

Satzung der
Versorgungseinrichtung der
Bezirksärztekammer Trier



vom 21. März 1956

in der Fassung der 44. Änderung
vom 29.11.2017

Inhalt

§ 1 Aufgaben, Träger und Sitz der Versorgungseinrichtung	2
§ 2 Mitgliedschaft	2
§ 3 Organe der Versorgungseinrichtung.....	4
§ 4 Zusammensetzung und Wahl der Organe	4
§ 5 Aufgaben der Hauptversammlung.....	5
§ 6 Aufgaben des Verwaltungsrates	5
§ 7 Einberufung, Beschlussfähigkeit und Beschlussfassung der Hauptversammlung.....	6
§ 8 Einberufung, Beschlussfähigkeit und Beschlussfassung des Verwaltungsrates	7
§ 9 Verwaltung.....	8
§ 10 Niederschriften	8
§ 11 Haushalts- und Rechnungswesen	8
§ 12 Versorgungsabgaben	9
§ 13 Nachversicherung	13
§ 14 Leistungen	14
§ 15 Höhe der Altersrente, der Berufsunfähigkeitsrente und der Hinterbliebenenrente	19
§ 16 Versorgungsausgleich	24
§ 17 Festsetzung der Bemessungsgrundlage – Dynamisierung der laufenden Renten	25
§ 18 Ausscheiden aus der Versorgungseinrichtung.....	25
§ 19 Wartezeiten.....	27
§ 20 Satzungsänderungen.....	27
§ 21 Zusammentreffen mehrerer Renten.....	27
§ 22 Mittelverwendung	27
§ 23 Bekanntmachungen	28
§ 24 Rechtsmittel	28
§ 25 Übergangsbestimmungen.....	28
§ 26 Inkrafttreten.....	28
Artikel II.....	29
Artikel III.....	29

Satzung der Versorgungseinrichtung der Bezirksärztekammer Trier

Satzung vom 21.03.1956 in der Fassung der von der Hauptversammlung der Versorgungseinrichtung am 29. November 2017 beschlossenen 44. Änderung, die durch Verfügung des Landesamtes für Soziales, Jugend und Versorgung vom 27.02.2018, genehmigt wurde

§ 1 Aufgaben, Träger und Sitz der Versorgungseinrichtung

- (1) Die Versorgungseinrichtung der Bezirksärztekammer Trier (§ 12 HeilBG), nachstehend als "Versorgungseinrichtung" bezeichnet, gewährt ihren Mitgliedern und deren Hinterbliebenen Versorgung nach den Bestimmungen dieser Satzung sowie dem im Wege der Satzung zu beschließenden Geschäftsplan.
- (2) Träger der Versorgungseinrichtung ist die Bezirksärztekammer Trier.
- (3) Das Vermögen der Versorgungseinrichtung ist Sondervermögen der Bezirksärztekammer Trier und wird nach den Bestimmungen dieser Satzung verwaltet.
- (4) Die Versorgungseinrichtung führt das Siegel der Bezirksärztekammer Trier mit dem Zusatz: Versorgungseinrichtung.
- (5) Die Versorgungseinrichtung hat ihren Sitz in Trier.

§ 2 Mitgliedschaft

- (1) Der Versorgungseinrichtung gehören alle nicht dauernd berufsunfähigen Mitglieder der Bezirksärztekammer Trier an. Die Mitgliedschaft beginnt mit dem Ersten des Monats, in dem die Tätigkeit im Bereich der Bezirksärztekammer Trier aufgenommen wird.
- (2) Von der Pflichtmitgliedschaft sind ausgenommen:
 - a) Ärzte, die im Dienste des Bundes, der Länder, der Gemeindeverbände, der Gemeinden, eines Krankenhausträgers oder der Träger der Sozialversicherung stehen, wenn sie Anwartschaft auf lebenslängliche Versorgung und Hinterbliebenenversorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen besitzen, vom Zeitpunkt des Erwerbs der Anwartschaft an.
 - b) Ärzte, die im Geschäftsbereich der Versorgungseinrichtung nur gelegentliche Vertretungen ausüben, wenn diese einen zusammenhängenden Zeitraum von 3 Monaten nicht überschreiten.
 - c) Ärzte, die nur geringfügig oder gelegentlich eine ärztliche Tätigkeit ausüben und sich daraus keine Verpflichtung zur Entrichtung von Beiträgen an die Deutsche Rentenversicherung ergibt.
 - d) Sanitätsoffiziere, die als Berufssoldaten oder Soldaten auf Zeit, sowie Soldaten, die zur Erfüllung der Wehrpflicht im Rahmen einer freiwilligen Wehrübung im Geschäftsbereich der Versorgungseinrichtung tätig sind. Der Erfüllung der Wehrpflicht steht

die Ableistung des Zivildienstes gleich.

- (3) Von der Pflichtmitgliedschaft werden auf Antrag Ärzte für die Dauer des Beamtenverhältnisses auf Widerruf, auf Zeit und auf Probe befreit. Das gleiche gilt für Sanitätsoffiziere, die als Berufssoldaten oder als Soldaten auf Zeit tätig sind.
- (4) Die von der Pflichtmitgliedschaft nach Absatz 2 Buchstabe a) ausgenommenen bzw. von der Pflichtmitgliedschaft nach Absatz 3 auf Antrag befreiten Ärzte werden mit Beginn des Monats, in dem diese Voraussetzungen entfallen, wieder als Pflichtmitglieder geführt. Der betreffende Arzt ist verpflichtet, unverzüglich der Versorgungseinrichtung schriftlich den Tatbestand, der wieder zur Pflichtmitgliedschaft führt, mitzuteilen.
- (5) Die Pflichtmitgliedschaft endet mit der Aufgabe der Tätigkeit im Bereich der Bezirksärztekammer Trier. Erlischt die Pflichtmitgliedschaft, können diese Mitglieder die Mitgliedschaft freiwillig fortsetzen. Dies gilt nicht, solange sie in einer anderen berufsständischen Versorgungseinrichtung im Bundesgebiet beitragspflichtige Mitglieder sind. Die Erklärung der freiwilligen Fortsetzung der Mitgliedschaft muss dem Versorgungswerk binnen drei Monaten nach Beendigung der Pflichtmitgliedschaft vorliegen. Wird ein Pflichtmitglied arbeitslos, bleibt die Pflichtmitgliedschaft bestehen, solange die Bundesagentur für Arbeit Beiträge an die Versorgungseinrichtung entrichtet. Mitglieder, die aufgrund des Mutterschutzes oder wegen Kinderbetreuungszeiten keine oder nur geringfügige Einkünfte erhalten, bleiben weiter Pflichtmitglieder.
- (6) Ärzte, bei denen die Voraussetzungen des Absatzes 3 und des Absatzes 5 eintreten bzw. vorliegen, werden als freiwillig weiterversicherte Mitglieder geführt. Dies gilt auch für Beamte auf Lebenszeit im Sinne des Absatzes 2 Buchstabe a), sofern sie Pflichtmitglieder der Versorgungseinrichtung waren. Diese Regelung findet jedoch keine Anwendung, wenn das Mitglied bis zum Zeitpunkt der Beendigung der Pflichtmitgliedschaft der Begründung einer freiwilligen Weiterversicherung widersprochen hat.
- (7) Die freiwillige Weiterversicherung nach Absatz 6 endet, wenn sie von dem Versicherten schriftlich gekündigt wird. Darüber hinaus endet die freiwillige Weiterversicherung, wenn die Versorgungseinrichtung bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 12 Absatz 13 von der Kündigung Gebrauch macht oder das Mitglied gemäß § 18 Absatz 6 eine Transferierung von Versorgungsabgaben in die Versorgungseinrichtung beantragt, in deren Kammerbereich es berufstätig geworden ist. Das gleiche gilt für vergleichbare Einrichtungen in der EU.
- (8) Mitglieder, die nicht Deutsche im Sinne des Artikels 116 des Grundgesetzes sind und die ihren Wohnsitz oder ständigen Aufenthalt im Geltungsbereich des Grundgesetzes aufgeben, können eine freiwillige Weiterversicherung weder begründen noch eine bereits bestehende fortsetzen. Diese Bestimmung findet keine Anwendung auf Staatsangehörige eines Landes der EU, solange sie in einem dieser Länder berufstätig sind oder ihren ständigen Wohnsitz haben.

§ 3 Organe der Versorgungseinrichtung

- (1) Organe der Versorgungseinrichtung sind:
 - a) die Hauptversammlung
 - b) der Verwaltungsrat
- (2) Die Mitglieder der in Absatz 1 genannten Organe üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus. Sie haben jedoch Anspruch auf Gewährung von Tagegeld, Reisekostenentschädigung und Verdienstausfallentschädigung sowie Ersatz ihrer baren Auslagen nach der Entschädigungsordnung der Versorgungseinrichtung. Darüber hinaus kann dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates eine Aufwandsentschädigung gewährt werden.
- (3) Die Amtszeit der Organe entspricht der Amtszeit der Organe der Bezirksärztekammer Trier. Der Verwaltungsrat versieht sein Amt nach Ablauf der Amtszeit bis zur Wahl eines neuen Verwaltungsrates.

§ 4 Zusammensetzung und Wahl der Organe

- (1) Die Hauptversammlung besteht aus den gewählten Vertretern der Vertreterversammlung der Bezirksärztekammer Trier, die gleichzeitig Mitglieder der Versorgungseinrichtung sein müssen. Ist ein gewähltes Mitglied der Vertreterversammlung der Bezirksärztekammer Trier nicht Mitglied der Versorgungseinrichtung oder scheidet während der Legislaturperiode aus, rückt ein Vertreter in der Reihenfolge seines Wahlvorschlages nach, der ebenfalls Mitglied der Versorgungseinrichtung sein muss.
- (2) Der Verwaltungsrat besteht aus seinem Vorsitzenden, dessen Stellvertreter und sechs weiteren Mitgliedern. Für die weiteren Mitglieder sind Stellvertreter zu wählen. Mindestens ein Mitglied muss angestellter, nicht niedergelassener, Arzt sein. Die beschließenden Mitglieder müssen Mitglieder der Versorgungseinrichtung sein. Darüber hinaus kann sich der Verwaltungsrat nach Bedarf der Hilfe eines Finanzsachverständigen und eines Versicherungsfachmannes bedienen.
- (3) Die Wahl der Mitglieder des Verwaltungsrates erfolgt durch die Hauptversammlung in getrennten Wahlgängen. Gewählt ist, wer mehr als die Hälfte der abgegebenen gültigen Stimmen auf sich vereinigt. Kommt im ersten Wahlgang keine Mehrheit zustande, entscheidet eine Stichwahl zwischen den Kandidaten, die die höchste Stimmenzahl auf sich vereinigt hatten. Bei Stimmgleichheit entscheidet das Los, das vom jüngsten Mitglied der Hauptversammlung gezogen wird.
- (4) Scheidet ein Mitglied des Verwaltungsrates während der Amtszeit aus, so findet in der nächsten Hauptversammlung eine Neuwahl statt.
- (5) Die Hauptversammlung kann bei Vorliegen eines wichtigen Grundes dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates, seinem Stellvertreter, einzelnen oder sämtlichen Mitgliedern des Verwaltungsrates ihr Vertrauen dadurch entziehen, dass sie diese im Wege der geheimen Stimmabgabe mit Zweidrittelmehrheit der abgegebenen Stimmen aus ihren Ämtern abberuft. Die Abberufung ist dem Betroffenen schriftlich mitzuteilen. Die notwendig werdenden Ergänzungswahlen sind in der gleichen Sitzung der Hauptversammlung

durchzuführen.

§ 5 Aufgaben der Hauptversammlung

- (1) Die Hauptversammlung befasst sich mit allen Angelegenheiten der Versorgungseinrichtung von grundsätzlicher Bedeutung. Sie beschließt insbesondere über:
 - a) Satzungen und Satzungsänderungen,
 - b) den Geschäftsplan,
 - c) die Richtlinien für die Anlage von Vermögen,
 - d) den Verkauf von Immobilien und Grundstücken,
 - e) den jährlichen Verwaltungskostenplan sowie etwaige über- und außerplanmäßige Ausgaben,
 - f) die Anerkennung der Jahresrechnung und die Entlastung des Verwaltungsrates,
 - g) die Veränderung der Rentenbemessungsgrundlage,
 - h) die Wahl der Mitglieder des Verwaltungsrates,
 - i) die Wahl eines aus vier Mitgliedern der Versorgungseinrichtung bestehenden Finanzprüfungsausschusses, die dem Verwaltungsrat nicht angehören dürfen,
 - j) die Entschädigung der für die Versorgungseinrichtung ehrenamtlich tätigen Mitglieder,
 - k) eine Geschäftsordnung für die Hauptversammlung und den Verwaltungsrat,
 - l) die Verwendung des Vermögens der Versorgungseinrichtung im Falle ihrer Auflösung.

- (2) Satzungen, Satzungsänderungen, der Geschäftsplan, die Richtlinien für die Anlage von Vermögen, der Verwaltungskostenplan sowie die Veränderung der Rentenbemessungsgrundlage bedürfen der Genehmigung der Aufsichtsbehörde.

§ 6 Aufgaben des Verwaltungsrates

- (1) Der Verwaltungsrat führt die Geschäfte der Versorgungseinrichtung. Er ist für alle Angelegenheiten zuständig, die nicht der Hauptversammlung vorbehalten sind. Er beschließt insbesondere über:
 - a) den Kauf von Immobilien und Grundstücken
 - b) den Abschluss von Überleitungsabkommen mit anderen ärztlichen Versorgungseinrichtungen, die eine gegenseitige Transferierung von Versorgungsabgaben bei Verlegen der Tätigkeit eines Arztes in einen anderen Kammerbereich auf dessen Antrag ermöglichen, und
 - c) den Abschluss von Abkommen mit anderen Versorgungseinrichtungen zum Zwecke der Übertragung und Übernahme von Versicherungsrisiken.

Abkommen nach Buchstaben b) und c) bedürfen der Bestätigung der Hauptversammlung und der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. Sie sind Bestandteil der Satzung.

- (2) Angelegenheiten, die der Beschlussfassung der Hauptversammlung vorbehalten sind, bereitet er vor.

- (3) Zur Wahrnehmung einzelner Aufgaben kann der Verwaltungsrat Ausschüsse bestellen, einzelne Mitglieder bzw. Bedienstete beauftragen. Für die Wahl der Mitglieder der Ausschüsse gilt § 4 Absatz 3 entsprechend.
- (4) Er bestellt den Geschäftsführer der Versorgungseinrichtung.
- (5) Der Vorsitzende des Verwaltungsrates vertritt die Versorgungseinrichtung gerichtlich und außergerichtlich. Ist er verhindert, so vertritt ihn sein Stellvertreter. Ist auch dieser verhindert, so vertritt ihn das an Jahren älteste Mitglied des Verwaltungsrates.

§ 7 Einberufung, Beschlussfähigkeit und Beschlussfassung der Hauptversammlung

- (1) Die Hauptversammlung soll durch den Vorsitzenden des Verwaltungsrates zweimal im Jahr einberufen werden.

Sie ist einzuberufen:

- a) wenn der Vorsitzende des Verwaltungsrates es für erforderlich hält,
 - b) wenn die Mehrheit der Mitglieder des Verwaltungsrates es beantragt,
 - c) wenn mindestens ein Drittel der Mitglieder der Hauptversammlung es mit schriftlicher Begründung fordert.
- (2) Zu den Sitzungen der Hauptversammlung ist die Aufsichtsbehörde einzuladen (§ 18 Absatz 2 HeilBG).
 - (3) Die Einladung ist unter Beifügung der Tagesordnung und Arbeitsunterlagen spätestens eine Woche vor der Sitzung durch die Post abzusenden. In dringenden Fällen kann die Einladung in kürzerer Frist, jedoch nicht unter 24 Stunden, erfolgen. Die Tagesordnung wird vom Vorsitzenden des Verwaltungsrates festgesetzt.
 - (4) Ist ein Mitglied der Hauptversammlung verhindert, an einer Sitzung teilzunehmen, so tritt an seine Stelle der Stellvertreter im Sinne der Regelung des § 4 Absatz 1. Das Mitglied hat die Einladung unverzüglich unter Beifügung der Arbeitsunterlagen seinem Stellvertreter weiterzuleiten und den Vorsitzenden des Verwaltungsrates hiervon zu unterrichten.
 - (5) Die Hauptversammlung wird vom Vorsitzenden des Verwaltungsrates geleitet. Sie ist beschlussfähig, wenn mindestens die Hälfte der Vertreter (Stellvertreter) anwesend ist. Beschlüsse werden mit einfacher Stimmenmehrheit der anwesenden Vertreter (Stellvertreter) gefasst, soweit nichts anderes bestimmt ist. Satzungen, Satzungsänderungen, der Geschäftsplan, die Richtlinien für die Anlage von Vermögen der Versorgungseinrichtung sowie Beschlüsse über die Verwendung des Vermögens der Versorgungseinrichtung bei einer evtl. Auflösung bedürfen der Zweidrittelmehrheit der Stimmen der Mitglieder der Hauptversammlung. Stimmenthaltungen zählen nicht mit. Bei Stimmengleichheit entscheidet die Stimme des Vorsitzenden des Verwaltungsrates.
 - (6) Ist die Hauptversammlung nach Absatz 5 nicht beschlussfähig, so ist eine mit derselben Tagesordnung einzuberufende zweite Versammlung, abgesehen von Tatbeständen, die

der Zweidrittelmehrheit bedürfen, ohne Rücksicht auf die Zahl der erschienenen Vertreter beschlussfähig, wenn in der zweiten Ladung hierauf ausdrücklich hingewiesen wurde.

- (7) Die Mitglieder des Verwaltungsrates sowie der Geschäftsführer haben das Recht, an den Sitzungen der Hauptversammlung mit beratender Stimme teilzunehmen und Anträge zu stellen. Die Hauptversammlung kann weiteren Personen unbeschadet Absatz 8 die Anwesenheit gestatten.
- (8) Die Sitzungen der Hauptversammlung sind für die Mitglieder der Versorgungseinrichtung der Bezirksärztekammer Trier öffentlich, soweit sie sich nicht mit personellen Angelegenheiten oder Grundstücksgeschäften befassen. Sie kann die Öffentlichkeit für weitere Beratungspunkte in nichtöffentlicher Sitzung ausschließen. Der Beschluss ist in öffentlicher Sitzung bekannt zu geben.

§ 8 Einberufung, Beschlussfähigkeit und Beschlussfassung des Verwaltungsrates

- (1) Der Verwaltungsrat tritt auf Einberufung durch seinen Vorsitzenden zusammen. Er ist einzuberufen:
 - a) wenn der Vorsitzende es für nötig hält, mindestens jedoch zweimal im Jahr,
 - b) wenn mindestens zwei Mitglieder des Verwaltungsrates es fordern,
 - c) wenn die Hauptversammlung es fordert.
- (2) Die Einladung ist unter Beifügung der Tagesordnung und Arbeitsunterlagen spätestens eine Woche vor der Sitzung durch die Post abzusenden. In dringenden Fällen kann die Einladung in kürzerer Frist, jedoch nicht unter 24 Stunden, erfolgen. Über Angelegenheiten, die nicht in der Tagesordnung mitgeteilt sind, kann mit Zustimmung der Mehrheit der beschließenden Mitglieder entschieden werden.
- (3) Der Verwaltungsrat ist beschlussfähig, wenn mindestens die Hälfte seiner beschließenden Mitglieder anwesend ist. Die Beschlüsse werden mit einfacher Stimmenmehrheit gefasst. Stimmenthaltungen zählen nicht mit. Bei Stimmengleichheit entscheidet die Stimme des Vorsitzenden. Sinkt die Zahl der Mitglieder unter vier, so ist der Verwaltungsrat beschlussfähig, wenn mindestens zwei Mitglieder anwesend sind. Beschlüsse über Immobilien und Grundstücke bedürfen der Zweidrittelmehrheit der Stimmen der Mitglieder des Verwaltungsrates.
- (4) An den Sitzungen des Verwaltungsrates nimmt der Geschäftsführer der Versorgungseinrichtung mit beratender Stimme teil, es sei denn, dass die Beratungen ihn persönlich betreffen. Der Verwaltungsrat kann weiteren Personen die Anwesenheit gestatten.
- (5) Ein Mitglied des Verwaltungsrates ist von der Beratung und Beschlussfassung über Angelegenheiten, die es persönlich betreffen, ausgeschlossen.
- (6) Die Sitzungen des Verwaltungsrates sind nicht öffentlich.

§ 9 Verwaltung

Die Geschäfte der Versorgungseinrichtung werden für den Verwaltungsrat durch eine Geschäftsstelle unter Leitung eines Geschäftsführers wahrgenommen. Der Geschäftsführer ist Dienstvorgesetzter der Angestellten der Versorgungseinrichtung. Er ist dem Verwaltungsrat für die Geschäftsführung verantwortlich.

§ 10 Niederschriften

Über den Verlauf der Sitzungen der Organe und Ausschüsse sind Niederschriften anzufertigen, die vom jeweiligen Vorsitzenden und dem Protokollführer zu unterzeichnen sind. Die Niederschriften sind den Organ- und Ausschussmitgliedern sowie den Stellvertretern, die an der Sitzung stimmberechtigt teilgenommen haben, zuzustellen. Die Niederschriften über die Sitzungen der Hauptversammlung sind auch der Aufsichtsbehörde zuzuleiten (§ 18 Absatz 2 HeilBG). Einwände gegen die Niederschriften müssen innerhalb einer Frist von einem Monat nach Zustellung bei der Versorgungseinrichtung erhoben werden und sind in der nächsten Sitzung zu behandeln.

§ 11 Haushalts- und Rechnungswesen

- (1) Die Versorgungseinrichtung stellt für jedes Kalenderjahr (Haushaltsjahr) einen Verwaltungskostenplan (Haushaltsplan) auf, der alle im Haushaltsjahr zu erwartenden Einnahmen, voraussichtlich zu leistenden Ausgaben und voraussichtlich benötigten Verpflichtungsermächtigungen enthält und in Einnahme und Ausgabe auszugleichen ist. Die Einnahmen und Ausgaben sind, soweit erforderlich, ausreichend zu erläutern. Zu den Einnahmen und Ausgaben rechnen u.a. nicht Versorgungsabgaben, soweit sie nach dem technischen Geschäftsplan zur Erfüllung der Versorgungsleistungen erforderlich sind, Versorgungsleistungen, Erträge und Aufwendungen für bzw. aus Vermögensanlagen. Im Verwaltungskostenplan können Ausgaben für gegenseitig oder einseitig deckungsfähig erklärt werden, soweit ein verwaltungsmäßiger oder sachlicher Zusammenhang besteht. Bei der Aufstellung und Ausführung des Verwaltungskostenplanes sind die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu beachten. Der Verwaltungskostenplan bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde.
- (2) Überplanmäßige und außerplanmäßige Ausgaben sind zulässig, wenn sie unvorhergesehen und unabweisbar sind und ihre finanzielle Bedeutung im Verhältnis zu den im Verwaltungskostenplan veranschlagten Ausgaben nicht erheblich ist. Maßnahmen, die die Versorgungseinrichtung zur Leistung von Ausgaben in künftigen Haushaltsjahren verpflichten können, sind nur zulässig, wenn der Verwaltungskostenplan dazu ermächtigt oder wenn sie unvorhergesehen und unabweisbar sind. Dies gilt nicht, soweit Verpflichtungen für laufende Geschäfte eingegangen werden.
- (3) Soweit der Verwaltungskostenplan zu Beginn des Haushaltsjahres noch nicht in Kraft getreten ist, können die Ausgaben geleistet werden, zu denen die Versorgungseinrichtung rechtlich verpflichtet ist oder die für die Weiterführung notwendiger Aufgaben unaufschiebbar sind.

- (4) Die Aufnahme von Krediten sowie die Übernahme von Bürgschaften, Garantien oder sonstigen Gewährleistungen sind zur Deckung von Ausgaben und zur Aufrechterhaltung einer ordnungsgemäßen Kassenwirtschaft zulässig, soweit der Verwaltungskostenplan hierzu ermächtigt.
- (5) Auf den Schluss eines jeden Haushaltsjahres hat der Geschäftsführer der Versorgungseinrichtung eine Jahresrechnung und einen Jahresbericht anzufertigen. Die Jahresrechnung umfasst alle Aufwendungen und Erträge, die sich aus der Aufgabenstellung der Versorgungseinrichtung ergeben (Gewinn- und Verlustrechnung) sowie die Forderungen, Verbindlichkeiten, Rückstellungen, Rücklagen und sonstige aktive und passive Vermögenswerte (Bilanz). Der Jahresbericht hat auch über den Bestand und die im Haushaltsjahr eingetretenen Versorgungsfälle Aufschluss zu geben.
- (6) Die Jahresrechnung und der Jahresbericht sind im Verlauf des dem Haushaltsjahres folgenden Jahres nach Prüfung durch einen Wirtschaftsprüfer unter Mitwirkung des Finanzprüfungsausschusses dem Verwaltungsrat vorzulegen.
- (7) Die Hauptversammlung beschließt über die Jahresrechnung bis spätestens zum 31. Dezember des auf das Haushaltsjahr folgenden Jahres. Die Jahresrechnung und der Jahresbericht werden für die Dauer von vier Wochen auf der Geschäftsstelle der Versorgungseinrichtung zur Einsichtnahme für die Mitglieder der Versorgungseinrichtung ausgelegt. Der Termin der Auslegung wird durch Rundschreiben mitgeteilt.

§ 12 Versorgungsabgaben

- (1) Die Mitglieder der Versorgungseinrichtung sind verpflichtet, eine Versorgungsabgabe zu zahlen, die zur Aufbringung der satzungsmäßigen Leistungen und zur Bestreitung der notwendigen Verwaltungskosten sowie zur Bildung der geschäftsplanmäßigen Deckungsrücklagen verwendet wird.
- (2) Niedergelassene Ärzte
 - a) Die Versorgungsabgabe beträgt 60 v. H. des 30fachen jeweiligen Höchstbeitrages der gesetzlichen Rentenversicherung der Angestellten.
 - b) Auf Antrag beträgt die Versorgungsabgabe mindestens 40 v.H. des 30fachen jeweiligen Höchstbeitrages der Deutschen Rentenversicherung.
 - c) Der Berechnung der Versorgungsabgabe werden auf Antrag die Einkünfte aus beruflicher Tätigkeit, die im vorletzten Kalenderjahr erzielt worden sind, zugrunde gelegt und aus diesen und dem jeweils nach § 158 Absatz 1 SGB VI maßgebenden Beitragsatz die Versorgungsabgabe errechnet. In Härtefällen können auf Antrag die zu erwartenden Einkünfte des letzten Jahres zugrunde gelegt werden. Die Versorgungsabgabe muss jedoch mindestens 10 % des Betrages entsprechen, der sich aus dem Beitragssatz des § 158 Absatz 1 SGB VI und der Beitragsbemessungsgrenze nach § 159 SGB VI ergibt. Der Nachweis über die Einkünfte aus beruflicher Tätigkeit ist durch Vorlage einer Bescheinigung des Finanzamtes oder eines Bevollmächtigten (Steuer-

berater oder Steuerbevollmächtigter), der das Mitglied nach den Steuergesetzen vertreten kann, zu erbringen.

- d) Auf Antrag wird für die ersten 36 Monate der Niederlassung die Versorgungsabgabe auf 10 Prozent der Abgabe nach Absatz 3 Buchstabe a) festgesetzt. Das Mitglied kann während dieser Zeit hiervon Abstand nehmen. Eine Nachentrichtung der Versorgungsabgaben innerhalb eines Jahres ist bis zum Höchstbeitrag möglich. Ist der Versorgungsfall bereits eingetreten, so ist eine Nachentrichtung der Versorgungsabgaben ausgeschlossen.
 - e) Nicht niedergelassene Mitglieder, die auf Honorarbasis arbeiten, entrichten Versorgungsabgaben nach Maßgabe der Buchstaben a) bis c).
- (3) Angestellte, nicht niedergelassene Ärzte
- a) Die Versorgungsabgabe wird aus einem Hundertsatz des Brutto-Arbeitsentgeltes berechnet, der dem Beitragssatz nach § 158 Absatz 1 SGB VI entspricht. Der Hundertsatz ist höchstens aus einem Betrag zu zahlen, der der jeweiligen Beitragsbemessungsgrenze der Deutschen Rentenversicherung nach § 159 SGB VI gleichkommt. Liegt der Errechnung der Versorgungsabgabe kein Arbeitsentgelt (z.B. Arbeitslosengeld, Krankengeld oder sonstige Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB)) oder ein Arbeitsentgelt, das unter dem der Beitragsbemessungsgrenze liegt, zugrunde, sind dafür Beiträge zu zahlen, wie sie an die Deutsche Rentenversicherung zu entrichten wären, mindestens jedoch 10 % der Höchstabgabe.
 - b) Beamte auf Widerruf, auf Zeit und auf Probe leisten auf Antrag für die Dauer dieses Beamtenverhältnisses als Versorgungsabgabe 10 % der Höchstabgabe, die sich aus dem Beitragssatz des § 158 Absatz 1 SGB VI und der Beitragsbemessungsgrenze nach § 159 SGB VI ergibt. Das gleiche gilt für Sanitätsoffiziere, die als Berufssoldaten oder Soldaten auf Zeit tätig sind. Im Falle einer Nachversicherung nach Beendigung des Beamtenverhältnisses findet § 13 Anwendung.
 - c) Auf Antrag wird die Versorgungsabgabe auf 10 Prozent der Versorgungspflichtabgabe herabgesetzt, wenn das Mitglied nach mindestens dreijähriger Zugehörigkeit zur Deutschen Rentenversicherung von der Freistellungsmöglichkeit nach § 6 Absatz 1 SGB VI keinen Gebrauch macht, oder das Mitglied nach der Verbeamtung auf Lebenszeit die Mitgliedschaft fortsetzt. Das Mitglied kann vor Vollendung des 45. Lebensjahres hiervon zurücktreten und ab dem ersten des darauffolgenden Monats eine Versorgungsabgabe nach Buchstabe a) leisten.
 - d) Angestellte, nicht niedergelassene Ärzte, die zur Erfüllung der Wehrpflicht einberufen und wegen der Mitgliedschaft in der Versorgungseinrichtung gemäß § 6 Absatz 1 SGB VI von der Versicherungspflicht zur Deutschen Rentenversicherung befreit sind, leisten während der Zeit des Wehrdienstes eine Versorgungsabgabe in der Höhe, wie sie nach den jeweiligen Bestimmungen des Arbeitsplatzschutzgesetzes bzw. des Unterhaltssicherungsgesetzes vom bisherigen Arbeitgeber übernommen wird bzw. von der zuständigen Wehrbereichsverwaltung zu zahlen ist. Nicht von der Versicherungspflicht zur Deutschen Rentenversicherung Befreite leisten eine Versorgungsabgabe

gemäß Buchstabe c), höchstens jedoch eine Abgabe in der Höhe, in der ihnen während der Wehrpflichtzeit Beiträge von dritter Seite zu gewähren sind. Entsprechendes gilt für den zivilen Ersatzdienst oder den Pflichtdienst im zivilen Bevölkerungsschutz.

- e) Angestellte, nicht niedergelassene Ärztinnen, auf die das Gesetz zum Schutze der erwerbstätigen Mutter (Mutterschutzgesetz) Anwendung findet, werden auf Antrag für die Zeit der gesetzlich vorgeschriebenen Beschäftigungsverbote vor und nach der Entbindung von der Zahlung der Versorgungsabgaben befreit. Das gleiche gilt in den drei der Geburt des Kindes folgenden Jahren, sofern keine oder nur geringfügige berufliche Tätigkeit ausgeübt wird.
 - f) Von der Versicherungspflicht zur Deutschen Rentenversicherung nach § 6 Absatz 1 SGB VI befreite Mitglieder, die Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe oder Unterhaltsgeld beziehen, haben für diese Zeiten den Beitrag als Versorgungsabgabe zu zahlen, der ohne diese Befreiung an die gesetzliche Rentenversicherung zu entrichten wäre.
 - g) Einnahmen aus Tätigkeiten als angestellter Notarzt im Rettungsdienst sind nicht beitragspflichtig, wenn diese Tätigkeiten neben
 1. einer Beschäftigung mit einem Umfang von regelmäßig mindestens 15 Stunden wöchentlich außerhalb des Rettungsdienstes oder
 2. einer Tätigkeit als zugelassener Vertragsarzt oder als Arzt in privater Niederlassung ausgeübt werden.
- (4) Mitglieder, die aus der Pflichtversicherung ausgeschieden sind und von der freiwilligen Weiterversicherung gem. § 2 Absatz 6 Gebrauch machen, zahlen, sofern sie
- a) der Gruppe der niedergelassenen Ärzte angehören, eine Versorgungsabgabe nach Absatz 2. Übt der Arzt keine ärztliche Tätigkeit aus, so sind mindestens 10 % der Versorgungsabgabe zu entrichten.
 - b) als Praxisvertreter tätig sind, eine Versorgungsabgabe, die sich aus dem Beitragssatz nach § 158 Absatz 2 SGB VI und der angegebenen Höhe der Einkünfte ergibt. Der Hundertsatz ist höchstens aus einem Betrag zu zahlen, der der jeweiligen Beitragsbemessungsgrenze der Deutschen Rentenversicherung nach § 159 SGB VI gleichkommt.
 - c) der Gruppe der angestellten, nicht niedergelassenen Ärzte angehören, eine Versorgungsabgabe nach Absatz 3. Ärzte die zur Pflichtmitgliedschaft in der Versorgungseinrichtung ihres neuen Arbeitsplatzes herangezogen werden, zahlen auf Antrag 10 % der Höchstabgabe, die sich aus dem Beitragssatz nach § 158 Absatz 1 SGB VI und der Beitragsbemessungsgrenze nach § 159 SGB VI ergibt, sofern eine Überleitung von bisher gezahlten Versorgungsabgaben nicht erfolgt.
 - d) Mitglieder nach Buchstabe a) und c) werden auf Antrag in die ihrer neuen Tätigkeit entsprechende Mitgliedsgruppe eingestuft.
 - e) Mitglieder, auf die § 2 Absatz 8 zweiter Satz dieser Satzung Anwendung findet, zahlen eine Versorgungsabgabe, die sich aus dem Beitragssatz nach § 158 Absatz 1 SGB VI

und 1/10 der Beitragsbemessungsgrenze nach § 159 SGB VI ergibt. Diese Regelung findet auch Anwendung auf deutsche Staatsangehörige, sofern sie außerhalb des Geltungsbereiches des Grundgesetzes berufstätig sind.

- (5) Die Mitglieder können bis zu dem sich aus Absatz 6 ergebenden zulässigen Höchstbeitrag zusätzliche Abgaben entrichten. Diese Abgaben werden bei der Ermittlung der Anwartschaften wie Versorgungspflichtabgaben behandelt.
- (6) Die Pflichtabgaben nach Absatz 2 und 3 und die freiwilligen zusätzlichen Abgaben (Absatz 5) dürfen für das Kalenderjahr das Dreißigfache des jeweiligen Höchstsatzes der Deutschen Rentenversicherung nicht übersteigen.
- (7) Stellt ein Mitglied Antrag auf Gewährung der Berufsunfähigkeitsrente nach § 14 Absatz 2 der Satzung, kann es nach Antragstellung keine zusätzlichen oder freiwilligen Versorgungsabgaben entrichten.
- (8) Die Versorgungsabgabe ist in monatlichen Teilbeträgen jeweils bis zum Fünfzehnten des folgenden Monats zu zahlen.
- (9) Die Abgabepflicht erlischt mit dem Ende des Monats, in dem der Versorgungsfall eintritt oder die Mitgliedschaft endet.
- (10) Auf Antrag kann der Verwaltungsrat gegen Vorlage entsprechender Unterlagen rückständige Versorgungsabgaben ganz oder teilweise erlassen bzw. von der Erhebung zukünftiger Versorgungsabgaben ganz oder teilweise zeitlich befristet absehen. Der Erlass bewirkt eine Ermäßigung der Rentenansprüche nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Eine Nachentrichtung für das laufende Geschäftsjahr ist im Rahmen der Bestimmungen des § 12 Absatz 6 der Satzung möglich.
- (11) Abgaben, die trotz Fälligkeit und Mahnung nicht entrichtet werden, sind gemäß § 15 Absatz 2 des Landesgesetzes über die Kammern der Ärzte pp. (Heilberufsgesetz-HeilBG) vom 20. Oktober 1978 (GVBl. S. 649) in Verbindung mit den Bestimmungen des Landesverwaltungsvollstreckungsgesetzes Beitreibung zu lassen. Die Beitreibung erfolgt auf Ersuchen der Versorgungseinrichtung. Vollstreckungsbehörde ist die Gemeindeverwaltung der verbandsfreien Gemeinde, die Verbandsgemeindeverwaltung sowie in kreisfreien und großen kreisangehörigen Städten die Stadtverwaltung, in deren Gebiet der Schuldner seine Hauptwohnung hat.
- (12) Wenn bei Eintritt des Versorgungsfalles ein Mitglied mit der Zahlung einer fälligen Versorgungsabgabe, mit Zinsen oder Kosten im Rückstand ist, so ist die Versorgungseinrichtung in Höhe ihrer rückständigen Forderungen von der Verpflichtung zur Leistung befreit. Dies gilt auch für gestundete Forderungen.
- (13) Außer der Beitreibung nach Absatz 11 kann die Versorgungseinrichtung bei Mitgliedern nach § 2 Absatz 7 der Satzung die Mitgliedschaft kündigen.
 - a) Wenn das Mitglied die Versorgungsabgabe trotz Fälligkeit und Mahnung nicht zahlt, kann die Versorgungseinrichtung auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens 2 Wochen bestimmen. Dabei sind die Rechtsfolgen anzugeben, die mit

Ablauf der Frist verbunden sind. Eine Fristbestimmung, die ohne Beachtung dieser Vorschriften erfolgt ist, ist unwirksam.

- b) Die Versorgungseinrichtung kann nach Ablauf der Frist, wenn das Mitglied mit der Zahlung in Verzug ist, die Mitgliedschaft ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Die Kündigung kann bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist dergestalt erfolgen, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn das Mitglied in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzug ist; hierauf ist das Mitglied bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn das Mitglied innerhalb eines Monats nach Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden ist, innerhalb eines Monats nach Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versorgungsfall bereits eingetreten ist.
 - c) Soweit die vorbezeichneten Rechtsfolgen davon abhängen, dass Zinsen oder Kosten nicht gezahlt worden sind, treten sie nur ein, wenn mit der Fristbestimmung auch die Höhe der Zinsen und Kosten mitgeteilt wird.
 - d) Wird die Mitgliedschaft wegen nicht rechtzeitiger Zahlung der Versorgungsabgaben gekündigt, so sind die Versorgungsabgaben bis zur Beendigung der Mitgliedschaft zu zahlen.
 - e) Bei dem gekündigten Mitglied sind die Bestimmungen des § 18 der Satzung anzuwenden.
- 14) Mitglieder haben der Versorgungseinrichtung gegenüber jederzeit die zur Erfüllung des Einrichtungszwecks notwendigen Angaben in Bezug auf ihre Berufseinkünfte zu machen. Die Versorgungseinrichtung ist berechtigt, die Angaben zu prüfen und die Vorlage geeigneter Nachweise zu verlangen.

§ 13 Nachversicherung

- (1) Wird von Ärzten, die aus ihrer bisherigen Betätigung als Beamter oder aus beamtenähnlichen Verhältnissen ausscheiden, ein Antrag auf Nachversicherung bei der Versorgungseinrichtung gestellt, so wird die Nachversicherung durchgeführt. Die Nachversicherung können beantragen Ärzte, die
- a) unmittelbar vor Beginn der Nachversicherungszeit Mitglied der Versorgungseinrichtung waren oder
 - b) während der Dauer eines Beamten- bzw. beamtenähnlichen Verhältnisses als Mitglied der Versorgungseinrichtung angehörten oder
 - c) im Laufe der Nachversicherungszeit die Voraussetzungen für die Mitgliedschaft erfüllt haben oder
 - d) unmittelbar im Anschluss an die Nachversicherungszeit die Voraussetzungen für die Begründung der Pflichtmitgliedschaft erfüllen.

- (2) Die Versorgungseinrichtung nimmt die Nachversicherungsbeiträge entgegen. Sie werden so behandelt, als ob sie als Versorgungsabgaben im Sinne des § 12 rechtzeitig und in der Zeit entrichtet worden wären, für welche die Nachversicherung durchgeführt wird; dies gilt nicht für jene Beitragsanteile, die sich aus der Erhöhung des für die Nachversicherung zugrunde zu legenden Entgeltes gem. § 181 Absatz 4 SGB VI ergeben. Hat das Mitglied in der Zeit, für welche die Nachversicherung durchgeführt wird, Versorgungsabgaben entrichtet, so werden diese, soweit dadurch, mit Ausnahme der aus der Erhöhung gem. § 181 Absatz 4 SGB VI resultierenden Beitragsanteilen, die Versorgungspflichtabgabe der einzelnen Jahre überschritten wird, auf Antrag innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Bekanntgabe des Mehrbetrages erstattet. Erfolgt eine Erstattung nicht, so werden diese Abgaben als zusätzliche Abgaben im Sinne des § 12 Absatz 5 angesehen.
- (3) Der Nachversicherte gilt rückwirkend für die Dauer der Nachversicherung als Mitglied der Versorgungseinrichtung. Der Eintritt des Versorgungsfalles steht der Nachversicherung nicht entgegen.

§ 14 Leistungen

- (1) Die Leistungen bestehen in Berufsunfähigkeits-, Alters-, Witwer- und Waisenrenten. Außerdem können zur Wiederherstellung der Berufsfähigkeit Leistungen gewährt werden.
- (2) Berufsunfähigkeitsrente:
 - a) Berufsunfähigkeitsrente erhält ein Mitglied auf schriftlichen Antrag, das berufsunfähig und noch nicht in die Altersrente eingewiesen ist. Ein Antrag gilt als gestellt mit Vorliegen des vollständig ausgefüllten Antragsformulars der Versorgungseinrichtung. Berufsunfähig ist ein Mitglied, das infolge von Krankheit oder anderen Gebrechen oder von Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte eine ärztliche Tätigkeit dauernd oder vorübergehend in gewisser Regelmäßigkeit nicht mehr ausüben und hierdurch nicht mehr als nur geringfügige Einkünfte erzielen kann. Die Berufsunfähigkeit wird durch zwei voneinander unabhängige ärztliche Gutachter festgestellt. Je ein Gutachter wird vom Antragsteller und vom Verwaltungsrat bestellt. Das Gutachten des Antragstellers ist nach dem von der Versorgungseinrichtung herausgegebenen Formblatt zu erstellen. Kommt der Verwaltungsrat auf Grund des vom Antragsteller beigebrachten Gutachtens zu der Überzeugung, dass Berufsunfähigkeit vorliegt, so kann er auf die Einholung des zweiten Gutachtens verzichten. Bei abweichender Beurteilung der beiden Gutachter oder im Falle des Widerspruchs des Antragstellers gegen den seinen Antrag ablehnenden Bescheid wird von dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates ein Obergutachter bestellt, der nicht Mitglied der Versorgungseinrichtung sein darf. Der Verwaltungsrat kann Nachuntersuchungen der Berufsunfähigen veranlassen. Das Gutachterverfahren ist das gleiche wie bei der Invalidisierung.
 - b) Die Berufsunfähigkeitsrente wird angestellten Ärzten frühestens mit der Beendigung oder dem Ruhen des Arbeitsverhältnisses gezahlt. Die Vorlage einer Bescheinigung des Arbeitgebers über die Beendigung bzw. das Ruhen des Arbeitsverhältnisses ist als Nachweis notwendig und maßgeblich im Hinblick auf den Zeitpunkt der Gewährung

der Berufsunfähigkeitsrente. Niedergelassene Ärzte erhalten Berufsunfähigkeitsrente frühestens mit Beendigung bzw. Ruhen der Ermächtigung, Beteiligung bzw. Zulassung zur Behandlung von Mitgliedern der Vertragskassen. Ärzte, die keine ärztliche Tätigkeit ausüben, erhalten die Berufsunfähigkeitsrente frühestens mit dem Zeitpunkt der Antragstellung. § 15 Absatz 7 findet Anwendung. Wird der Versorgungsfall durch einen Dritten herbeigeführt und steht dem Versorgungsberechtigten hieraus ein Schadensersatzanspruch zu, ist er verpflichtet, diesen Anspruch an die Versorgungseinrichtung abzutreten, soweit ihm Leistungen gewährt wurden. Gibt der Versorgungsberechtigte einen solchen Anspruch auf, wird die Versorgungseinrichtung von der Pflicht zur Gewährung von Versorgungsleistungen insoweit frei, als sie durch Abtretung hätte Ersatz erlangen können.

- c) Kinderzulage wird an berufsunfähige Mitglieder nach Maßgabe der für die Gewährung von Waisenrenten geltenden Vorschriften des Absatzes 5 gezahlt. Voraussetzung ist jedoch, dass das Mitglied für das betreffende Kind Sorge trägt. Falls kein Unterhalt geleistet wird und ein Dritter die Sorge für das Kind übernimmt, steht die Kinderzulage dem Dritten zu.
- d) § 12 Abs. 7 findet Anwendung. Wird die Berufsunfähigkeit vorsätzlich herbeigeführt, entsteht kein Anspruch auf Gewährung der Berufsunfähigkeitsrente.
- e) Die Gewährung der Berufsunfähigkeitsrente setzt die Entrichtung von Versorgungsabgaben von mindestens 12 Monaten an die Versorgungseinrichtung Trier oder ein anderes Berufsständisches Versorgungswerk in der Bundesrepublik Deutschland voraus. Die Wartezeit von 12 Monaten gilt nicht für Mitglieder, bei denen die Berufsunfähigkeit aufgrund eines Unfalls eingetreten ist.
- f) Berufsunfähigkeitsrentner, die die Regelaltersgrenze nach Absatz 3 Buchstabe a) überschreiten, werden als Altersrentner geführt.

(3) Altersrente:

- a) Jedes Mitglied hat mit Vollendung des 67. Lebensjahres Anspruch auf lebenslange Altersrente. Die Regelaltersgrenze wird beginnend mit dem Geburtsjahrgang 1947 ab 01.01.2012 bis 2023 schrittweise nach Maßgabe nachstehender Tabelle von 65 auf 67 angehoben.

Jahrgang	Rentenbeginnalter	
	Jahr	Monat
1947	65	2
1948	65	4
1949	65	6
1950	65	8
1951	65	10
1952	66	0
1953	66	2
1954	66	4

1955	66	6
1956	66	8
1957	66	10
ab 1958	67	0

- b) Auf Antrag kann die Altersrente um maximal 60 Monate, ausgehend von der Regelaltersgrenze nach Buchstabe a), vorgezogen werden. Der Abschlag als Ausgleich für diese frühere Inanspruchnahme und der damit längeren Laufzeit der Rente beträgt für jeden Monat, um den der Rentenbeginn vorgezogen wird, 0,4 %-Punkte des beim tatsächlichen Rentenbeginn erreichten Anspruchs. Wurde die Mitgliedschaft im System der berufsständischen Versorgung nach dem 31.12.2011 erworben, kann ungeachtet der Regelung im Satz 1 die Altersrente frühestens mit Vollendung des 62. Lebensjahres gewährt werden.
- c) Auf Antrag wird der Beginn der Rentenzahlung über die Regelaltersgrenze hinaus aufgeschoben, jedoch längstens bis zur Vollendung des 72. Lebensjahres. Die gegebenenfalls gezahlten Versorgungsabgaben sowie die nicht in Anspruch genommenen Altersrentenbeträge werden pro Kalenderjahr als Jahresbeitrag angesehen.

Alter, in dem die Zahlung erfolgte und die Rente nicht in Anspruch genommen wurde	Für je 1.000 € im Jahr nicht in Anspruch genommene Rente bzw. gezahlten Beitrag erhöht sich die monatliche Rente um
65	4,50 €
66	4,58 €
67	4,67 €
68	4,76 €
69	4,86 €
70	4,97 €
71	5,09 €
72	5,22 €

- d) Kinderzulage wird gewährt unter denselben Voraussetzungen und in demselben Umfange wie bei den berufsunfähigen Mitgliedern (Absatz 2, Buchstabe c)).
- e) Auf schriftlichen Antrag können Leistungen nach den Bestimmungen des § 14 Absatz 3, Buchstabe a) bis c) als Teilrente von 30%, 50% oder 70% aus den bis zum Beginn der Teilrente erworbenen Ansprüchen nach den Bestimmungen des § 15 der Satzung gewährt werden; ein weiterer Rentenanspruch ist nur bezüglich des gesamten zur Vollrente noch fehlenden Teiles zulässig.
Die beiden Rentenanteile sind als selbständige Leistungen im Sinne dieser Satzung zu behandeln.

(4) Witwerrente:

- a) Der hinterbliebene Ehegatte eines Mitgliedes erhält auf Antrag Witwerrente, sofern die Eheschließung
1. bis zum 31. Dezember 1966 spätestens vor dem vollendeten 60. Lebensjahr,
 2. ab dem 1. Januar 1967 spätestens vor dem vollendeten 65. Lebensjahr des Mitgliedes und vor Eintritt der Berufsunfähigkeit erfolgte und die Ehe bei seinem Tode noch bestand.
- b) Unbeschadet der Regelung nach Buchstabe d) entfällt für einen hinterbliebenen Ehegatten, der wieder heiratet, die Witwerrente. Der Anspruch auf Rente erlischt mit dem Ablauf des Monats, in dem eine Wiederverheiratung stattgefunden hat.
- c) Ein hinterbliebener Ehegatte, der wieder heiratet, erhält auf Antrag folgende Kapitalabfindung:
1. bei Wiederverheiratung vor Vollendung des 35. Lebensjahres den sechzigfachen Betrag der zuletzt bezogenen Monatsrente,
 2. bei Wiederverheiratung bis zum vollendeten 45. Lebensjahr den achtundvierzigfachen Betrag der zuletzt bezogenen Monatsrente,
 3. bei Wiederverheiratung nach Vollendung des 45. Lebensjahres den sechsunddreißigfachen Betrag der zuletzt bezogenen Monatsrente.
- f) Ist bei Wiederverheiratung eine Kapitalabfindung nach Buchstabe c) nicht erfolgt, so lebt der Anspruch auf die Witwerrente mit Ablauf des Monats, in dem die Ehe aufgelöst oder für nichtig erklärt ist, für den Fall wieder auf, dass die zuletzt geschlossene Ehe geschieden, aufgehoben oder für nichtig erklärt wurde, sofern der Antrag spätestens sechs Monate nach der Auflösung oder der Nichtigkeitserklärung der Ehe gestellt ist. Für den Fall, dass die Ehe durch Tod des Partners endet, mit dem die zuletzt bestehende Ehe eingegangen wurde, gilt das entsprechende.
- e) Die Bestimmungen des Absatzes 4 gelten entsprechend für eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaften.

(5) Waisenrente:

Waisenrente erhalten eheliche und für ehelich erklärte sowie gemäß den Bestimmungen des Adoptionsrechtes angenommene Kinder des Mitgliedes, sofern die Eheschließung oder die Ehelichkeitserklärung vor oder während der Dauer der Mitgliedschaft,

a) bis zum 31. Dezember 1966 spätestens vor dem vollendeten 60. Lebensjahr,

b) ab dem 1. Januar 1967 spätestens vor dem vollendeten 65. Lebensjahr,

erfolgte. Waisenrente erhalten ebenfalls uneheliche Kinder von Mitgliedern. Die Rente wird bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres gewährt. Über diesen Zeitpunkt hinaus wird sie denjenigen Kindern gewährt, die sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden,

ein freiwilliges soziales Jahr im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen sozialen Jahres leisten, ein freiwilliges ökologisches Jahr leisten, oder die bei Vollendung des 18. Lebensjahres infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen außerstande sind, sich selbst zu unterhalten, solange dieser Zustand dauert. Die Waisenrente wird längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres gewährt. Dabei gelten Zeiträume zwischen jeweils zwei Ausbildungsabschnitten und die Zeit zwischen Schulausbildung und Beginn des gesetzlichen Grundwehrdienstes, des freiwilligen Bundeswehrdienstes bzw. des Bundesfreiwilligendienstes bis zu einer Gesamtdauer von höchstens 12 Monaten als Ausbildungszeit, sofern während dieser Zeiträume keine Einkünfte erzielt werden, die über dem Betrag liegen, der nach dem Bundes-Kindergeldgesetz für die Zahlung von Kindergeld nicht überschritten sein darf. Im Falle der Unterbrechung oder Verzögerung der Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung der gesetzlichen Wehr- oder Ersatzdienstpflicht, der Ableistung des freiwilligen Bundeswehrdienstes bzw. Ableistung des Bundesfreiwilligendienstes des Kindes wird die Waisenrente auch für einen der Zeit dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 27. Lebensjahr hinaus gewährt.

(6) Maßnahmen zur Wiederherstellung der Berufsfähigkeit:

- a) Ist die Berufsfähigkeit eines Mitgliedes infolge von Krankheit oder anderen Gebrechen oder Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte nachhaltig gemindert oder aufgehoben und kann sie voraussichtlich wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden, so kann die Versorgungseinrichtung auf Antrag einen Zuschuss zu den Kosten notwendiger Maßnahmen zur Wiederherstellung der Berufsfähigkeit gewähren. Der Antrag ist vor Einleitung der Maßnahmen zu stellen.
- b) Für die Zeit, in der die Versorgungseinrichtung einen Zuschuss zu den Kosten notwendiger Maßnahmen zur Wiederherstellung der Berufsfähigkeit gewährt, kann dem Mitglied auf Antrag, sofern es keine Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit hat, unbeschadet der Bestimmungen in Absatz 2 Buchstabe a) ein Zuschuss in Höhe der Berufsunfähigkeitsrente gewährt werden.
- c) Soweit nach Gesetz oder Satzung für die Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen ein Träger der Sozialversicherung oder eine sonstige durch Gesetz verpflichtete Stelle, insbesondere eine Berufsgenossenschaft, die Kriegsopferversorgung oder die Bundesagentur für Arbeit zuständig ist, bleibt eine Kostenbeteiligung durch die Versorgungseinrichtung außer Betracht. Das gilt auch, wenn ein Mitglied als Beamter oder Angestellter im öffentlichen Dienst Anspruch auf Beihilfe oder Tuberkulosehilfe hat.
- d) Die Entscheidung über die Zuschüsse trifft der Verwaltungsrat unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalles.

(7) Renten, die einen Monatsbetrag in Anlehnung an § 93 Absatz 2 Satz 3 Einkommensteuergesetz in der Fassung des Alterseinkünftegesetzes von einem Prozent der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV nicht übersteigen, werden auf Antrag des Berechtigten in Höhe von 60% der eingezahlten Versorgungsabgaben ohne Zinsen abgefunden.

- (8) Die Ansprüche nach den Absätzen 2 bis 5 verjähren in drei Jahren, gerechnet vom Ende des Jahres an, in dem der Anspruch entstanden ist. Diese Regelung findet auf Absatz 4 Buchstabe d) keine Anwendung.

§ 15 Höhe der Altersrente, der Berufsunfähigkeitsrente und der Hinterbliebenenrente

1. Der Jahresbetrag der Altersrente bzw. der Anwartschaft auf Altersrente ergibt sich aus dem Produkt der Rentenbemessungsgrundlage nach § 17 mit
 - a) der Summe der von Beginn der Mitgliedschaft bis zum 31.12.2013 aus Versorgungsabgabenzahlungen erworbenen monatlichen Beitragsquotienten gemäß Absatz 3, multipliziert mit dem eintrittsalterabhängigen Multiplikator gemäß Absatz 2, Tabelle 1 und
 - b) der Summe der vom 01.01.2014 bis zum Stichtag der Rentenberechnung aus Versorgungsabgabenzahlungen erworbenen monatlichen Beitragsquotienten gemäß Absatz 3, multipliziert mit dem eintrittsalterabhängigen Multiplikator gemäß Absatz 2, Tabelle 2;
 - c) dem eintrittsalterabhängigen Multiplikator gemäß Abs. 2, Tabelle 2, dem persönlichen durchschnittlichen Zurechnungsquotienten gem. Abs. 4 und der Monate ab dem Stichtag der Rentenberechnung bis zur Vollendung der jeweiligen Regelaltersgrenze nach § 14 Absatz 3 Buchstabe a) sowie
 - d) dem eintrittsalterabhängigen Multiplikator gemäß Absatz 2, Tabelle 2, dem persönlichen durchschnittlichen Zurechnungsquotienten gem. Absatz 4 und den Monaten, in denen eine Berufsunfähigkeitsrente bezogen wurde, wenn nach diesem Bezug erneut eine Beitragspflicht entstanden ist (Zuteilung). Die Berufsunfähigkeitsrente beträgt bei Eintritt der Berufsunfähigkeit bis zum vollendeten Lebensalter gemäß nachstehender Tabelle 64 % der Anwartschaft auf Altersrente. Bei Eintritt der Berufsunfähigkeit ab dem vollendeten Lebensalter gemäß nachstehender Tabelle erhöht sich der Prozentsatz um 0,60 %-Punkte für jeden Monat zwischen dem vollendeten Lebensalter gemäß nachstehender Tabelle und dem Eintritt der Berufsunfähigkeit.

Jahrgang	Rentenbeginnalter	
	Jahr	Monat
bis 1946	60	0
1947	60	2
1948	60	4
1949	60	6
1950	60	8
1951	60	10
1952	61	0
1953	61	2
1954	61	4
1955	61	6
1956	61	8
1957	61	10
ab 1958	62	0

Beginnend ab dem 01.01.2009 wird ein Generationenfaktor eingeführt. Er liegt für den Geburtsjahrgang 1944 bei 100 % der Anwartschaft und verringert sich für jeden nachfolgenden Jahrgang um 0,25 %-Punkte pro Jahrgang, bis er einen Abzug von 3,75 % - Punkten erreicht hat, d.h.

Jahrgang	Generationenfaktor
bis 1944	100,00 %
1945	99,75 %
1946	99,50 %
1947	99,25 %
1948	99,00 %
1949	98,75 %
1950	98,50 %
1951	98,25 %
1952	98,00 %
1953	97,75 %
1954	97,50 %
1955	97,25 %
1956	97,00 %
1957	96,75 %
1958	96,50 %
ab 1959	96,25 %

- (2) Der vom Eintrittsalter abhängige Multiplikator ergibt sich bis zum 31.12.2013 gemäß nachfolgender Tabelle:

<u>Eintrittsalter des Mitgliedes</u>	<u>Multiplikator</u>
20 und jünger	1,964
21	1,943
22	1,921
23	1,900
24	1,879
25	1,857
26	1,836
27	1,814
28	1,793
29	1,771
30	1,750
31	1,729
32	1,707
33	1,686
34	1,664
35	1,643
36	1,621
37	1,600
38	1,579
39	1,557

40	1,536
41	1,514
42	1,493
43	1,471
44	1,450
45	1,429
46	1,407
47	1,386
48	1,364
49	1,343
50	1,321
51	1,300
52	1,279
53	1,257
54	1,236
55	1,214
56	1,193
57	1,171
58	1,150
59	1,129
60	1,107
61	1,086
62	1,064
63	1,043
64	1,021
65	1,000
66	1,000
67	1,000

und ab dem 01.01.2014 gemäß nachstehender Tabelle 2:

„Eintrittsalter des Mitgliedes Multiplikator

<i>20 und jünger</i>	<i>1,320</i>
<i>21</i>	<i>1,304</i>
<i>22</i>	<i>1,288</i>
<i>23</i>	<i>1,273</i>
<i>24</i>	<i>1,257</i>
<i>25</i>	<i>1,242</i>
<i>26</i>	<i>1,228</i>
<i>27</i>	<i>1,213</i>
<i>28</i>	<i>1,199</i>
<i>29</i>	<i>1,184</i>
<i>30</i>	<i>1,170</i>
<i>31</i>	<i>1,157</i>
<i>32</i>	<i>1,143</i>
<i>33</i>	<i>1,130</i>
<i>34</i>	<i>1,117</i>
<i>35</i>	<i>1,104</i>

36	1,091
37	1,078
38	1,066
39	1,054
40	1,042
41	1,030
42	1,019
43	1,008
44	0,997
45	0,986
46	0,976
47	0,965
48	0,955
49	0,946
50	0,936
51	0,927
52	0,917
53	0,909
54	0,900
55	0,892
56	0,884
57	0,876
58	0,869
59	0,863
60	0,857
61	0,852
62	0,847
63	0,844
64	0,841
65	0,840
66	0,839
67	0,838

Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr des Eintritts des Mitgliedes in die Versorgungseinrichtung und seinem Geburtsjahr.

- (3) Die durch Versorgungsabgabenzahlungen erworbenen monatlichen Beitragsquotienten gemäß Absatz 1 Buchstabe a) und b) ergeben sich, indem für jeden Monat der Quotient gebildet wird zwischen den in diesem Monat gezahlten Versorgungsabgaben und dem in diesem Monat geltenden Höchstbeitrag in der Deutschen Rentenversicherung, wobei die Berechnung bis auf vier Stellen nach dem Komma mit kaufmännischer Rundung erfolgt. Die Summe dieser durch Versorgungsabgabenzahlungen erworbenen monatlichen Beitragsquotienten geteilt durch die Anzahl der bisherigen Monate der Mitgliedschaft ergibt den persönlichen durchschnittlichen Beitragsquotienten.
- (4) Der persönliche durchschnittliche Zurechnungsquotient gem. Absatz 1 Buchstabe c) und d), wird wie folgt ermittelt: Die Summe der durch Versorgungsabgabenzahlungen er-

worbenen Beitragsquotienten wird um die Beitragsquotienten vermindert, die auf Zeiten, in denen wegen der gesetzlich vorgeschriebenen Beschäftigungsverbote nach dem Mutterschutzgesetz bzw. während der Kinderbetreuungszeiten keine oder nur geringfügige Versorgungsabgaben gezahlt wurden, entfallen. Die Summe der Monate, in denen eine Mitgliedschaft bestand, wird ebenfalls um die betreffenden Kalendermonate vermindert.

Ferner werden die Monate, in denen eine Berufsunfähigkeitsrente bezogen wurde, wenn nach diesem Bezug erneut eine Beitragspflicht entstanden ist, abgezogen. Die verminderte Summe der durch Versorgungsabgabenzahlungen erworbenen Beitragsquotienten wird durch die verbliebene Anzahl der Monate geteilt. Das Ergebnis dieser Division ist der persönliche durchschnittliche Zurechnungsquotient; er wird bis auf vier Stellen nach dem Komma mit kaufmännischer Rundung ermittelt.

- (5) Die Witwerrente beträgt 60 Prozent der Altersrente bzw. Anwartschaft auf Altersrente. Bei in die Berufsunfähigkeitsrente Eingewiesenen beträgt die Witwerrente 60 % der bei Einweisung bestehenden Anwartschaft auf Altersrente, die entsprechend der laufenden Rente zu dynamisieren ist. War der überlebende Ehegatte mehr als 20 Jahre jünger als das verstorbene Mitglied, so wird die Witwerrente für jedes angefangene Jahr des Altersunterschiedes über 20 Jahre um 5 v.H. gekürzt, jedoch höchstens um 50 v.H. Nach 5jähriger Dauer der Ehe werden für jedes angefangene Jahr ihrer weiteren Dauer dem gekürzten Betrag 5 v.H. der Witwerrente hinzugesetzt, bis der volle Rentenbetrag wieder erreicht ist.
- (6) Die Kinderzulage zur Berufsunfähigkeits- und Altersrente sowie die Waisenrente betragen je Kind 40 % der für das Mitglied maßgeblichen Rente, höchstens jedoch das 19-fache der Rentenbemessungsgrundlage. Für Berufsunfähigkeitsrentenbezieher entspricht die zur Berechnung zugrunde zu legende maßgebliche Rente 100 % der bei Einweisung erreichten Anwartschaft auf Altersrente, die entsprechend der laufenden Renten zu dynamisieren ist.
- (7) Alle Leistungen beginnen und enden am 1. des Monats, der auf das Ereignis folgt, das den Anspruch bedingt oder zum Erlöschen bringt.
- (8) Renten und Anwartschaften auf Renten können weder übertragen noch verpfändet oder beliehen werden.
- (9) Werden einem Mitglied, dem die Berufsunfähigkeitsrente gewährt wurde, Beiträge aus der Pflegeversicherung gutgeschrieben, werden diese bei der Berechnung der Altersrente entsprechend berücksichtigt. Näheres regelt der Technische Geschäftsplan.
- (10) Ist ein früheres Mitglied, das noch nicht in die Rente eingewiesen ist, bei Eintritt des Versorgungsfalles (Berufsunfähigkeit oder Tod) beitragspflichtiges Mitglied eines anderen auf Gesetz beruhenden Versorgungsträgers im Geltungsbereich der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 (mit Ausnahme der Deutschen Rentenversicherung), wird statt der sich aus dem beitragsfreien Anspruch ergebenden Rente ein höherer, auf das Versorgungswerk entfallender Anteil einer Rente gewährt, sofern auch die anderen beteiligten Versorgungsträger ihre Versorgungsleistungen nach dieser Regelung berechnen. Dieser

Anteil ergibt sich entsprechend dem Verhältnis der Mitgliedschaftszeit in der Versorgungseinrichtung der Bezirksärztekammer Trier zur gesamten bis zum Leistungsfall zurückgelegten Versicherungszeit bei allen auf Gesetz beruhenden Versorgungsträgern entsprechend Artikel 46 Abs. 2 der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71.

Die zugrunde gelegte Rente wird dabei wie für ein beitragspflichtiges Mitglied berechnet, wobei sowohl Versicherungszeiten vor Beginn der Mitgliedschaft in der Versorgungseinrichtung der Bezirksärztekammer Trier als auch die Zeiten vom Ausscheiden aus der Versorgungseinrichtung der Bezirksärztekammer Trier bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze berücksichtigt werden.

- (11) Besitzt ein Mitglied der Bezirksärztekammer Trier auch bei anderen auf Gesetz beruhenden Versorgungsträgern im Geltungsbereich der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 Anrechte für den Fall der Berufsunfähigkeit oder des Todes, wird die Rente nur anteilig gewährt. Diese anteilige Rente berechnet sich analog den Vorschriften in Absatz 6, sofern auch die anderen beteiligten Versorgungsträger ihre Versorgungsleistungen nach dieser Regelung berechnen.
- (12) Sind bei Eintritt des Versorgungsfalls Versorgungsabgaben rückständig, berechnet sich die Höhe der Rente abweichend von § 15 Absatz 1 nach den geleisteten Versorgungsabgaben; mit der Festsetzung der Versorgungsleistung erlischt die Pflicht zur Zahlung der Versorgungsabgabe. Der Versorgungsberechtigte kann jedoch die zu leistende Versorgungsabgabe zuzüglich Bankgebühren binnen eines Monats nach schriftlicher Mitteilung der Höhe der gesamten rückständigen Beträge nachrichten; § 12 Absatz 6 findet Anwendung.

§ 16 Versorgungsausgleich

- (1) Ist ein Mitglied oder ein anwartschaftsberechtigtes ehemaliges Mitglied an einem Versorgungsausgleichsverfahren beteiligt, findet im Versorgungswerk eine interne Teilung nach dem Versorgungsausgleichsgesetz (VersAusglG) statt. Durch die Teilung wird der Ausgleichsberechtigte nicht Mitglied des Versorgungswerkes; er ist auch nicht zur Leistung von Versorgungsabgaben berechtigt.
- (2) Nach der rechtskräftigen Entscheidung des Familiengerichts hat das Versorgungswerk nach dem Versorgungsausgleichsgesetz die Teilung zu vollziehen. Die auf die Ehezeit entfallenden Anwartschaftsprozente des Mitgliedes werden um die Hälfte gekürzt. Die Hälfte der auf die Ehezeit entfallenden Anwartschaftsprozente inklusive der Erhöhung durch den Multiplikator wird dem Ausgleichsberechtigten zugeteilt.
Sind beide Ehegatten Mitglieder oder anwartschaftsberechtigte ehemalige Mitglieder des Versorgungswerkes, findet eine Verrechnung der Anwartschaftsprozente statt.
- (3) Das ausgleichspflichtige Mitglied kann seine gekürzten Versorgungsanrechte durch Zahlung von Beträgen in einer Summe oder durch die Aufnahme der Zahlung von zusätzlichen laufenden Versorgungsabgaben wieder ergänzen; die regelmäßigen Versorgungsabgaben und die zusätzlichen laufenden Versorgungsabgaben dürfen für das jeweilige Jahr zusammen das dreißigfache des jeweiligen Höchstsatzes der Deutschen Rentenversicherung nicht überschreiten.

- (4) Bei der internen Teilung ist der Anspruch des ausgleichsberechtigten Eheteils auf die Altersrente nach § 14 Abs. 3, Buchstaben a), b), c) beschränkt. Der Anspruch erhöht sich entsprechend nachfolgender Tabelle:

Alter des ausgleichsberechtigten Eheteils zum Ende der Ehezeit	Aufschlag
bis 40 Jahre	13 %
41-50 Jahre	10 %
51-60 Jahre	6 %
ab 61 Jahre	2 %

- (5) Erfolgte der Versorgungsausgleich nach dem Gesetz zur Regelung von Härten im Versorgungsausgleich (VAHRG), so ist § 16 der Satzung in der Fassung der 39. Änderung weiter anzuwenden.

§ 17 Festsetzung der Bemessungsgrundlage – Dynamisierung der laufenden Renten

- (1) Die Bemessungsgrundlage für die Berechnung der Anwartschaften wird auf Vorschlag des Verwaltungsrates durch die Hauptversammlung im Laufe des Geschäftsjahres für das folgende Geschäftsjahr aufgrund eines versicherungsfachlichen Gutachtens festgesetzt bzw. verändert. Die Berechnung ist so vorzunehmen, dass die Versorgungsabgaben der Mitglieder zusammen mit dem Vermögen der Versorgungseinrichtung und die Erträge aus Vermögensanlagen ausreichen, die künftigen Verpflichtungen zu erfüllen. Ab dem 01.01.2000 steigt die Bemessungsgrundlage für das Jahr des Zugangs eines Mitgliedes mindestens um den Prozentsatz gegenüber der Bemessungsgrundlage des Neuzugangs des Vorjahres, um den sich der jeweilige Jahreshöchstbeitrag in der Deutschen Rentenversicherung erhöht. Eine Neufestsetzung der Bemessungsgrundlage erstreckt sich nicht auf abgelaufene Geschäftsjahre.
- (2) Eine Dynamik der laufenden Renten erfolgt aufgrund eines versicherungsfachlichen Gutachtens durch Beschluss der Hauptversammlung. Der Beschluss bedarf der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde.

§ 18 Ausscheiden aus der Versorgungseinrichtung

- (1) Für Angehörige der Versorgungseinrichtung nach § 2 Absatz 1, die außer durch Tod aus der Versorgungseinrichtung ausscheiden, bleiben Anwartschaften nur in der Höhe bestehen, wie sie vom Tage des Beginns der Rentenversorgung bis zum Ausscheiden durch Zahlung von Versorgungsabgaben (§ 15) erworben worden sind. In diesen Fällen ist einem schriftlichen Antrag auf Rückkauf stattzugeben. Der Rückkaufwert beträgt 60 Prozent der eingezahlten Versorgungsabgaben ohne Zinsen. Mit der Auszahlung des Rückkaufwertes erlöschen sämtliche Ansprüche an die Versorgungseinrichtung. Der Anspruch auf Rückzahlung verjährt in 2 Jahren, gerechnet vom Ende des Jahres an, in dem der Anspruch auf Rückzahlung entstanden ist.

- (2) Im Falle der Beendigung der freiwilligen Weiterversicherung (§ 2 Absatz 7 und 8) bleiben Anwartschaften nur in der Höhe bestehen, wie sie vom Tage des Beginns der Rentenversorgung bis zum Ausscheiden durch Zahlung von Versorgungsabgaben (§ 15) erworben worden sind. Mit der Kündigung kann ein Antrag auf Rückkauf gestellt werden. Der Rückkaufwert beträgt 60 Prozent der eingezahlten Versorgungsabgaben ohne Zinsen. Mit der Auszahlung des Rückkaufwertes erlöschen sämtliche Ansprüche an die Versorgungseinrichtung. Der Anspruch auf Rückzahlung verjährt in 2 Jahren, gerechnet vom Ende des Jahres an, in dem der Austritt aus der Versicherung erklärt wurde.
- (3) Einem Antrag auf Erstattung des Rückkaufwertes der Versorgungsansprüche kann nicht entsprochen werden, wenn
- a) bereits mehr als 59 beitragspflichtige Mitgliedsmonate zurückgelegt wurden,
 - b) bereits Versorgungsleistungen gewährt wurden,
 - c) das Mitglied seine berufliche Tätigkeit in den Bereich eines Versorgungswerkes verlegt, mit dem ein Überleitungsabkommen besteht,
 - d) das Mitglied das 45. Lebensjahr bereits vollendet hat.

Diese Regelung gilt nicht für solche Mitglieder, auf die § 2 Absatz 2 Buchstabe a), § 2 Absatz 3 und § 2 Absatz 8 erster Satz Anwendung findet. Verlässt ein Mitglied, das die Staatsangehörigkeit eines Nicht-EU-Landes hat, den Bereich der EU, und sind weniger als 60 beitragspflichtige Mitgliedschaftsmonate zurückgelegt worden, endet die Mitgliedschaft und der Rückkaufwert in Höhe von 60% der eingezahlten Versorgungsabgaben ohne Zinsen wird ohne Antrag erstattet.

- (4) Sind Anwartschaften beitragsfrei bestehen geblieben, finden bei Gewährung der Berufsunfähigkeits- oder Altersrente die Bestimmungen über die Mindestrente und die Rente bei Tod bzw. Berufsunfähigkeit vor Erreichen der Regelaltersgrenze keine Anwendung. Die Witwerrente beträgt 60 Prozent. Bei Maßnahmen zur Wiederherstellung der Berufsfähigkeit werden die für Mitglieder geltenden Bestimmungen des § 14 Absatz 6 angewandt.
- (5) Ist innerhalb einer Frist von zwei Jahren, gerechnet vom Ende des Jahres an, für das zuletzt eine Versorgungsabgabe geleistet worden ist, weder die Auszahlung des Rückkaufwertes der Versorgungsansprüche erfolgt noch ein Antrag auf Auszahlung gestellt, so ist unbeschadet § 2 Absatz 6 bei Wiederaufnahme der Zahlung von Versorgungsabgaben eine Anrechnung der durch Versorgungsabgaben erworbenen Anwartschaften vorzunehmen.
- (6) a) Erlischt die Mitgliedschaft und wird der Arzt Mitglied einer anderen auf Gesetz beruhenden Versorgungseinrichtung, so werden auf seinen Antrag die von ihm und für ihn geleisteten Versorgungsabgaben an diese Einrichtung übergeleitet, wenn
1. der Antrag bei einer der beteiligten Versorgungseinrichtungen binnen sechs Monaten seit Beginn der Mitgliedschaft bei der aufnehmenden Versorgungseinrichtung eingegangen ist,
 2. die abgabepflichtige Mitgliedschaftszeit 96 volle Monate nicht überschritten hat,
 3. ein Überleitungsabkommen mit der anderen Versorgungseinrichtung besteht und

4. die Bestimmungen dieses Abkommens einer Überleitung nicht entgegenstehen. Soweit die Überleitung erfolgt ist, erlöschen sämtliche Ansprüche des Arztes gegen die Versorgungseinrichtung.

- b) Erlischt die Mitgliedschaft eines Arztes bei einer anderen auf Gesetz beruhenden Versorgungseinrichtung und tritt die Pflichtmitgliedschaft bei der Versorgungseinrichtung ein, so werden auf seinen Antrag die von ihm und für ihn geleisteten Beiträge an die Versorgungseinrichtung übergeleitet, wenn
1. der Antrag bei einer der beteiligten Versorgungseinrichtungen binnen 6 Monaten seit Eintritt der Pflichtmitgliedschaft eingegangen ist,
 2. die beitragspflichtige Mitgliedschaftszeit bei der abgebenden Versorgungseinrichtung 96 volle Monate nicht überschritten hat,
 3. das Mitglied zum Zeitpunkt des Eintritts der Pflichtmitgliedschaft das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet hat,
 4. ein Überleitungsabkommen mit der anderen Versorgungseinrichtung besteht und
 5. die Bestimmungen dieses Abkommens einer Überleitung nicht entgegenstehen.

§ 19 Wartezeiten

Eine Wartezeit für die Leistungen der Versorgungseinrichtung besteht nicht. Die Versorgungsabgabe muss jedoch mindestens für einen Monat entrichtet worden sein.

§ 20 Satzungsänderungen

Satzungsänderungen, durch welche die Versorgungsleistungen erhöht oder gemindert werden, gelten auch für die vor der Änderung der Satzung eingetretenen Versorgungsfälle, sofern die Hauptversammlung dies beschließt.

§ 21 Zusammentreffen mehrerer Renten

Trifft eine Alters- oder Berufsunfähigkeitsrente mit einer Witwerrente zusammen, so wird die höhere Rente voll gewährt, die andere jedoch insoweit als hinsichtlich dieser Rente Anwartschaftsprozente durch Zahlung von Versorgungsabgaben erworben worden sind. Die Bestimmungen über die Witwerrente gemäß § 15 Absatz 5 der Satzung finden Anwendung. Die Höhe der Waisenrente bleibt unberührt.

§ 22 Mittelverwendung

- (1) In der Gesamtbilanzdeckungsrückstellung ist zur Abdeckung künftiger Schwankungen am Kapitalmarkt eine Zinsschwankungsreserve enthalten. Ihr werden Mittel nach Beschluss der Hauptversammlung zugeführt. Ihr dürfen nur Mittel entnommen werden für die Auffüllung der Nettokapitalerträge eines Geschäftsjahres auf die Höhe der rechnermäßigen Zinsen bzw. für die Erhöhung der Deckungsrückstellung zu einer partiellen oder vollständigen Rechnungszinsherabsetzung. Ihre Höhe ist auf 8 % der Deckungsrückstellung ohne Zinsschwankungsreserve begrenzt.

- (2) Zur Deckung von Fehlbeträgen des Jahresergebnisses ist eine Verlustrücklage zu bilden. Die Höhe der Rücklage beträgt mindestens vier vom Hundert und maximal elf vom Hundert der Deckungsrückstellung. Ist die Mindesthöhe nicht oder nicht mehr erreicht, sind jeweils fünf vom Hundert des sich nach der Gewinn- und Verlustrechnung zu errechnenden Rohüberschusses der Verlustrücklage zuzuführen, bis diese wieder vier vom Hundert erreicht hat.

§ 23 Bekanntmachungen

Satzung und Satzungsänderungen werden im "Ärzteblatt Rheinland-Pfalz" bekannt gemacht; sonstige Bekanntmachungen erfolgen im gleichen Blatt oder durch Rundschreiben.

§ 24 Rechtsmittel

- (1) Gegen Entscheidungen der Versorgungseinrichtung über Rechte und Pflichten der Mitglieder und Hinterbliebenen kann innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe Widerspruch erhoben werden (§§ 68 ff. Verwaltungsgerichtsordnung vom 21. Januar 1960 - BGBl. I. S. 17-). Der Widerspruch ist bei der Versorgungseinrichtung der Bezirksärztekammer Trier in Trier per E-Mail, schriftlich oder zur Niederschrift einzulegen.
- (2) Gegen die Entscheidung über den Widerspruch ist die Klage nach der Verwaltungsgerichtsordnung zulässig.

§ 25 Übergangsbestimmungen

- (1) Ärzte die aufgrund des bis zum 31.12.2004 geltenden Satzungsrechtes wegen Vollendung des 45. Lebensjahres nicht Mitglied der Versorgungseinrichtung oder einer anderen durch Gesetz angeordneten oder auf Gesetz beruhenden berufsständischen Versorgungseinrichtung werden konnten, bleiben von der Pflichtmitgliedschaft ausgenommen.
- (2) Ärzte die nach § 2 Absatz 5 der bis zum 31.12.2004 geltenden Fassung der Satzung von der Pflichtmitgliedschaft befreit sind, können auch nach dem 01.01.2005 nicht Mitglied der Versorgungseinrichtung werden, so lange die Voraussetzungen der bisherigen Regelung vorliegen.
- (3) Für alle Ärzte, die am 31.12.2004 Mitglied der Versorgungseinrichtung sind, gelten die Satzungsbestimmungen zu § 14 Absatz 6 und § 15 Absatz 5 Satz 4, 5 und 6 in der bis zum 31.12.2004 geltenden Fassung. Die Leistungen nach § 14 Absatz 6 in der bis zum 31.12.2004 geltenden Fassung der Satzung werden nur aus den Versorgungsabgaben berechnet, die bis zum 31.12.2004 bei der Versorgungseinrichtung eingezahlt sind.

§ 26 Inkrafttreten

Diese Satzung ist mit Genehmigung des Ministeriums des Inneren in Rheinland-Pfalz am 1. April 1956 in Kraft getreten.

Artikel II

Die Bestimmungen treten mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde vom 27.02.2018 und der Veröffentlichung im Ärzteblatt Rheinland-Pfalz Nr. 5/2018 zum 01.01.2018 in Kraft; die Bestimmungen zu § 14 Abs. 3 Buchst. e) (Teilrente) treten zum 01.01.2019 in Kraft.

Artikel III

Der Vorsitzende wird ermächtigt, die Satzung unter Berücksichtigung der 44. Änderung neu zu fassen, auszufertigen und die 44. Änderung im Ärzteblatt Rheinland-Pfalz zu veröffentlichen.

Die 44. Änderung der Satzung ist im Ärzteblatt Rheinland-Pfalz Nr. 5/2018 veröffentlicht.