Dieser Aufgabe sind wir mit der vorliegenden Satzung nachgekommen.

Die Mitglieder unseres Verwaltungs- und Aufsichtsrates wurden demokratisch gewählt. Wir fühlen uns allen ärztlichen Kolleginnen und Kollegen gegenüber verpflichtet, die Beiträge an unser Versorgungswerk leisten, geleistet haben oder dies in Zukunft tun werden. Anregungen von Ihnen sind willkommen, wir werden sie ernsthaft prüfen.

Mit kollegialen Grüßen

Ihr



Dr. Dr. Hans-Michael Steen
Vorsitzender des Aufsichtsrates

28. November 2018

Inhaltsverzeichnis

I.	Aufgabe und Aufbau des Versorgungswerkes	4
§ 1	Rechtsnatur, Sitz, Aufgaben.....	4
§ 2	Organe	5
§ 3	Aufsichtsrat.....	5
§ 4	Aufgaben des Aufsichtsrates.....	6
§ 5	Einberufung und Beschlussfassung des Aufsichtsrates.....	6
§ 6	Verwaltungsrat.....	7
§ 7	Aufgaben des Verwaltungsrates.....	7
§ 8	Geschäftsführung	8
§ 9	Statutänderungen	8
§ 10	Bekanntmachungen.....	8
II.	Mitgliedschaft	9
§ 11	Pflichtmitglieder.....	9
§ 12	Befreiung von der Pflichtmitgliedschaft.....	9
§ 13	Freiwillige Mitgliedschaft.....	10
III.	Grundversorgung.....	11
1.	Beiträge	11
§ 14	Beitragspflicht.....	11
§ 15	Höhe der Beiträge	11
§ 16	Beitragsverfahren	13
§ 17	Folgen der Säumnis	14
2.	Leistungen	15
§ 18	Allgemeines.....	15
§ 19	Altersrente.....	16
§ 20	Berechnung der Altersrente.....	16
§ 21	Vorgezogene Altersrente.....	17
§ 22	Aufgeschobene Altersrente	18
§ 23	Berufsunfähigkeitsrente	18
§ 24	Berechnung der Berufsunfähigkeitsrente	20
§ 25	Rente für Witwen, Witwer und hinterbliebene Lebenspartner....	21
§ 26	Waisenrente	22
§ 27	Kinderzuschuss	23
§ 28	Zuschuss zu Rehabilitationsmaßnahmen.....	24
§ 29	Versorgungsausgleich.....	25

IV. Freiwillige Höherversicherung	26
§ 30 Beitragsleistung.....	26
§ 31 Leistungen	26
§ 32 Altersrente.....	27
§ 33 Vorgezogene Altersrente.....	29
§ 34 Aufgeschobene Altersrente	30
§ 35 Berufsunfähigkeitsrente	31
§ 36 Rente für Witwen, Witwer und hinterbliebene Lebenspartner....	32
§ 37 Waisenrente	32
§ 38 Kinderzuschuss.....	32
V. Beitragsüberleitung / Nachversicherung	33
§ 39 Überleitung der Beiträge	33
§ 40 Nachversicherung.....	36
VI. Auskunfts- und Mitwirkungspflichten von Mitgliedern und sonstigen Leistungsberechtigten.....	37
§ 41 Auskunfts- und Mitwirkungspflichten, Obliegenheiten	37
VII. Rechnungslegung, Mittelverwendung.....	40
§ 42 Rechnungslegung.....	40
§ 43 Mittelverwendung.....	41
VIII. Übergangs- und Schlussbestimmungen	42
§ 44 Sondervorschriften für die bereits am 31. Dezember 1979 bestehenden Mitgliedschaften.....	42
§ 45 Inkrafttreten der Satzung.....	43

Aufgrund des § 4 Absatz 3 in Verbindung mit § 21 Absatz 2 Nummer 2 des Gesetzes über die Kammern und die Berufsgerichtsbarkeit für die Heilberufe (Heilberufekammergesetz – HBKG) vom 29. Februar 1996 (GVOBl. Schl.-H., S. 248), zuletzt geändert durch Artikel 35 des Gesetzes vom 2. Mai 2018 (GVOBl. Schl.-H., S. 162), wird nach Beschlussfassung der Kammerversammlung am 18. April 2018 und am 28. November 2018 mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde vom 7. Dezember 2018 folgende „Satzung für das Versorgungswerk der Ärztekammer Schleswig-Holstein“ erlassen:

I. Aufgabe und Aufbau des Versorgungswerkes

§ 1 Rechtsnatur, Sitz, Aufgaben

- (1) Das Versorgungswerk ist eine teilrechtsfähige Einrichtung der Ärztekammer Schleswig-Holstein. Es hat seinen Sitz in Bad Segeberg.
- (2) Das Versorgungswerk hat die Aufgabe, seinen Mitgliedern und deren Angehörigen gemäß den Bestimmungen des § 4 Absatz 1 Heilberufekammergesetz Versorgung nach Maßgabe dieser Satzung zu gewähren.
- (3) Das Versorgungswerk wird durch eigene Organe selbstständig verwaltet und kann im Rechtsverkehr unter eigenem Namen handeln, klagen und verklagt werden. Die Vorsitzenden des Aufsichtsrates und des Verwaltungsrates bzw. ihre Stellvertreter vertreten das Versorgungswerk gemeinsam gerichtlich und außergerichtlich.
- (4) Das Versorgungswerk verwaltet ein vom Vermögen der Ärztekammer getrenntes eigenes Sondervermögen, das zweckgebunden zu verwenden ist.
- (5) Das Versorgungswerk verfügt über zwei Versorgungssysteme, ein Pflichtversicherungssystem (Grundversorgung) und eine freiwillige Höherversicherung. Die Grundversorgung wird im offenen Deckungsplanverfahren durchgeführt. In der freiwilligen Höherversicherung wird ein Finanzierungsverfahren mit voller Kapitaldeckung (Einmalbeitragsverfahren) angewandt. Für beide Versorgungssysteme wird ein gemeinsamer Kapitalstock gebildet.

§ 2 Organe

- (1) Organe des Versorgungswerkes sind der Aufsichtsrat und der Verwaltungsrat.
- (2) Mitglied eines Organs des Versorgungswerkes kann nur sein, wer Mitglied des Versorgungswerkes ist.
- (3) Die Mitglieder der Organe sind ehrenamtlich tätig. Ihre Entschädigung regelt eine von der Kammerversammlung zu erlassende Verwaltungsvorschrift (Entschädigungsordnung).
- (4) Amts- und Funktionsbezeichnungen, die in dieser Satzung genannt werden, beziehen sich auch auf die weibliche Form.

§ 3 Aufsichtsrat

- (1) Der Aufsichtsrat besteht aus dem Vorsitzenden, seinem Stellvertreter und fünf Beisitzern.
- (2) Die Mitglieder des Aufsichtsrates werden von der Kammerversammlung der Ärztekammer für die Dauer ihrer Wahlperiode in geheimer Wahl mit einfacher Stimmenmehrheit gewählt. Stehen für einen Sitz im Aufsichtsrat mehr als zwei Bewerber zur Wahl und erhält keiner davon die Mehrheit der abgegebenen Stimmen, findet eine Stichwahl zwischen den Bewerbern mit den höchsten Stimmenzahlen statt. Bei Stimmengleichheit entscheidet das Los. Das Geschlechterverhältnis gewählter Mitglieder soll dem der Kammerversammlung entsprechen.
- (3) Der Vorsitzende und sein Stellvertreter werden von den Mitgliedern des Aufsichtsrates aus ihrer Mitte mit einfacher Stimmenmehrheit gewählt. Absatz 2 Satz 2 und Satz 3 gelten entsprechend.
- (4) Die Kammerversammlung kann Mitglieder des Aufsichtsrates mit einer Mehrheit von zwei Dritteln ihrer Mitglieder abberufen. Scheidet ein Mitglied vor Ablauf seiner Amtszeit aus dem Aufsichtsrat aus, wählt die Kammerversammlung einen Nachfolger. Jedes Mitglied des Aufsichtsrates bleibt nach Ablauf der Wahlperiode geschäftsführend im Amt bis zur konstituierenden Sitzung des neu gewählten Aufsichtsrates.
- (5) Der Aufsichtsrat kann sich eine Geschäftsordnung geben.
- (6) Die Kammerversammlung beschließt jährlich über die Entlastung des Aufsichtsrates.

§ 4 Aufgaben des Aufsichtsrates

Der Aufsichtsrat beschließt über alle Angelegenheiten des Versorgungswerkes von grundsätzlicher Bedeutung. Aufgaben des Aufsichtsrates sind insbesondere:

1. die Entlastung des Verwaltungsrates,
2. die Feststellung des Jahresabschlusses und die Entgegennahme des Lageberichts,
3. die Aufstellung der Grundsätze der Anlagepolitik,
4. die Entscheidung über die Verwendung des Jahresüberschusses sowie die Entscheidung über die zur Deckung eines Fehlbetrages erforderlichen Maßnahmen nach Anhörung des Versicherungsmathematikers,
5. die Anpassung von Anwartschaften und Leistungen der Grundversorgung und der freiwilligen Höherversicherung,
6. die Entscheidung über Zuführungen zu einer Gewinnrücklage und Entnahmen daraus,
7. die Unterbreitung von Vorschlägen zur Bestellung des Abschlussprüfers einer Wirtschaftsprüfungsgesellschaft und des Versicherungsmathematikers,
8. die Unterbreitung von Vorschlägen zur Änderung der Satzung.

§ 5 Einberufung und Beschlussfassung des Aufsichtsrates

- (1) Der Vorsitzende hat den Aufsichtsrat mindestens zweimal jährlich einzuberufen. Hierbei soll eine Einberufungsfrist von mindestens zehn Tagen eingehalten werden. Der Aufsichtsrat ist einzuberufen, wenn mindestens zwei seiner Mitglieder es fordern.
- (2) Der Vorsitzende teilt bei der Einberufung die Tagesordnung mit. Durch Beschluss können weitere Punkte auf die Tagesordnung gesetzt werden, wenn der Antrag vor Eintritt in die Tagesordnung gestellt wird.
- (3) Der Aufsichtsrat ist beschlussfähig, wenn mindestens die Hälfte seiner Mitglieder anwesend ist. Ist eine Versammlung beschlussunfähig, so ist eine ordnungsgemäß mit einer Frist von mindestens einer Woche einzuberufende neue Versammlung unabhängig von der Zahl der anwesenden stimmberechtigten Mitglieder beschlussfähig. In eilbedürftigen Angelegenheiten kann nach vorheriger schriftlicher Information eine Entscheidung des Aufsichtsrates auch fernmündlich, mit Hilfe elektronischer Kommunikationsmittel oder schriftlich eingeholt werden.

- (4) Beschlüsse werden mit Stimmenmehrheit gefasst. Bei Stimmengleichheit gilt ein Antrag als abgelehnt.
- (5) Der Vorsitzende und der stellvertretende Vorsitzende des Verwaltungsrates, der Präsident und der Vizepräsident der Ärztekammer sowie deren Geschäftsführer sind berechtigt, an den Sitzungen des Aufsichtsrates beratend teilzunehmen.

§ 6 Verwaltungsrat

- (1) Der Verwaltungsrat besteht aus dem Vorsitzenden, seinem Stellvertreter und vier Beisitzern. Die Mitglieder des Verwaltungsrates dürfen nicht Mitglieder des Aufsichtsrates sein.
- (2) Der Vorsitzende, sein Stellvertreter und die vier Beisitzer werden durch die Kammerversammlung für die Dauer ihrer Wahlperiode in geheimer Wahl mit einfacher Stimmenmehrheit gewählt. Stehen für einen Sitz im Verwaltungsrat mehr als zwei Bewerber zur Wahl und erhält keiner davon die Mehrheit der abgegebenen Stimmen, findet eine Stichwahl zwischen den Bewerbern mit den höchsten Stimmzahlen statt. Bei Stimmgleichheit entscheidet das Los. Das Geschlechterverhältnis gewählter Mitglieder soll dem der Kammerversammlung entsprechen.
- (3) § 3 Absätze 4 und 5 sowie § 5 gelten entsprechend.

§ 7 Aufgaben des Verwaltungsrates

- (1) Der Verwaltungsrat führt die Geschäfte und bedient sich dabei einer hauptamtlichen Geschäftsführung.
- (2) Der Verwaltungsrat beschließt über die Angelegenheiten des Versorgungswerkes, soweit in dieser Satzung nichts anderes bestimmt ist. Aufgaben des Verwaltungsrates sind insbesondere:
 1. die Billigung des Lageberichtes und die Unterbreitung eines Vorschlages für die Feststellung des Jahresabschlusses gegenüber dem Aufsichtsrat innerhalb von neun Monaten nach Beendigung des betreffenden Geschäftsjahres,
 2. die Bestellung des Abschlussprüfers einer Wirtschaftsprüfungsgesellschaft auf Vorschlag des Aufsichtsrates,
 3. die Bestellung des Versicherungsmathematikers auf Vorschlag des Aufsichtsrates und die Inauftraggabe eines versicherungsmathematischen Gutachtens,
 4. der Abschluss von Verwaltungsabkommen mit anderen berufsständischen Versorgungseinrichtungen,

5. die Entscheidung über Widersprüche gegen Verwaltungsakte gemäß § 73 Absatz 1 Nummer 3 Verwaltungsgerichtsordnung,
 6. die Vorbereitung von Angelegenheiten, die der Beschlussfassung des Aufsichtsrates vorbehalten sind.
- (3) Zur Besorgung einzelner Geschäfte kann der Verwaltungsrat aus seiner Mitte Ausschüsse bestellen oder den Vorsitzenden ermächtigen.

§ 8 Geschäftsführung

- (1) Die Geschäftsführung besorgt die laufenden Geschäfte nach Maßgabe der Satzung und der Beschlüsse der Organe.
- (2) Der Verwaltungsrat bestellt die Geschäftsführung im Einvernehmen mit dem Aufsichtsrat und der Kammerversammlung.

§ 9 Statutänderungen

- (1) Änderungen der Satzung werden gemäß § 4 Absatz 3 in Verbindung mit § 21 Absatz 2 Nummer 2 Heilberufekammergesetz von der Kammerversammlung mit einer Mehrheit von zwei Dritteln ihrer Mitglieder beschlossen. Die Beschlüsse bedürfen der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde.
- (2) Über die Auflösung des Versorgungswerkes und die im Zuge der Abwicklung erforderlichen Maßnahmen beschließt die Kammerversammlung in zwei Lesungen. Die Einberufungsfrist für die Kammerversammlung beträgt hierbei drei Monate. Zur Gültigkeit der Beschlüsse ist jeweils eine Mehrheit von drei Viertel der Mitglieder erforderlich. Die Beschlüsse bedürfen der Genehmigung der Aufsichtsbehörde.

§ 10 Bekanntmachungen

- (1) Öffentliche Bekanntmachungen, zu denen das Versorgungswerk verpflichtet ist, erfolgen im Amtsblatt für Schleswig-Holstein und im Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt.
- (2) Anstelle der Veröffentlichung nach Absatz 1 ist auch eine Veröffentlichung im Internet unter der Internetadresse des Versorgungswerkes zulässig. In diesem Fall ist ein entsprechender Hinweis an den in Absatz 1 genannten Orten vorzunehmen, mit dem Zusatz, dass auf Anforderung der Text der Bekanntmachung im Einzelfall in Papierform zur Verfügung gestellt wird.

II. Mitgliedschaft

§ 11 Pflichtmitglieder

- (1) Pflichtmitglieder des Versorgungswerkes sind alle Ärzte, die in Schleswig-Holstein ihren Beruf ausüben oder, falls sie ihren Beruf nicht ausüben, ihre Hauptwohnung im Sinne des Bundesmeldegesetzes in Schleswig-Holstein haben. Hierzu gehören auch Ärzte mit einer Erlaubnis nach § 10 Bundesärzteordnung.
- (2) Ärzte, die vor dem 1. Januar 2005 von der Pflichtmitgliedschaft in einer anderen berufsständischen Versorgungseinrichtung im Bundesgebiet befreit worden sind, um die Mitgliedschaft im Versorgungswerk fortzusetzen, bleiben so lange Pflichtmitglied, wie der Befreiungstatbestand besteht.
- (3) Ausgenommen von der Pflichtmitgliedschaft sind Ärzte, die
 1. vor dem 1. Januar 2005 von der Mitgliedschaft im Versorgungswerk zugunsten der Mitgliedschaft bei einer anderen berufsständischen Versorgungseinrichtung im Bundesgebiet befreit worden sind, solange sie diese fortsetzen,
 2. Beamte auf Lebenszeit oder Sanitätsoffiziere als Berufssoldaten sind,
 3. bei Beginn ihrer Mitgliedschaft zur Ärztekammer Schleswig-Holstein die Regelaltersgrenze gemäß § 19 bereits erreicht haben,
 4. bei Beginn ihrer Mitgliedschaft zur Ärztekammer Schleswig-Holstein berufsunfähig sind. Entfällt die Berufsunfähigkeit vor Erreichen der Regelaltersgrenze gemäß § 19, endet der Ausschluss.
- (4) Die Pflichtmitgliedschaft endet, wenn das Mitglied
 1. aus der Ärztekammer Schleswig-Holstein ausscheidet,
 2. Beamter auf Lebenszeit oder Sanitätsoffizier als Berufssoldat wird.

§ 12 Befreiung von der Pflichtmitgliedschaft

- (1) Von der Pflichtmitgliedschaft wird auf Antrag befreit, wer
 1. Beamter auf Zeit, auf Widerruf oder auf Probe oder Sanitätsoffizier als Soldat auf Zeit ist;
 2. seinen ärztlichen Beruf nicht ausübt;

3. nicht Bürger der Europäischen Union ist und keine ärztliche Approbation besitzt.
- (2) Der Antrag auf Befreiung von der Mitgliedschaft ist schriftlich innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt der Voraussetzungen gemäß Absatz 1 zu stellen. In diesem Fall wirkt die Befreiung ab dem Zeitpunkt, in dem die Voraussetzungen vorliegen. Wird der Antrag erst nach Ablauf von sechs Monaten gestellt, wirkt die Befreiung vom Zeitpunkt der Antragstellung an.
- (3) Wer von der Pflichtmitgliedschaft befreit wurde, hat den Fortfall des Befreiungsgrundes unverzüglich anzuzeigen, sofern die Voraussetzungen des § 11 Absatz 1 vorliegen.

§ 13 Freiwillige Mitgliedschaft

- (1) Ärzte, deren Pflichtmitgliedschaft endet, können ihre Mitgliedschaft auf schriftlichen Antrag als freiwillige fortsetzen, sofern sie weiterhin Beiträge entrichten wollen und die Regelaltersgrenze gemäß § 19 noch nicht erreicht haben. Die Fortsetzung ist nur möglich, solange der Arzt nicht Pflichtmitglied einer anderen berufsständischen Versorgungseinrichtung im Bundesgebiet ist.
- (2) Der Antrag auf freiwillige Fortsetzung der Mitgliedschaft ist spätestens sechs Monate, nachdem das Mitglied über die Beendigung der Pflichtmitgliedschaft unterrichtet wurde, beim Versorgungswerk zu stellen.
- (3) Die freiwillige Mitgliedschaft endet
 1. mit Erwerb der Pflichtmitgliedschaft im Versorgungswerk oder einer anderen berufsständischen Versorgungseinrichtung im Bundesgebiet;
 2. mit Ablauf des Jahres, in dem das Mitglied seine Mitgliedschaft unter Einhaltung einer Frist von vier Wochen zum Jahresende kündigt;
 3. durch fristlose Kündigung des Versorgungswerkes, wenn das Mitglied seiner Pflicht zur Beitragszahlung nicht nachkam und trotz Mahnung und Hinweis auf die Rechtsfolgen innerhalb einer Frist von vier Wochen keine vollständige Zahlung der rückständigen Beiträge samt Kosten und Zinsen erfolgte.

III. Grundversorgung

1. Beiträge

§ 14 Beitragspflicht

- (1) Mitglieder des Versorgungswerkes sind beitragspflichtig. Die Beitragspflicht beginnt mit dem Ersten des Monats, in dem die Mitgliedschaft begründet wird. Sie endet mit dem Letzten des Monats, in dem
 1. die Mitgliedschaft im Versorgungswerk endet oder
 2. Berufsunfähigkeit gemäß § 23 eintritt oder eine vorgezogene Altersrente gemäß § 21 Absatz 1 in Anspruch genommen oder die Regelaltersgrenze gemäß § 19 erreicht wird. Nach Aufschieben der Altersrente gemäß § 22 Absatz 1 besteht solange eine Beitragspflicht, wie eine angestellte Tätigkeit ausgeübt wird, für die eine Befreiung von der Rentenversicherungspflicht gemäß § 6 Absatz 1 Satz 1 SGB VI besteht.
- (2) Ausgenommen von der Beitragspflicht sind Mitglieder, für die ein gesetzliches Beschäftigungsverbot nach dem Mutterschutzgesetz besteht oder bestehen würde, wenn sie nicht selbstständig tätig wären, sowie Mitglieder, die nach der Geburt eines Kindes die berufliche Tätigkeit zur Betreuung des Kindes für längstens drei Jahre aufgeben.

§ 15 Höhe der Beiträge

- (1) Soweit nichts anderes bestimmt ist, entspricht der monatliche Beitrag dem jeweils geltenden Höchstbeitrag in der gesetzlichen Rentenversicherung, der sich aus § 157 und § 160 SGB VI in Verbindung mit der dort genannten jeweils aktuellen Rechtsverordnung ergibt (Regelbeitrag).
- (2) Bei selbstständig tätigen Mitgliedern werden als Beitragsbemessungsgrundlage die im maßgeblichen Kalenderjahr erzielten Einkünfte im Sinne von § 2 Absatz 2 Nummer 1 Einkommensteuergesetz, soweit sie aus ärztlicher Tätigkeit erzielt wurden (Einkünfte), zugrunde gelegt. Sofern die im laufenden Kalenderjahr erzielten Einkünfte die jeweilige Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung voraussichtlich nicht erreichen werden, werden auf Antrag statt der Beitragsbemessungsgrenze im Sinne von Absatz 1 die im vorletzten Kalenderjahr erzielten Einkünfte sowie ein Beitragssatz von 4 Prozentpunkten unter dem jeweils aktuellen Beitragsprozentsatz in der gesetzlichen Rentenversicherung zugrunde gelegt. Der Beitrag beträgt jedoch mindestens ein Zehntel des Regelbeitrags nach Absatz 1. Hier von abweichend gilt:

1. Niedergelassene Mitglieder leisten auf Antrag in den ersten zwei Jahren der Niederlassung ein Viertel des Regelbeitrags nach Absatz 1.
 2. Macht das Mitglied glaubhaft, dass die zu erwartenden Einkünfte des laufenden Kalenderjahres die des vorletzten Kalenderjahres um mindestens 25 % unterschreiten, so werden auf Antrag für die noch nicht vergangenen Monate des laufenden Kalenderjahres statt der Einkünfte des vorletzten Jahres die im laufenden Kalenderjahr zu erwartenden Einkünfte zugrunde gelegt. Der Beitrag beträgt jedoch mindestens ein Zehntel des Regelbeitrags nach Absatz 1.
 3. Mitgliedern, die am 31. Dezember 2018 eine eigene Praxis in niedergelassener Tätigkeit unterhielten, kann auf Antrag ein Teil der bis zum 31. Dezember 2021 fällig werdenden Beiträge nach Maßgabe des § 30 Absatz 2 in der bis zum 31. Dezember 2018 geltenden Fassung erlassen werden. Der Beitrag beträgt jedoch mindestens ein Zehntel des Regelbeitrags nach Absatz 1.
- (3) Angestellte Mitglieder leisten einen Beitrag in Höhe des jeweils geltenden Pflichtversicherungsbeitrags der gesetzlichen Rentenversicherung, der sich aus § 157 und § 160 SGB VI in Verbindung mit der dort genannten jeweils aktuellen Rechtsverordnung ergibt. Mindestens ist jedoch ein Zehntel des Regelbeitrags nach Absatz 1 zu leisten. Beitragsbemessungsgrundlage ist das erzielte Bruttoarbeitsentgelt. Einkünfte aus nicht selbstständiger Tätigkeit als angestellter Notarzt im Rettungsdienst sind nicht beitragspflichtig, wenn diese neben
1. einer Beschäftigung, die einen Umfang von regelmäßig mindestens 15 Stunden wöchentlich außerhalb des Rettungsdienstes hat, oder
 2. einer Tätigkeit als zugelassener Vertragsarzt oder als Arzt in privater Niederlassung ausgeübt wird.
- (4) Mitglieder, die ihren ärztlichen Beruf nicht ausüben, leisten mindestens ein Zehntel des Regelbeitrags gemäß Absatz 1.
- (5) Mitglieder, die von der Rentenversicherungspflicht gemäß § 6 Absatz 1 Nummer 1 SGB VI befreit sind und Erwerbseinkommen oder sonstige Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch beziehen, leisten während dieser Zeit Beiträge in der Höhe, die ohne Befreiung an die gesetzliche Rentenversicherung zu zahlen wären. Mitglieder, die von der Rentenversicherungspflicht gemäß § 6 Absatz 1 Nummer 1 SGB VI befreit sind und freiwilligen Wehrdienst leisten, leisten während dieser Zeit Beiträge in der Höhe, die der Bund ohne die Befreiung an die gesetzliche Rentenversicherung zu zahlen hätte.

- (6) Beamte auf Zeit, auf Widerruf oder auf Probe oder Sanitätsoffiziere, die Zeitsoldaten sind, leisten einen Beitrag in Höhe von mindestens ein Zehntel des Regelbeitrags gemäß Absatz 1.
- (7) Auf Antrag können Mitglieder den zu leistenden Beitrag um einen bestimmten Betrag bis maximal zur Höhe des Regelbeitrags nach Absatz 1 mit Wirkung für die Zukunft aufstocken (Aufstockungsbeitrag). Auf Antrag kann die Höhe des Aufstockungsbeitrages geändert oder die Aufstockung beendet werden. Die Leistung von Aufstockungsbeiträgen ist längstens bis zum Ablauf des Monats möglich, in dem die Voraussetzungen für eine Leistung nach § 18 Absatz 1 Nummer 1 oder 2 eintreten.
- (8) Anträge auf Beitragsbemessung nach Absatz 2, auf Leistung von Aufstockungsbeiträgen, auf Änderung der Höhe des Aufstockungsbeitrages sowie auf Beendigung der Aufstockung sind bis zum 15. des Monats zu stellen, ab dem die beantragte Beitragsleistung gelten soll.

§ 16 Beitragsverfahren

- (1) Der Beitrag ist monatlich im Wege der Banküberweisung oder des Lastschrifteinzugs zu leisten. Er muss spätestens am letzten Tag des Monats, für den die Beitragspflicht besteht, beim Versorgungswerk eingehen.
- (2) Der Einkommensnachweis für eine Beitragsbemessung nach § 15 Absatz 2 wird durch die Vorlage eines Einkommensteuerbescheides für das vorletzte Kalenderjahr erbracht. Die Vorlage des Einkommensteuerbescheides kann durch eine Bescheinigung über die Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit durch das Finanzamt oder durch einen Bevollmächtigten, der das Mitglied nach den Steuergesetzen vertreten kann, ersetzt werden. Soweit gemäß § 15 Absatz 2 Nummer 2 ausnahmsweise das Einkommen des laufenden Kalenderjahres maßgebend ist, ist dieses durch geeignete Unterlagen glaubhaft zu machen. In diesem Fall erfolgt eine vorläufige Beitragsfestsetzung. Nach Vorlage des Einkommensteuerbescheides wird der Beitrag endgültig festgesetzt. Ergibt sich nach der endgültigen Beitragsfestsetzung eine Nachforderung, ist diese gemäß § 17 Absatz 5 zu verzinsen und wird innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe des Veranlagungsbescheides fällig. Überzahlungen werden mit laufenden Beiträgen verrechnet, auf Antrag im laufenden Geschäftsjahr erstattet oder als freiwillige zusätzliche Zahlung behandelt.
- (3) Legt das Mitglied trotz Aufforderung innerhalb der gesetzten Frist keinen Einkommensnachweis vor, hat es den Regelbeitrag gemäß § 15 Absatz 1 zu leisten.

§ 17 Folgen der Säumnis

- (1) Bei Zahlungsverzug (§ 286 BGB) werden auf die rückständigen Beiträge Zinsen in Höhe von 2 % über dem jeweiligen Basiszins der Deutschen Bundesbank, mindestens jedoch 6 %, erhoben.
- (2) Eingehende Zahlungen werden zunächst auf Kosten, dann auf Zinsen und zuletzt auf rückständige Beiträge angerechnet. Unter mehreren Forderungen aus rückständigen Beiträgen wird zuerst die älteste Forderung getilgt.
- (3) Rückständige Beiträge werden im Wege der Verwaltungsvollstreckung auf Kosten des Mitgliedes beigetrieben.
- (4) Sind bei Eintritt des Leistungsfalles Beiträge rückständig im Sinne von Absatz 1, werden für die Leistungsberechnung die tatsächlich gezahlten Beiträge zugrunde gelegt, wenn
 1. Vollstreckungsmaßnahmen erfolglos blieben oder
 2. trotz Mahnung und Hinweis auf die Rechtsfolgen innerhalb einer Frist von vier Wochen keine vollständige Zahlung der rückständigen Forderungen samt Kosten und Zinsen erfolgte.
- (5) Beiträge können auf Antrag ganz oder teilweise gestundet werden, wenn die sofortige Einziehung für das Mitglied mit erheblichen Härten verbunden wäre und der Anspruch durch die Stundung nicht gefährdet wird. Der gestundete Betrag ist mit 2 % über dem jeweiligen Basiszins der Deutschen Bundesbank - mindestens jedoch mit 5 % - zu verzinsen. Die Stundung kann mit Auflagen und Bedingungen verbunden werden. Sie soll nur in Verbindung mit einer angemessenen Ratenzahlung gewährt werden. Der Stundungszeitraum soll ein Jahr nicht überschreiten.
- (6) Beiträge können ganz oder teilweise niedergeschlagen werden, wenn absehbar ist, dass die Vollstreckung voraussichtlich fruchtlos verlaufen wird oder die Kosten der Vollstreckung außer Verhältnis zur Höhe des Anspruchs stehen werden.
- (7) Beiträge können ganz oder teilweise erlassen werden, wenn ihre Beitreibung wegen der besonderen Umstände des Einzelfalles für das Mitglied eine unbillige Härte darstellen würde, die auch durch eine Stundung oder Niederschlagung nicht zu beseitigen wäre.

2. Leistungen

§ 18 Allgemeines

- (1) Das Versorgungswerk gewährt im Rahmen der Grundversorgung folgende Leistungen:
 1. Altersrente (§§ 19 bis 22),
 2. Berufsunfähigkeitsrente (§§ 23 und 24),
 3. Witwen- und Witwerrenten, Renten für hinterbliebene Lebenspartner (§ 25),
 4. Waisenrente (§ 26),
 5. Kinderzuschuss (§ 27),
 6. Zuschuss zu Rehabilitationsmaßnahmen (§ 28).
- (2) Leistungen sind schriftlich zu beantragen. Jeder Leistungsanspruch setzt voraus, dass das Mitglied seiner Beitragspflicht vor Eintritt des Leistungsfalles mindestens für einen Monat vollständig und fristgerecht nachkam.
- (3) Der Leistungsbezug erfolgt ab dem Kalendermonat, der dem Eintritt des Leistungsfalles folgt. Der Leistungsfall tritt mit Vorliegen der Voraussetzungen der §§ 19, 21 Absatz 1, 22 Absatz 1, 23, 25 oder 26 ein. Leistungen für Zeiträume, die vor den der Antragstellung zuletzt vorangegangenen zwei Kalendermonaten liegen, sind ausgeschlossen.
- (4) Jeder Rentenanspruch erlischt mit Ablauf des Monats, in dem der Leistungsberechtigte stirbt.
- (5) Die Leistungsgewährung erfolgt unbar im Wege der Banküberweisung, jedoch nur an Zahlstellen innerhalb des Währungsgebietes.
- (6) Ansprüche auf Leistungen können weder übertragen noch verpfändet werden.
- (7) Ansprüche auf Leistungen verjähren innerhalb von vier Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie entstanden sind.
- (8) Ein Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente sowie auf Hinterbliebenenleistungen besteht nicht, wenn der Leistungsberechtigte den Leistungsfall vorsätzlich herbeigeführt hat.

§ 19 Altersrente

Jedes Mitglied ist mit Erreichen der Regelaltersgrenze berechtigt, lebenslange Altersrente zu beziehen. Mitglieder, die vor dem 1. Januar 1949 geboren sind, haben die Regelaltersgrenze mit Vollendung des 65. Lebensjahres erreicht. Mitglieder, die nach dem 31. Dezember 1948 geboren sind, haben folgende geburtsjahrgangsabhängige Regelaltersgrenze:

Geburtsjahrgang	Regelaltersgrenze	Geburtsjahrgang	Regelaltersgrenze
1949	65 + 1 Monat	1958	65 + 10 Monate
1950	65 + 2 Monate	1959	65 + 11 Monate
1951	65 + 3 Monate	1960	66
1952	65 + 4 Monate	1961	66 + 2 Monate
1953	65 + 5 Monate	1962	66 + 4 Monate
1954	65 + 6 Monate	1963	66 + 6 Monate
1955	65 + 7 Monate	1964	66 + 8 Monate
1956	65 + 8 Monate	1965	66 + 10 Monate
1957	65 + 9 Monate	1966 oder später	67

Satz 3 gilt nicht für Mitglieder, die im Vertrauen auf die bis zum 31. Mai 2009 geltende Rechtslage mit ihrem Arbeitgeber bis zu diesem Zeitpunkt einen wirksamen Altersteilzeitvertrag nach dem Altersteilzeitgesetz geschlossen haben. In diesen Fällen verbleibt die Regelaltersgrenze beim 65. Lebensjahr.

§ 20 Berechnung der Altersrente

- (1) Die anfängliche monatliche Altersrente wird als Produkt aus dem Rentenmultiplikator und der Summe der Beitragsquotienten ermittelt.
- (2) Der Aufsichtsrat beschließt jährlich über eine Anpassung des Rentenmultiplikators und über Anpassungen bereits gewährter Leistungen, wobei er die wirtschaftliche Lage des Versorgungswerkes und die gemäß § 42 Absatz 3 abzugebende versicherungsmathematische Beurteilung der Finanzlage berücksichtigt.
- (3) Jedes Mitglied erwirbt durch jede monatliche Beitragszahlung einen Beitragsquotienten. Der Beitragsquotient ist das Verhältnis des in dem betreffenden Monat zu leistenden Beitrags zu dem Zwölffachen des für diesen Monat geltenden Regelbeitrags gemäß § 15 Absatz 1. Die Summe der Beitragsquotienten bestimmt die Höhe der Rente nach Absatz 1.
- (4) Monate des Bezuges von Berufsunfähigkeitsrente sind in der Summe der Beitragsquotienten mit je ein Zwölftel des durchschnittlichen Beitragsquotienten, der sich aus den bis zum Beginn der Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente geleisteten Beiträgen ergibt, zu berücksichtigen.

- (5) Für Mitglieder, die die Mitgliedschaft bis zum 31. Dezember 1986 erworben, gilt Absatz 3 mit der Maßgabe, dass die ersten drei Berufsjahre mit einem Beitragsquotienten von 1 bewertet werden, wenn in dieser Zeit einkommensabhängige Beiträge aus einer angestellten Tätigkeit entrichtet wurden.
- (6) Für Mitglieder, die vor dem 1. Januar 1961 geboren wurden und die Mitgliedschaft in der Zeit vom 1. Januar 1987 bis zum 31. Dezember 2004 erworben, gilt Absatz 3 mit der Maßgabe, dass jedes der ersten drei Berufsjahre mit mindestens einem Beitragsquotienten bewertet wird, der dem durchschnittlichen Beitragsquotienten für die Zeit nach Ablauf der ersten drei Berufsjahre bis zum Leistungsfall, längstens bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze, entspricht. Satz 1 gilt nur, wenn in den ersten drei Berufsjahren einkommensabhängige Beiträge aus einer angestellten Tätigkeit entrichtet wurden.
- (7) Für Mitglieder, die nach dem 31. Dezember 1960, aber vor dem 1. Januar 1966 geboren wurden, und die Mitgliedschaft in der Zeit vom 1. Januar 1987 bis 31. Dezember 2004 erworben, erhöht sich die Summe der Beitragsquotienten um 3 % der Summe derjenigen Beitragsquotienten, die im Zeitraum des Beginns der Mitgliedschaft bis zum 31. Dezember 2004 erworben wurden.
- (8) Für nach 1948 geborene Mitglieder wird die Rente für jedes Jahr, um das das Geburtsjahr höher ist als 1948, um 2 ‰ gekürzt.
- (9) Bezieht ein Mitglied Berufsunfähigkeitsrente, tritt mit Erreichen der Regelaltersgrenze gemäß § 19 an die Stelle der Berufsunfähigkeitsrente die Altersrente in derselben Höhe.

§ 21 Vorgezogene Altersrente

- (1) Auf schriftlichen Antrag kann die Altersrente frühestens 60 Monate vor Erreichen der Regelaltersgrenze (vorgezogene Altersgrenze) bezogen werden. Für Mitglieder der Jahrgänge 1966 und jünger sowie für Mitglieder, die ihre Mitgliedschaft nach dem 31. Dezember 2011 erworben, ist die vorgezogene Altersgrenze mit Vollendung des 62. Lebensjahres erreicht.
- (2) Zur Ermittlung der Höhe der vorgezogenen Altersrente wird die nach § 20 errechnete Altersrente für jeden Monat der vorzeitigen Inanspruchnahme bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze gekürzt. Die Kürzung gilt während der gesamten Laufzeit der Rente, auch für den Kinderzuschuss und für nachfolgende Hinterbliebenenleistungen.

Die Höhe der Kürzung ergibt sich aus der nachfolgenden Tabelle:

Monate	Kürzung in %						
1	0,30	16	4,92	31	10,08	46	15,78
2	0,60	17	5,25	32	10,44	47	16,17
3	0,90	18	5,58	33	10,80	48	16,56
4	1,20	19	5,91	34	11,16	49	16,99
5	1,50	20	6,24	35	11,52	50	17,42
6	1,80	21	6,57	36	11,88	51	17,85
7	2,10	22	6,90	37	12,27	52	18,28
8	2,40	23	7,23	38	12,66	53	18,71
9	2,70	24	7,56	39	13,05	54	19,14
10	3,00	25	7,92	40	13,44	55	19,57
11	3,30	26	8,28	41	13,83	56	20,00
12	3,60	27	8,64	42	14,22	57	20,43
13	3,93	28	9,00	43	14,61	58	20,86
14	4,26	29	9,36	44	15,00	59	21,29
15	4,59	30	9,72	45	15,39	60	21,72

§ 22 Aufgeschobene Altersrente

- (1) Auf schriftlichen Antrag kann die Zahlung der Altersrente hinausgeschoben werden, längstens jedoch bis zur Vollendung des 69. Lebensjahres. Während der Rentenaufschubzeit können ausschließlich Beiträge gemäß § 30 Absatz 4 entrichtet werden. Angestellte Mitglieder, die von der Rentenversicherungspflicht gemäß § 6 Absatz 1 Nummer 1 des SGB VI befreit sind, entrichten Beiträge in der in § 15 Absatz 3 genannten Höhe in die freiwillige Höherversicherung. § 15 Absatz 8 sowie §§ 16 und 17 gelten entsprechend.
- (2) Für jeden Monat des Rentenaufschubs wird ein Zuschlag in Höhe von 0,481 % auf die nach § 20 errechnete Altersrente gewährt.

§ 23 Berufsunfähigkeitsrente

- (1) Berufsunfähigkeitsrente erhält ein Mitglied, dessen Fähigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufs aus gesundheitlichen Gründen dauerhaft umfassend entfallen ist (Berufsunfähigkeit). Der ärztliche Beruf umfasst jede Tätigkeit, bei der Kenntnisse, die für die Erlangung der Approbation erforderlich sind, vorausgesetzt, eingesetzt oder lediglich mitverwendet werden.
- (2) Die Berufsunfähigkeit ist vom Mitglied durch Vorlage geeigneter medizinischer Unterlagen nachzuweisen. Das Versorgungswerk kann auf seine Kosten weitere Gutachten erstellen lassen. Es ist berechtigt, die vom Mitglied eingereichten Unterlagen an den von ihm beauftragten Gutachter weiterzugeben.

- (3) Der Bezug von Berufsunfähigkeitsrente setzt voraus, dass das berufsunfähige Mitglied seine gesamte berufliche Tätigkeit eingestellt hat. Sie gilt nicht als eingestellt, solange die Praxis eines niedergelassenen Mitgliedes durch einen Vertreter oder mit einem Assistenten fortgeführt wird, ebensowenig, solange ein angestelltes Mitglied arbeitgeberseitige Entgeltfortzahlungsleistungen im Krankheitsfalle erhält.
- (4) Über den Antrag auf Gewährung einer Berufsunfähigkeitsrente entscheidet der Verwaltungsrat. Er kann die Gewährung der Berufsunfähigkeitsrente befristen, an Auflagen knüpfen und Nachuntersuchungen zur Überprüfung der Leistungsvoraussetzungen anordnen.
- (5) Wenn der Verwaltungsrat feststellt, dass die Berufsunfähigkeit lediglich vorübergehend entfallen ist, kann eine befristete Rente wegen vorübergehender Berufsunfähigkeit gewährt werden, jedoch frühestens nach Ablauf von sechs Kalendermonaten seit Eintritt des Leistungsfalles. Der Leistungsgewährung steht es abweichend von Absatz 3 Satz 2 nicht entgegen, wenn die Praxis eines niedergelassenen Mitgliedes während des Rentenbezuges, höchstens jedoch für die Dauer von zwei Jahren, durch einen Vertreter fortgeführt wird, soweit dem Mitglied hieraus keine Einkünfte zufließen.
- (6) Die Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente endet,
 1. mit dem Ende des Monats, in dem die Voraussetzungen nach Absatz 1 und Absatz 3 oder Absatz 5 weggefallen sind;
 2. mit dem Ende des Monats, in dem der Tod des Mitgliedes eingetreten ist;
 3. mit dem Erreichen der Regelaltersgrenze gemäß § 19;
 4. mit der Aufnahme einer ärztlichen Tätigkeit;
 5. im Falle ihrer Befristung mit Fristablauf.
- (7) Mit Zustimmung des Verwaltungsrates kann ein Mitglied, das Berufsunfähigkeitsrente bezieht, zur Wiederherstellung der Berufsfähigkeit einen befristeten Arbeitsversuch bis zur Dauer von sechs Monaten unternehmen. Der Verwaltungsrat kann im Einzelfall auch einen längeren Arbeitsversuch zulassen, wenn dies für die berufliche Rehabilitation erforderlich ist. Sofern und solange das Mitglied während des Arbeitsversuches Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit erzielt, ruht die Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente. Der Verwaltungsrat kann jedoch im erforderlichen Umfang Unterstützung zur Lebensführung, maximal bis zur Höhe der Berufsunfähigkeitsrente, gewähren. Beiträge, die für den Zeitraum des Arbeitsversuches geleistet wurden, bewirken keine Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente.

§ 24 Berechnung der Berufsunfähigkeitsrente

- (1) Die monatliche Berufsunfähigkeitsrente berechnet sich gemäß § 20 Absatz 1 bis 8, abzüglich eines Abschlages, dessen Höhe abhängig vom Alter im Zeitpunkt des Eintritts des Leistungsfall der Berufsunfähigkeit (§ 23 Absatz 1 und Absatz 3) ist. Tritt der Leistungsfall
 1. vor Vollendung des 55. Lebensjahres ein, beträgt der Abschlag 2,49 %;
 2. nach Vollendung des 55. Lebensjahres ein, erhöht sich der Abschlag von 2,49 % um 0,2585 %-Punkte für jeden vollen Monat zwischen dem vollendeten 55. Lebensjahr und dem Eintritt des Leistungsfall;
 3. nach dem vollendeten 60. Lebensjahr ein, beträgt der Abschlag 0,3 % für jeden vollen Monat zwischen dem Eintritt des Leistungsfall und dem vollendeten 65. Lebensjahr.
- (2) Tritt der Leistungsfall vor Vollendung des 60. Lebensjahres ein, berechnet sich die Summe der Beitragsquotienten wie folgt:
 1. Die bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres ausstehende Beitragspflicht gilt als erfüllt (Zurechnungszeit). Dabei ist jeder Kalendermonat der ausstehenden Beitragspflicht mit dem vor Eintritt der Berufsunfähigkeit erworbenen durchschnittlichen Beitragsquotienten zu bewerten. Der durchschnittliche Beitragsquotient ist die Summe der durch Beiträge erworbenen Beitragsquotienten dividiert durch die Zahl der Monate der Mitgliedschaft bis zum Eintritt des Leistungsfall.
 2. Für Zeiten vorangegangenen Bezuges von Berufsunfähigkeitsrente gilt § 20 Absatz 4.
 3. Zeiten des Mutterschutzes und der Kinderbetreuung gemäß § 14 Absatz 2 bleiben bei der Berechnung des durchschnittlichen Beitragsquotienten unberücksichtigt, wenn vorher durchschnittlich höhere Beitragsquotienten erworben wurden.
 4. Hat ein Mitglied Anwartschaften bei mehreren inländischen berufsständischen Versorgungswerken erworben, wird die Zurechnungszeit anteilig entsprechend der Mitgliedschaft beim Versorgungswerk zur gesamten Mitgliedszeit bei allen Versorgungswerken gewährt, soweit auch die anderen beteiligten Versorgungswerke ihre Versorgungsleistungen nach diesen Grundsätzen berechnen.
 5. Ist bei Eintritt des Leistungsfall die Mitgliedschaft gemäß § 11 Absatz 4 beendet und wurde die Pflichtmitgliedschaft nicht als freiwillige Mitgliedschaft gemäß § 13 fortgesetzt oder ist das Mitglied gemäß § 12 Absatz 1 von der Mitgliedschaft befreit, wird keine Zu-

rechnungszeit gewährt. Dies gilt nicht, wenn ein früheres Mitglied bei Eintritt des Leistungsfalltes beitragspflichtiges Mitglied eines anderen inländischen berufsständischen Versorgungswerkes ist. In diesem Fall wird eine Zurechnungszeit anteilig entsprechend der Mitgliedschaft beim Versorgungswerk zur gesamten Mitgliedszeit bei allen Versorgungsträgern gewährt, soweit auch die anderen beteiligten Versorgungsträger ihre Versorgungsleistungen nach diesen Grundsätzen berechnen.

- (3) Tritt der Leistungsfall mit oder nach Vollendung des 60. Lebensjahres ein, so werden für die Berechnung der Berufsunfähigkeitsrente die bis zum Eintritt der Berufsunfähigkeit tatsächlich entrichteten Beiträge zugrunde gelegt.

§ 25 Rente für Witwen, Witwer und hinterbliebene Lebenspartner

- (1) Nach dem Tod des Mitgliedes erhalten Witwen, Witwer und hinterbliebene Lebenspartner gemäß § 1 Absatz 1 des Gesetzes über die eingetragene Lebenspartnerschaft (Lebenspartnerschaftsgesetz LPartG) eine Rente.
- (2) Die monatliche Rente für Witwen, Witwer und hinterbliebene Lebenspartner beträgt bis zum Ablauf des dritten auf den Zeitpunkt des Todes des Mitgliedes folgenden Kalendermonats 100 % und anschließend 60 % der Rente des verstorbenen Mitgliedes. Die Rente des verstorbenen Mitgliedes entspricht
1. sofern das Mitglied im Todeszeitpunkt bereits eine Altersrente bezog, der dem Mitglied zuletzt nach §§ 20, 21 oder 22 gewährten Rente;
 2. sofern das Mitglied im Todeszeitpunkt eine Berufsunfähigkeitsrente bezog, der dem Mitglied nach § 24 zuletzt gewährten Rente, wobei die Abschläge nach § 24 Absatz 1 nicht berücksichtigt werden;
 3. sofern das Mitglied im Todeszeitpunkt noch keine Rente bezog und die Regelaltersgrenze gemäß § 19 noch nicht erreicht hatte, der Rente, die das Mitglied im Todeszeitpunkt gemäß § 24 erhalten hätte, wobei die Abschläge nach § 24 Absatz 1 nicht berücksichtigt werden.
- (3) Eine Rente für Witwen, Witwer und hinterbliebene Lebenspartner wird nicht gewährt, wenn die Ehe bzw. eingetragene Lebenspartnerschaft mit dem verstorbenen Mitglied
1. im Zeitpunkt des Todes des Mitgliedes nicht bestanden hat;
 2. während des Bezuges einer Altersrente gemäß §§ 19, 21 oder 22 nach dem 31. Dezember 2018 geschlossen wurde.

- (4) Die Rente für Witwen, Witwer und hinterbliebene Lebenspartner wird gekürzt, wenn die Ehe erst nach Vollendung des 62. Lebensjahres des verstorbenen Mitgliedes geschlossen wurde und der überlebende Ehegatte mehr als 13 Jahre jünger ist als der verstorbene Ehegatte. Die Kürzung beträgt 10 % für jedes volle Jahr, um das die Ehezeit bzw. das Bestehen der eingetragenen Lebenspartnerschaft geringer war als die über zehn Jahre hinausgehende Altersdifferenz der Ehegatten bzw. Lebenspartner. Die Kürzung beträgt jedoch höchstens 50 %.
- (5) Für Witwe, Witwer oder hinterbliebene Lebenspartner, die wieder heiraten, entfällt die Hinterbliebenenrente mit Ablauf des Monats, in dem die Heirat stattgefunden hat. Der Anspruch lebt wieder auf, wenn die letzte Ehe bzw. eingetragene Lebenspartnerschaft endet. Dies gilt nicht, wenn die Witwe bzw. der Witwer eine Kapitalabfindung nach § 28 Absatz 2 in der bis zum 31. Dezember 2004 geltenden Fassung erhalten hat.
- (6) Für eine Witwe, einen Witwer oder einen hinterbliebenen Lebenspartner eines Mitgliedes, das vor dem 1. Januar 1961 geboren wurde, beträgt die monatliche Rente nach Ablauf des dritten auf den Zeitpunkt des Todes des Mitgliedes folgenden Kalendermonats zwei Drittel der Rente des verstorbenen Mitgliedes, wenn die Ehe bzw. Lebenspartnerschaft vor dem 1. Januar 2019 geschlossen worden ist. Gleiches gilt für alle Leistungsfälle, die vor dem 1. Januar 2027 eintreten.

§ 26 Waisenrente

- (1) Nach dem Tod des Mitgliedes erhalten dessen Kinder unter den Voraussetzungen der Absätze 3 bis 5 Waisenrente. Die monatliche Rente beträgt bis zum Ablauf des dritten auf den Zeitpunkt des Todes des Mitgliedes folgenden Kalendermonats 30% und anschließend ein Sechstel der monatlichen Rente des verstorbenen Mitgliedes, wenn der andere unterhaltsverpflichtete Elternteil noch lebt (Halbwaisenrente). Die monatliche Rente beträgt bis zum Ablauf des dritten auf den Zeitpunkt des Todes des Mitgliedes folgenden Kalendermonats 50 % und anschließend ein Drittel der monatlichen Rente des verstorbenen Mitgliedes, wenn auch der andere Elternteil verstorben ist (Vollwaisenrente). § 25 Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend.
- (2) Kinder sind leibliche Kinder sowie an Kindes statt angenommene Kinder, wenn die Willenserklärung darüber mindestens drei Jahre vor dem Tod des Mitgliedes und vor Erreichen der Regelaltersgrenze gemäß § 19 bzw. vor Eintritt der Berufsunfähigkeit gemäß § 23 erfolgt war.

- (3) Die Waisenrente wird bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres gewährt. Über diesen Zeitpunkt hinaus wird die Waisenrente längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres für dasjenige Kind gewährt, das sich in Schul- oder Berufsausbildung befindet oder das bei Vollendung des 18. Lebensjahres infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen außerstande ist, sich selbst zu unterhalten, solange dieser Zustand andauert. Die ersten 12 Monate eines freiwilligen Dienstes im Sinne von § 32 Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 d) Einkommensteuergesetz gelten als Ausbildung. Ein Praktikum gilt nur als Ausbildung, wenn es nach der einschlägigen Ausbildungs-, Studien- oder Prüfungsordnung vorgeschrieben ist. Sofern sich die Schul- oder Berufsausbildung durch Ableistung des gesetzlichen Wehr- oder Zivildienstes verzögerte, wird die Waisenrente für den entsprechenden Zeitraum über das 27. Lebensjahr hinaus gewährt, höchstens jedoch für den Zeitraum, in dem dieser Dienst vor Vollendung des 27. Lebensjahres geleistet wurde.
- (4) Der Anspruch auf Waisenrente wegen Berufsausbildung erlischt vor Vollendung des 27. Lebensjahres, sobald die Ausbildung für einen anerkannten Beruf abgeschlossen ist. Die anschließende Aufnahme einer Zweitausbildung oder eines freiwilligen Dienstes im Sinne von § 32 Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 d) Einkommensteuergesetz begründet keinen Anspruch auf Waisenrente. Eine Zweitausbildung liegt nicht vor, wenn es sich um eine auf der vorausgegangenen begonnenen oder beendeten Ausbildung aufbauende höhere Ausbildungsstufe ein- und desselben anerkannten Ausbildungsberufes handelt. Unterbrechungen von bis zu 4 Monaten innerhalb eines Ausbildungsganges lassen den Anspruch nicht entfallen.
- (5) Ein Anspruch auf Waisenrente besteht nur, wenn die Waise bei Eintritt des Leistungsfalles nicht verheiratet ist. Die Waisenrente entfällt mit dem Ende des Monats, in dem sich die Waise verheiratet. Satz 1 und 2 gelten nicht, wenn der Ehegatte zur Unterhaltsleistung nicht in der Lage ist.

§ 27 Kinderzuschuss

- (1) Die Berufsunfähigkeitsrente erhöht sich für Mitglieder, die eines oder mehrere Kinder haben, um einen Kinderzuschuss. Der Zuschuss beträgt für jedes Kind ein Sechstel der monatlichen Rente.
- (2) § 26 Absatz 2 bis 5 gilt entsprechend.
- (3) Mit der Überleitung der Berufsunfähigkeitsrente in die Altersrente gemäß § 23 Absatz 6 Nummer 3 entfällt der Kinderzuschuss, sofern das Mitglied nach dem 31. Dezember 1960 geboren ist.

- (4) Die Altersrente von Mitgliedern, die vor dem 1. Januar 1961 geboren sind, erhöht sich für jedes vor dem 1. Januar 2019 geborene oder adoptierte Kind um einen Kinderzuschuss nach Maßgabe von Absatz 1 Satz 2 und Absatz 2.

§ 28 Zuschuss zu Rehabilitationsmaßnahmen

- (1) Das Versorgungswerk kann einem Mitglied auf Antrag einen Zuschuss zu den Kosten notwendiger Rehabilitationsmaßnahmen gewähren, wenn dessen Berufsfähigkeit infolge von Krankheit oder Behinderung zumindest gefährdet ist und durch die Rehabilitationsmaßnahmen voraussichtlich erhalten, wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann. Eine Gefährdung der Berufsfähigkeit liegt vor, wenn aus medizinischer Sicht damit zu rechnen ist, dass ohne die Rehabilitationsmaßnahme Berufsunfähigkeit im Sinne von § 23 eintritt.
- (2) Zuschüsse können gewährt werden zu
1. medizinischen Leistungen zur Rehabilitation; diese umfassen stationäre und ambulante Behandlungen in Rehabilitationseinrichtungen sowie die Hilfsmittelversorgung;
 2. berufsfördernden Leistungen zur Rehabilitation, diese umfassen Maßnahmen zur Wiedererlangung oder Erhaltung der Berufsfähigkeit im ärztlichen Beruf.
- (3) Der Antrag ist rechtzeitig vor Einleitung der Rehabilitationsmaßnahme zu stellen. Die für die Maßnahme notwendigen Kosten sind vom Antragsteller nach Grund und Höhe nachzuweisen oder unter Beifügung von Belegen vorzuschätzen. Die Notwendigkeit und Erfolgsaussicht der Rehabilitationsmaßnahme ist vom Antragsteller durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.
- (4) Über die Gewährung und die Höhe des Zuschusses entscheidet der Verwaltungsrat nach seinem Ermessen unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalles. Er kann die Kostenbeteiligung an Auflagen über Beginn, Dauer, Ort und Art der Durchführung der Maßnahme knüpfen, Nachuntersuchungen anordnen und hierfür den Gutachter bestimmen.
- (5) Zuschüsse zu akuten Krankenbehandlungen, zu Anschlussheilbehandlungen und zu Umschulungsmaßnahmen, die auf die Ausübung eines nichtärztlichen Berufes gerichtet sind, sind ausgeschlossen. Ferner sind Zuschüsse zu Rehabilitationsmaßnahmen ausgeschlossen,

1. soweit nach Gesetz, Satzung oder Vertrag eine andere Stelle, insbesondere gesetzliche oder private Krankenversicherungen, Berufsgenossenschaften, die Bundesagentur für Arbeit oder die Deutsche Rentenversicherung zuständig ist;
2. wenn der mit der Durchführung der Maßnahme bezweckte Erfolg auch mit einem Erholungsurlaub erreicht werden kann;
3. wenn wegen derselben Erkrankung bereits innerhalb eines Zeitraumes von zwei Jahren ein Zuschuss gezahlt worden ist und keine besonderen Umstände eine vorzeitige Durchführung der erneuten Maßnahme rechtfertigen.

§ 29 Versorgungsausgleich

- (1) Ist für ein Mitglied ein Versorgungsausgleich vom Familiengericht rechtskräftig entschieden worden, findet eine interne Teilung seiner Anrechte nach dem Gesetz über den Versorgungsausgleich (Versorgungsausgleichsgesetz - VersAusglG) statt.
- (2) Bei der internen Teilung werden die in der Ehezeit erworbenen Anrechte jeweils zur Hälfte zwischen den geschiedenen Ehegatten aufgeteilt (Ausgleichswert). Dazu wird das Anrecht des ausgleichspflichtigen Mitgliedes um den Ausgleichswert gekürzt. Der ausgleichsberechtigten Person wird ein Anrecht in Höhe des Ausgleichswertes übertragen. Hierdurch entsteht keine Mitgliedschaft bei dem Versorgungswerk.
- (3) Sind beide Ehegatten Mitglieder des Versorgungswerkes, findet eine Verrechnung beider Ausgleichswerte statt.
- (4) Bei der internen Teilung ohne Verrechnung ist der Anspruch der ausgleichsberechtigten Person auf die Altersrente gemäß §§ 19 bis 22 beschränkt. Der Anspruch erhöht sich hierfür um einen Zuschlag von 13%. Dieser Zuschlag entfällt, wenn die ausgleichsberechtigte Person bei Rechtskraft der Versorgungsausgleichsentscheidung bereits Altersrente bezieht oder einen Anspruch auf Altersrente gemäß § 19 hat.
- (5) Solange der Versorgungsfall noch nicht eingetreten ist, kann das ausgleichspflichtige Mitglied sein aufgrund des Versorgungsausgleiches gekürztes Anrecht durch zusätzliche Zahlung ganz oder teilweise wieder auffüllen.
- (6) Erfolgt der Versorgungsausgleich nach dem Gesetz zur Regelung von Härten im Versorgungsausgleich (VAHRG), gilt § 25 Absatz 1 der Satzung in der bis zum 31. Dezember 2018 geltenden Fassung.

IV. Freiwillige Höherversicherung

§ 30 Beitragsleistung

- (1) Jedes Mitglied kann auf Antrag über den Regelbeitrag nach § 15 Absatz 1 hinaus Beiträge in die freiwillige Höherversicherung leisten. Ein Antrag kann nur für noch nicht abgelaufene Kalenderjahre gestellt werden. Beiträge aus Pfl egetätigkeit (§ 44 Absatz 2 SGB XI) gelten als Beitrag zur freiwilligen Höherversicherung, soweit mit ihnen der Regelbeitrag gemäß § 15 Absatz 1 überschritten wird.
- (2) Ein Antrag auf Reduzierung oder Beendigung der Beitragsleistung wird frühestens am Ersten des Monats wirksam, der dem Monat der Antragstellung folgt.
- (3) Beiträge können nur bis zum Ablauf des Monats geleistet werden, in dem
 1. die Mitgliedschaft endet oder
 2. die Voraussetzungen für eine Leistung nach § 18 Absatz 1 Nummer 1 oder 2 eingetreten sind.
- (4) Der monatliche Beitrag beträgt mindestens 5 % des Regelbeitrages. Der Höchstbeitrag einschließlich des nach § 15 zu leistenden Regelbeitrages ist im Kalenderjahr auf 250 % der jährlichen Beitragssumme begrenzt, die sich bei Zahlung des Regelbeitrages nach § 15 Absatz 1 ergibt.
- (5) Die Beiträge für die freiwillige Höherversicherung sind zusammen mit den Beiträgen nach § 15 zu leisten. Werden Beiträge für bereits abgelaufene Zeiträume des laufenden Kalenderjahres geleistet, sind diese gemäß § 17 Absatz 5 Satz 2 zu verzinsen.

§ 31 Leistungen

- (1) Die freiwillige Höherversicherung gewährt folgende Leistungen:
 1. Altersrente (§§ 32 bis 34),
 2. Berufsunfähigkeitsrente (§ 35),
 3. Witwen- und Witwerrenten, Renten für hinterbliebene Lebenspartner (§ 36),
 4. Waisenrente (§ 37),
 5. Kinderzuschuss (§ 38).

- (2) Leistungen der freiwilligen Höherversicherung können nur gemeinsam mit den jeweiligen Leistungen aus der Grundversorgung in Anspruch genommen werden. § 18 Absatz 3 bis 8 und § 29 gelten entsprechend.

§ 32 Altersrente

- (1) Die von der freiwilligen Höherversicherung gewährte Altersrente bemisst sich nach der Höhe der entrichteten Beiträge und dem Alter des Mitgliedes bei Beitragsleistung (Beitragsleistungsalter). Das Beitragsleistungsalter ist die Differenz zwischen dem Geburtsjahr des Mitgliedes und dem Kalenderjahr, in dem die Beitragsleistung erfolgt. Die Altersrente errechnet sich aus der Summe der im jeweiligen Beitragsleistungsalter erworbenen Anwartschaften und der vom Aufsichtsrat gemäß § 42 Absatz 4 und 6 beschlossenen Gewinnbeteiligung.

1. Für Beitragsleistungen, die bis spätestens zum 31. Dezember 2018 erfolgten, wurde pro 1.000,- € geleistetem Beitrag folgende Anwartschaft auf jährliche Altersrente erworben:

Beitragsleistungs- alter	Altersrente in €	Beitragsleistungs- alter	Altersrente in €
23	242,28	46	109,42
24	234,14	47	105,69
25	226,25	48	102,08
26	218,59	49	98,57
27	211,19	50	95,17
28	204,03	51	91,89
29	197,10	52	88,70
30	190,44	53	85,61
31	183,96	54	82,62
32	177,69	55	79,71
33	171,65	56	76,89
34	165,80	57	74,17
35	160,15	58	71,53
36	154,69	59	68,96
37	149,42	60	66,47
38	144,33	61	64,05
39	139,41	62	61,69
40	134,68	63	59,38
41	130,11	64	57,11
42	125,69	65	54,94
43	121,41	66	52,85
44	117,27	67	50,84
45	113,28		

2. Für Beitragsleistungen, die ab dem 1. Januar 2019 erfolgen, wird pro 1.000,- € geleistetem Beitrag folgende Anwartschaft auf jährliche Altersrente erworben:

Beitragsleistungs- alter	Altersrente in €	Beitragsleistungs- alter	Altersrente in €
23	126,00	47	71,00
24	123,00	48	70,00
25	120,00	49	68,00
26	117,00	50	67,00
27	114,00	51	65,00
28	112,00	52	64,00
29	109,00	53	62,00
30	106,00	54	61,00
31	104,00	55	59,00
32	101,00	56	58,00
33	99,00	57	57,00
34	97,00	58	55,00
35	95,00	59	54,00
36	92,00	60	53,00
37	90,00	61	52,00
38	88,00	62	50,00
39	86,00	63	49,00
40	84,00	64	47,00
41	82,00	65	46,00
42	80,00	66	48,00
43	78,00	67	49,00
44	77,00	68	50,00
45	75,00	69	52,00
46	73,00		

- (2) Die jährliche Altersrente kann sich durch Maßnahmen, über die der Aufsichtsrat gemäß § 4 Nummer 5 und § 42 Absatz 6 und 7 beschließt, erhöhen oder verringern.
- (3) Für nach 1948 geborene Mitglieder wird die jährliche Altersrente für jedes Jahr, um das das Geburtsjahr höher als 1948 ist, um 2 % gekürzt.
- (4) Die jährliche Altersrente gemäß Absatz 1 Nummer 2, § 33 Nummer 2, § 34 Absatz 1 Nummer 2 und § 34 Absatz 2 Nummer 2 wird auf Antrag um 7 % erhöht, wenn das Mitglied nachweist, dass es im Zeitpunkt des Leistungsbeginnes gemäß §§ 19, 21 oder 22 nicht verheiratet war. Als Heirat im Sinn von Satz 1 gilt auch die Begründung einer Lebenspartnerschaft nach Lebenspartnerschaftsgesetz.
- (5) Bezieht ein Mitglied Berufsunfähigkeitsrente, wird nach Erreichen der Regelaltersgrenze an Stelle der Berufsunfähigkeitsrente eine Altersrente gewährt. Sie bemisst sich nach Absatz 1 unter Einbeziehung der letzten drei Kalenderjahre, in denen vor Eintritt der Berufsunfähigkeit Beiträge geleistet wurden. Absatz 4 findet Anwendung.

§ 33 Vorgezogene Altersrente

(1) Wird eine vorgezogene Altersrente nach Maßgabe des § 21 Absatz 1 gewährt, wird auch aus der freiwilligen Höherversicherung eine vorgezogene Altersrente gezahlt. In diesem Fall wird die anfängliche jährliche Altersrente der freiwilligen Höherversicherung wie folgt gekürzt:

1. Soweit sie auf bis zum 31. Dezember 2018 erbrachten Beitragsleistungen beruht:

Monate	Kürzung in %						
1	0,52	16	8,12	31	14,82	46	20,82
2	1,04	17	8,59	32	15,24	47	21,21
3	1,56	18	9,06	33	15,66	48	21,60
4	2,08	19	9,53	34	16,08	49	21,95
5	2,60	20	10,00	35	16,50	50	22,30
6	3,12	21	10,47	36	16,92	51	22,65
7	3,64	22	10,94	37	17,31	52	23,00
8	4,16	23	11,41	38	17,70	53	23,35
9	4,68	24	11,88	39	18,09	54	23,70
10	5,20	25	12,30	40	18,48	55	24,05
11	5,72	26	12,72	41	18,87	56	24,40
12	6,24	27	13,14	42	19,26	57	24,75
13	6,71	28	13,56	43	19,65	58	25,10
14	7,18	29	13,98	44	20,04	59	25,45
15	7,65	30	14,40	45	20,43	60	25,80

2. Soweit sie auf ab dem 1. Januar 2019 erbrachten Beitragsleistungen beruht:

Monate	Kürzung in %						
1	0,40	16	6,28	31	11,62	46	16,42
2	0,80	17	6,65	32	11,96	47	16,73
3	1,20	18	7,02	33	12,30	48	17,04
4	1,60	19	7,39	34	12,64	49	17,33
5	2,00	20	7,76	35	12,98	50	17,62
6	2,40	21	8,13	36	13,32	51	17,91
7	2,80	22	8,50	37	13,63	52	18,20
8	3,20	23	8,87	38	13,94	53	18,49
9	3,60	24	9,24	39	14,25	54	18,78
10	4,00	25	9,58	40	14,56	55	19,07
11	4,40	26	9,92	41	14,87	56	19,36
12	4,80	27	10,26	42	15,18	57	19,65
13	5,17	28	10,60	43	15,49	58	19,94
14	5,54	29	10,94	44	15,80	59	20,23
15	5,91	30	11,28	45	16,11	60	20,52

§ 34 Aufgeschobene Altersrente

(1) Wird eine aufgeschobene Altersrente nach Maßgabe des § 22 Absatz 1 gewährt, wird auch aus der freiwilligen Höherversicherung eine aufgeschobene Altersrente gezahlt. In diesem Fall erhöht sich die anfängliche Altersrente der freiwilligen Höherversicherung wie folgt:

1. Soweit sie auf bis zum 31. Dezember 2018 erbrachten Beitragsleistungen beruht:

Monate des Aufschubs	Erhöhung um %	Monate des Aufschubs	Erhöhung um %	Monate des Aufschubs	Erhöhung um %
1	0,52	17	9,04	33	18,36
2	1,04	18	9,60	34	18,96
3	1,56	19	10,16	35	19,56
4	2,08	20	10,72	36	20,16
5	2,60	21	11,28	37	20,81
6	3,12	22	11,84	38	21,46
7	3,64	23	12,40	39	22,11
8	4,16	24	12,96	40	22,76
9	4,68	25	13,56	41	23,41
10	5,20	26	14,16	42	24,06
11	5,72	27	14,76	43	24,71
12	6,24	28	15,36	44	25,36
13	6,80	29	15,96	45	26,01
14	7,36	30	16,56	46	26,66
15	7,92	31	17,16	47	27,31
16	8,48	32	17,76	48	27,96

2. Soweit sie auf ab dem 1. Januar 2019 erbrachten Beitragsleistungen beruht:

Monate des Aufschubs	Erhöhung um %	Monate des Aufschubs	Erhöhung um %	Monate des Aufschubs	Erhöhung um %
1	0,38	17	6,49	33	12,82
2	0,76	18	6,88	34	13,22
3	1,14	19	7,27	35	13,62
4	1,52	20	7,66	36	14,02
5	1,89	21	8,05	37	14,43
6	2,27	22	8,44	38	14,85
7	2,65	23	8,83	39	15,26
8	3,03	24	9,21	40	15,67
9	3,41	25	9,62	41	16,09
10	3,79	26	10,02	42	16,50
11	4,17	27	10,42	43	16,91
12	4,54	28	10,82	44	17,32
13	4,93	29	11,22	45	17,74
14	5,32	30	11,62	46	18,15
15	5,71	31	12,02	47	18,56
16	6,10	32	12,42	48	18,97

(2) Während der Rentenaufschubzeit können zusätzliche Beiträge gemäß § 30 entrichtet werden.

1. Soweit diese bis spätestens zum 31. Dezember 2018 entrichtet wurden, wurde pro 1.000,-- € geleistetem Beitrag folgende Anwartschaft auf jährliche Altersrente erworben:

Beitragsleistungsalter	Altersrente in €
66	57,77
67	59,01
68	58,60
69	59,90

Für jeden vollen Monat, der zwischen der Beitragszahlung und dem Beginn der Rentenzahlung liegt, erhöht sich der Anspruch um 0,5 %.

2. Soweit zusätzliche Beiträge ab dem 1. Januar 2019 entrichtet werden, wird pro 1.000,-- € geleistetem Beitrag folgende Anwartschaft auf jährliche Altersrente erworben:

Beitragsleistungsalter	Altersrente in €
66	48,00
67	49,00
68	50,00
69	52,00

§ 35 Berufsunfähigkeitsrente

- (1) Die Voraussetzungen und Bedingungen der von der freiwilligen Höherversicherung gewährten Berufsunfähigkeitsrente entsprechen denen des § 23.
- (2) Die Höhe der Berufsunfähigkeitsrente bemisst sich nach § 32 Absatz 1 bis 3. Die Beitragsleistungen der letzten drei Kalenderjahre sowie die Erhöhung gemäß § 32 Absatz 4 werden nicht berücksichtigt. Eine Zurechnungszeit wird nicht gewährt.

§ 36 Rente für Witwen, Witwer und hinterbliebene Lebenspartner

- (1) Die von der freiwilligen Höherversicherung gewährte Rente für Witwen, Witwer und hinterbliebene Lebenspartner gemäß § 1 Absatz 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes beträgt 60 % der gemäß §§ 32 Absatz 1 bis 3, 33 oder 34 zu berechnenden Altersrente.
- (2) § 25 Absatz 3 bis 5 gelten entsprechend. § 25 Absatz 6 gilt mit der Maßgabe, dass die monatliche Rente auch bis zum Ablauf des dritten auf den Zeitpunkt des Todes des Mitgliedes folgenden Kalendermonats zwei Drittel beträgt.

§ 37 Waisenrente

- (1) Die von der freiwilligen Höherversicherung gewährte Waisenrente beträgt ein Sechstel der versicherten Altersrente, wenn der andere unterhaltsverpflichtete Elternteil noch lebt (Halbwaisenrente). Sofern auch der andere Elternteil verstorben ist (Vollwaisenrente), beträgt die Waisenrente ein Drittel der versicherten Altersrente.
- (2) § 26 Absatz 2 bis 5 gilt entsprechend.

§ 38 Kinderzuschuss

Die Altersrente erhöht sich bei Mitgliedern, die vor dem 1. Januar 1961 geboren sind, um einen Kinderzuschuss für jedes eigene Kind, das vor dem 1. Januar 2019 geboren oder adoptiert ist. Der Kinderzuschuss beträgt ein Sechstel der Altersrente. § 26 Absatz 2 bis 5 gilt entsprechend.

V. Beitragsüberleitung / Nachversicherung

§ 39 Überleitung der Beiträge

- (1) Endet die Mitgliedschaft bei dem Versorgungswerk der Ärztekammer Schleswig-Holstein und wird das Mitglied aufgrund einer durch Gesetz angeordneten oder auf Gesetz beruhenden Verpflichtung Mitglied einer anderen öffentlich-rechtlichen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung, so werden auf Antrag des Mitgliedes die bisher an das Versorgungswerk der Ärztekammer Schleswig-Holstein geleisteten Beiträge an die neue Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung übergeleitet. Voraussetzung ist, dass zwischen dem Versorgungswerk der Ärztekammer Schleswig-Holstein und der anderen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung ein Überleitungsabkommen besteht. Mit der Überleitung erlöschen die Rechte und Pflichten des Mitgliedes gegenüber dem Versorgungswerk der Ärztekammer Schleswig-Holstein. Die Verpflichtung des Mitgliedes zur Zahlung rückständiger Beiträge an das Versorgungswerk der Ärztekammer Schleswig-Holstein bleibt davon unberührt.
- (2) Mitglieder, die aufgrund einer durch Gesetz angeordneten oder auf Gesetz beruhenden Verpflichtung Mitglieder einer anderen öffentlich-rechtlichen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung waren und dort ausgeschieden sind, weil sie durch Aufnahme einer ärztlichen Tätigkeit Mitglieder des Versorgungswerkes der Ärztekammer Schleswig-Holstein geworden sind, können beantragen, dass die bisher an die andere Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung entrichteten Beiträge an das Versorgungswerk der Ärztekammer Schleswig-Holstein übergeleitet werden. Voraussetzung ist, dass zwischen dem Versorgungswerk der Ärztekammer Schleswig-Holstein und der anderen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung ein Überleitungsabkommen besteht. Als Folge der Überleitung gelten die Mitglieder rückwirkend ab dem Beginn des Überleitungszeitraumes als Pflichtmitglieder des Versorgungswerkes der Ärztekammer Schleswig-Holstein. Die übergeleiteten Beiträge werden so behandelt, als seien sie während des Überleitungszeitraumes statt zur bisherigen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung an das Versorgungswerk der Ärztekammer Schleswig-Holstein entrichtet worden.
- (3) Die Überleitung erstreckt sich auf die vom Mitglied oder für das Mitglied entrichteten Geldleistungen. 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. Beiträge einer gesetzlichen Krankenversicherung,
 4. von der Bundesagentur für Arbeit geleistete Beiträge,
 5. Beiträge für Wehr- und Zivildienstleistung sowie Wehr- und Eignungsübungen und
 6. vom Bundesversicherungsamt für den Mutterschaftsurlaub geleistete Beiträge.
- (4) Von der Überleitung ausgenommen sind die
1. Zinsen, die der abgebenden Versorgungseinrichtung aus den Geldleistungen gemäß Absatz 3 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.
- (5) Die Überleitung ist ausgeschlossen, wenn 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 bei 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.

- (6) 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.

- (7) 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.

§ 40 Nachversicherung

- (1) Beim Versorgungswerk kann auf Antrag nach § 186 SGB VI nachversichert werden, wer
 1. unmittelbar vor Beginn der Nachversicherungszeit Mitglied des Versorgungswerkes war oder
 2. während der Nachversicherungszeit Mitglied des Versorgungswerkes war oder
 3. innerhalb eines Jahres nach Beendigung der Nachversicherungszeit die Mitgliedschaft beim Versorgungswerk erwirbt.
- (2) Das Versorgungswerk behandelt die bei ihm eingehenden Nachversicherungsbeiträge so, als wären diese während der Nachversicherungszeit als Beiträge fristgerecht entrichtet worden („fiktive Beiträge“). Die in den Nachversicherungsbeiträgen enthaltenen Dynamisierungsanteile bleiben hierbei unberücksichtigt.
- (3) Beiträge, die das Mitglied während der Nachversicherungszeit selbst leistet, gelten, soweit sie zusammen mit den fiktiven Beiträgen den Regelbeitrag überschreiten, als Einzahlungen in die freiwillige Höherversicherung gemäß § 30. Auf Antrag werden diese Beiträge ohne Zinsen erstattet. Der Antrag ist spätestens vier Wochen, nachdem das Versorgungswerk dem Mitglied den Erhalt der Nachversicherungsbeiträge bekanntgegeben hat, zu stellen.
- (4) Nachversicherte gelten rückwirkend für die jeweilige Dauer der Nachversicherung als Mitglied des Versorgungswerkes. Ein bereits eingetretener Versorgungsfall steht der Nachversicherung nicht entgegen.

VI. Auskunfts- und Mitwirkungspflichten von Mitgliedern und sonstigen Leistungsberechtigten

§ 41 Auskunfts- und Mitwirkungspflichten, Obliegenheiten

(1) Mitglieder und sonstige Berechtigte haben das Versorgungswerk spätestens innerhalb eines Monats unaufgefordert über sämtliche Änderungen in den Verhältnissen zu informieren, die für die Mitgliedschaft und die Beitragspflicht erheblich sind, und die dafür erforderlichen Nachweise vorzulegen. Insbesondere ist das Versorgungswerk zu informieren über

1. den Beginn, das Ende und jede Veränderung der beruflichen Tätigkeit,
2. die Begründung und die Aufgabe der Hauptwohnung im Sinne des Bundesmeldegesetzes in Schleswig-Holstein,
3. die Höhe der erzielten Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit,
4. den Beginn und das Ende des Bezuges von Entgeltersatzleistungen, insbesondere Arbeitslosengeld, Krankengeld, Verletztengeld,
5. Veränderungen des Familienstandes,
6. Beginn und Ende von Mutterschutz / Kindererziehungszeiten.

Das Versorgungswerk ist berechtigt, die Vorlage geeigneter Nachweise, insbesondere Einkommensnachweise, zu verlangen.

(2) Wer Leistungen beantragt oder erhält,

1. hat unverzüglich alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des Versorgungswerkes der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,
2. hat 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. hat unverzüglich Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des Versorgungswerkes Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen,
4. soll sich auf Verlangen des Versorgungswerkes ärztlichen Untersuchungsmaßnahmen unterziehen, soweit diese für die Entscheidung über die Leistung erforderlich sind.

Das Versorgungswerk ist berechtigt, die Vorlage geeigneter Nachweise zu verlangen. Es ist insbesondere berechtigt, in regelmäßigen Abständen Lebensbescheinigungen zu verlangen und die persönlichen Daten des Leistungsempfängers zu überprüfen.

- (3) Wer wegen Krankheit oder Behinderung Leistungen 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.
- (4) Wer eine Berufsunfähigkeitsrente beantragt oder erhält, soll auf das Verlangen des Versorgungswerkes an einer Weiterbildung oder anderen qualifizierenden Maßnahme teilnehmen, wenn dadurch eine Berufsunfähigkeit voraussichtlich vermieden werden kann.
- (5) Die Obliegenheiten nach den Absätzen 3 und 4 bestehen nicht, soweit
 1. ihre Erfüllung nicht in einem angemessenen Verhältnis zu der in Anspruch genommenen Leistung steht oder
 2. ihre Erfüllung dem Betroffenen aus einem wichtigen Grund nicht zugemutet werden kann. Untersuchungen und Behandlungen, bei denen im Einzelfall ein Schaden für Leben und Gesundheit nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann oder die mit erheblichen Schmerzen verbunden sind oder die einen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeuten, können abgelehnt werden.
- (6) Wer einem Verlangen des Versorgungswerkes nach dem Absatz 2 Nummer 4 nachkommt, erhält auf Antrag Ersatz seiner notwendigen Auslagen.
- (7) Kommt ein Verpflichteter seinen Mitwirkungspflichten nach Absatz 1 und 2 innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert, so kann das Versorgungswerk ohne weitere Ermittlungen die Berechnungsgrundlage für Beiträge schätzen oder die Leistungen bis zur Nachholung der Mitwirkung insoweit versagen oder entziehen, wie die Voraussetzungen nicht nachgewiesen werden. Kommt derjenige, der Leistungen wegen Krankheit oder Behinderung bzw. eine Berufsunfähigkeitsrente beantragt oder bezieht, seinen Obliegenheiten nach Absatz 3 und 4 nicht nach und wird hierdurch eine Verbesserung verhindert oder eine Verschlechterung herbeigeführt, kann das Versorgungswerk die Leistung bis zur Nachholung ganz oder teilweise versagen oder entziehen.

- (8) Die Leistungen dürfen wegen fehlender Mitwirkung ganz oder teilweise nur versagt oder entzogen werden, nachdem der Leistungsberechtigte auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden ist und er seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist.
- (9) Wird der Leistungsfall durch einen Dritten herbeigeführt und steht dem Leistungsberechtigten hieraus ein Schadensersatzanspruch zu, so hat er diesen Anspruch bis zur Höhe, in der das Versorgungswerk Leistungen zu gewähren hat, an das Versorgungswerk abzutreten. Gibt der Leistungsberechtigte einen solchen Anspruch oder ein der Sicherung eines solchen Anspruches dienendes Recht ohne Zustimmung des Versorgungswerkes auf, so wird das Versorgungswerk von der Verpflichtung zu Leistungen nach §§ 23, 25, 26 und 27 insoweit frei, als es aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können.

VII. Rechnungslegung, Mittelverwendung

§ 42 Rechnungslegung

- (1) Das Versorgungswerk erstellt für jedes Geschäftsjahr einen Jahresbericht und einen Jahresabschluss gemäß den für Versicherungsunternehmen geltenden Vorschriften. Der Jahresbericht und der Jahresabschluss sind durch einen Abschlussprüfer prüfen zu lassen und der Aufsichtsbehörde zur Kenntnis zu geben.
- (2) Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr.
- (3) Das Versorgungswerk lässt für jedes Geschäftsjahr ein versicherungsmathematisches Gutachten durch einen Versicherungsmathematiker erstellen. Das Gutachten ist der Aufsichtsbehörde zur Kenntnis zu geben. Der Versicherungsmathematiker muss berechtigt sein, die Bezeichnung „Aktuar DAV (Deutsche Aktuarvereinigung e.V.)“ tragen zu dürfen.
- (4) Der Aufsichtsrat entscheidet auf Grundlage des Jahresberichtes, des Jahresabschlusses und des versicherungsmathematischen Gutachtens über die Verwendung des versicherungstechnischen Überschusses. Der versicherungstechnische Überschuss wird für die Grundversorgung und die freiwillige Höherversicherung getrennt ermittelt.
- (5) Soweit der auf die Grundversorgung entfallende versicherungstechnische Überschuss zur Anhebung von Anwartschaften verwendet wird, legt der Aufsichtsrat für die Grundversorgung den Rentenmultiplikator gemäß § 20 Absatz 2 fest. Soweit der auf die Grundversorgung entfallende versicherungstechnische Überschuss zur Anhebung bereits gewährter Leistungen verwendet wird, beschließt der Aufsichtsrat über den für die Grundversorgung geltenden Erhöhungsprozentsatz.
- (6) Soweit der auf die freiwillige Höherversicherung entfallende versicherungstechnische Überschuss zur Anhebung von Anwartschaften und Leistungen verwendet wird, wird er proportional zum jeweiligen Deckungskapital der zum 1. Januar 2019 gebildeten zwei Anwartschafts- und Rentenverbände verteilt, nämlich des Verbandes derjenigen Anwartschaften und Renten, die aus bis zum 31. Dezember 2018 geleisteten Beiträgen finanziert wurden (Verband 1) und des Verbandes derjenigen Anwartschaften und Renten, die aus ab dem 1. Januar 2019 geleisteten Beiträgen finanziert wurden (Verband 2). Bei der Verteilung des Zinsüberschusses (= Teil des versicherungstechnischen Überschusses) werden die Anwartschaften und Renten des Verbandes 2 gegenüber den Anwartschaften und Renten des Verbandes 1 zunächst soweit begünstigt, bis das rechnungsmäßige Verrentungsniveau des Verbandes 1 gemäß § 32 Absatz 1 Nummer 1 erreicht ist. Der darüber hinausgehende Zinsüberschuss wird proportional zur Höhe aller jeweiligen Anwartschaften und Renten verteilt.

- (7) Im Falle eines Fehlbetrages entscheidet der Aufsichtsrat über die zu seiner Deckung erforderlichen Maßnahmen nach Anhörung des Versicherungsmathematikers. Der Aufsichtsrat kann in diesem Fall eine Erhöhung der Beiträge sowie eine Absenkung von Rentenanwartschaften anordnen.
- (8) Das Versorgungswerk bildet eine Gewinnrücklage, die insbesondere zur Absicherung erhöhter Risiken aus dem Versicherungsgeschäft oder der Kapitalanlage verwendet werden kann. Der Aufsichtsrat beschließt jährlich über eine Zuführung zu der Gewinnrücklage sowie über die Entnahme.

§ 43 Mittelverwendung

Die Mittel des Versorgungswerkes dürfen nur zur Bestreitung der satzungsmäßigen Leistungen, der notwendigen Verwaltungskosten und sonstigen zur Erreichung des Zweckes des Versorgungswerkes erforderlichen Ausgaben sowie zur Dotierung der erforderlichen Deckungsrückstellungen und der Gewinnrücklage verwandt werden.

VIII. Übergangs- und Schlussbestimmungen

§ 44 Sondervorschriften für die bereits am 31. Dezember 1979 bestehenden Mitgliedschaften

- (1) Jeder Monat, in dem bis zum 31. Dezember 1979 eine Versorgungsabgabe geleistet wurde, wird mit dem Beitragsquotienten von ein Zwölftel bewertet. Soweit nach der Satzung in der vor dem 1. Januar 1980 gültigen Fassung das Eintrittsalter wegen verminderter Beitragszahlung heraufgesetzt wurde, sind die vor diesem heraufgesetzten Eintrittsalter liegenden Mitgliedsmonate nicht zu bewerten; sie sind auch bei Berechnung des durchschnittlichen Beitragsquotienten unberücksichtigt zu lassen. Für angestellte Ärzte, die eine Versorgungsabgabe gemäß § 27 Absatz 1 der Satzung in der vor dem 1. Januar 1980 geltenden Fassung zahlten, werden die ersten fünf Berufsjahre mit einem Beitragsquotienten von 1 bewertet. Für angestellte Ärzte, die eine Versorgungsabgabe gemäß § 27 Absatz 2 Buchstabe a) der Satzung in der vor dem 1. Januar 1980 geltenden Fassung zahlten, werden bei Eintritt des Versorgungsfalles nach Beendigung des Zeitraumes der verminderten Versorgungsabgabe die Jahre der herabgesetzten Zahlung mit dem Beitragsquotienten 1 bewertet. Trat hingegen der Versorgungsfall während der Zahlung der verminderten Versorgungsabgabe ein, so gilt ein Beitragsquotient von ein Halb.
- (2) Wurde nach § 27 Absatz 5 der Satzung in der vor dem 1. Januar 1980 geltenden Fassung ein Risikobeitrag gezahlt und lief der Zeitraum, in dem die Zahlung des Risikobeitrages möglich war, erst nach dem 31. Dezember 1979 ab, so konnte bis zum Ablauf dieses Zeitraumes der Risikobeitrag weiter entrichtet werden. Für die Berechnung der Beitragsquotienten werden die nach dem 31. Dezember 1979 eingegangenen Risikobeiträge wie normale Beiträge bewertet. Die Heraufsetzung des Eintrittsalters nach § 27 Absatz 5 der Satzung in der vor dem 1. Januar 1980 geltenden Fassung wird so bemessen, als wäre der Risikobeitrag nur bis zum 31. Dezember 1979 gezahlt worden.

§ 45 Inkrafttreten der Satzung

Diese Satzung tritt am 1. Januar 2019 in Kraft. Gleichzeitig tritt die Satzung für die Versorgungseinrichtung der Ärztekammer Schleswig-Holstein vom 29. November 1995 (Amtsbl. Schl.-H. / AAZ. S. 343), zuletzt geändert durch Satzung vom 7. Januar 2016 (Amtsbl. Schl.-H. S. 54), außer Kraft.

Bad Segeberg, den 5. Dezember 2018

Ärztekammer Schleswig-Holstein
gez. Dr. med. Henrik Herrmann
Präsident



Genehmigt aufgrund des § 21 Absatz 2 Satz 2 und 3 in Verbindung mit § 77 Absatz 1 Satz 2 des Heilberufekammergesetzes.

Kiel, den 7. Dezember 2018

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren
des Landes Schleswig-Holstein
gez. Dr. J. Föh



Ausgefertigt:

Bad Segeberg, den 14. Dezember 2018

Ärztekammer Schleswig-Holstein
gez. Dr. med. Henrik Herrmann
Präsident





Versorgungswerk

DER ARZTEKAMMER SCHLESWIG-HOLSTEIN

Postfach 1106 · 23781 Bad Segeberg
Bismarckallee 14-16 · 23795 Bad Segeberg

Tel.: 0 45 51 803-900

Fax: 0 45 51 803-939

E-Mail: mitglieder@vaesh.de

www.vaesh.de