



Ministerialblatt für das Land Nordrhein-Westfalen

Ausgabe: [MBL. NRW. 2002 Nr. 53](#)
Veröffentlichungsdatum: 29.09.2001
Seite: 1047

I

Satzung der Westfälisch-Lippischen Ärzteversorgung Vom 29. September 2001

21220Satzung der
Westfälisch-Lippischen Ärzteversorgung
Vom 29. September 2001

Die Kammerversammlung der Ärztekammer Westfalen-Lippe hat in ihrer Sitzung am 29.-September 2001 aufgrund des § 23 des Heilberufsgesetzes vom 9. Mai 2000 (GV.NRW. S.403) – SGV. NRW. 21220 – folgende Satzung der Westfälisch-Lippischen Ärzteversorgung beschlossen, die durch Erlass des Finanzministeriums des Landes Nordrhein-Westfalen vom 30.11.2001 - Vers 35-00-1 (U 24) – III B 4 – genehmigt worden ist.

I.

Aufgaben der Versorgungseinrichtung und Kreis ihrer Mitglieder

§ 1

Sitz, Aufgaben und Rechtsnatur

¹Die Ärzteversorgung Westfalen-Lippe ist eine Einrichtung der Ärztekammer Westfalen-Lippe, Körperschaft des öffentlichen Rechts. ²Sie hat ihren Sitz in Münster (Westfalen).

¹Die Ärzteversorgung Westfalen-Lippe wird gerichtlich und außergerichtlich durch die Präsidentin oder den Präsidenten der Ärztekammer Westfalen-Lippe vertreten (§ 26 des Heilberufsgesetzes).

¹Die Ärzteversorgung Westfalen-Lippe hat die Aufgabe, für die Angehörigen der Ärztekammer Westfalen-Lippe und ihre Familienmitglieder gemäß den Bestimmungen des § 6 Abs. 1 Nr. 10 des Heilberufsgesetzes Versorgung nach Maßgabe dieser Satzung zu gewähren, wobei die Mittel der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe zweckgebunden und gesondert zu verwalten sind.

¹Genehmigte Satzungen und Satzungsänderungen werden im Ministerialblatt für das Land Nordrhein-Westfalen bekannt gegeben. ²Im Übrigen erfolgen Bekanntmachungen der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe durch Veröffentlichung im „Westfälischen Ärzteblatt“ und, soweit Mitglieder oder Leistungsempfänger nicht Bezieher des „Westfälischen Ärzteblattes“ sind, durch Einzelnachricht.

¹Die Kammermitglieder sind verpflichtet, der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe die nach dieser Satzung notwendigen Auskünfte zu erteilen.

§ 2

Verwaltungsorgane

¹Verwaltungsorgane der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe sind:

Die Kammerversammlung,
der Aufsichtsausschuss,
der Verwaltungsausschuss.

§ 3

Kammerversammlung

(1) ¹Die Kammerversammlung hat folgende Aufgaben:

1. Die Beschlussfassung über Änderungen dieser Satzung mit 2/3-Mehrheit der gewählten Mitglieder der Kammerversammlung.
2. Die Wahl und Abberufung der ehrenamtlich tätigen Mitglieder des Aufsichts- und Verwaltungsausschusses.
3. Die Entgegennahme und Feststellung des Jahresabschlusses nebst Lagebericht.
4. Die Entlastung des Verwaltungs- und des Aufsichtsausschusses.
5. Die Beschlussfassung über eine Änderung der Versorgungsabgabe und der Versorgungsleistung sowie die jährliche Festsetzung des Bemessungsmultiplikators gemäß

§ 11 Abs. 5, jede andersartige Verbesserung der Versorgungsleistungen gemäß § 30 Abs. 4 und die Anpassung der laufenden Renten gemäß § 30 Abs. 5.

6. Die Beschlussfassung über die Auflösung der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe mit 4/5-Mehrheit der gewählten Mitglieder der Kammerversammlung und die im Zuge der Abwicklung notwendigen Maßnahmen.

(2) ¹Beschlüsse, die die Kammerversammlung als Verwaltungsorgan der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe fasst, sollen nicht ohne Stellungnahme des Aufsichts- und Verwaltungsausschusses erfolgen. ²Bei Beschlüssen, die finanzielle Auswirkungen haben können, ist vor der Beschlussfassung durch die Kammerversammlung eine Stellungnahme der Ausschüsse einzuholen.

§ 4

Aufsichtsausschuss

¹Der Aufsichtsausschuss besteht aus 12 Angehörigen der Ärztekammer Westfalen-Lippe, die Mitglieder der Versorgungseinrichtung sein müssen. ²Zu wählen sind mindestens 5 angestellte Ärzte und mindestens 5 in der kassenärztlichen Versorgung uneingeschränkt tätige Ärzte. ³Verliert ein Mitglied des Aufsichtsausschusses diese Voraussetzung der Wählbarkeit, erlischt dadurch die Mitgliedschaft im Aufsichtsausschuss nicht.

¹Die Wahl der Mitglieder des Aufsichtsausschusses erfolgt durch die Kammerversammlung für die Dauer von 5 Jahren in Einzelwahlgängen mit einfacher Stimmenmehrheit. ²Der Aufsichtsausschuss führt die Geschäfte bis zur Übernahme durch den von der Kammerversammlung gewählten neuen Aufsichtsausschuss weiter. ³Scheidet ein Mitglied aus, so wählt die Kammerversammlung in ihrer nächsten Sitzung den Nachfolger.

¹Der Aufsichtsausschuss wählt aus seiner Mitte seinen Vorsitzenden und seinen stellvertretenden Vorsitzenden mit einfacher Stimmenmehrheit.

¹Der Aufsichtsausschuss tritt jeweils regelmäßig einen Monat nach Vorlage des Jahresabschlusses, des Lageberichtes und des Prüfberichtes spätestens 8 Monate nach Ende des Geschäftsjahres zusammen, im Übrigen jederzeit auf Verlangen von mindestens vier Mitgliedern des Aufsichtsausschusses oder von zwei Mitgliedern des Verwaltungsausschusses. ²Die Einberufung des Aufsichtsausschusses erfolgt durch seinen Vorsitzenden oder bei dessen Verhinderung durch seinen Stellvertreter. ³Im Falle von Satz 1, 2. Halbsatz, erfolgt die Einberufung innerhalb von zwei Wochen.

¹Der Aufsichtsausschuss ist beschlussfähig, wenn mindestens acht seiner Mitglieder anwesend sind. ²Er fasst seine Beschlüsse mit einfacher Mehrheit. ³Eine Stimmenthaltung ist nicht zulässig. ⁴Stimmengleichheit gilt als Ablehnung.

¹Aufgaben des Aufsichtsausschusses sind:

die Überwachung der Geschäftstätigkeit,

die Wahl und Bestellung des Abschlussprüfers,

die Entgegennahme des Jahresabschlusses nebst Lagebericht,

die Aufstellung von Richtlinien für die Kapitalanlage der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe, die Beschlussfassung über den Geschäftsplan und seine Änderungen.

¹Die Tätigkeit der Mitglieder des Aufsichtsausschusses ist ehrenamtlich. ²Aufwandsentschädigungen und Kostenerstattungen werden durch Beschluss der Kammerversammlung geregelt.

¹Zu den Sitzungen des Aufsichtsausschusses sind die Aufsichtsbehörde sowie der Kammerpräsident und im Falle seiner Verhinderung sein Stellvertreter einzuladen.

§ 5

Verwaltungsausschuss

¹Der Verwaltungsausschuss besteht aus 8 Mitgliedern, von denen 5 der Versorgungseinrichtung angehören müssen. ²Je ein weiteres Mitglied muss die Befähigung zum Richteramt haben, die Prüfung eines Diplom-Mathematikers oder eine gleichwertige Prüfung abgelegt haben, auf dem Gebiete des Bank- und Hypothekenwesens erfahren sein.

¹Die ehrenamtlichen Mitglieder des Verwaltungsausschusses werden durch die Kammerversammlung für die Dauer von 5 Jahren gewählt. ²Die vertragliche Anstellung der übrigen Mitglieder erfolgt durch den Kammervorstand. ³Ihre Zugehörigkeit zum Verwaltungsausschuss richtet sich nach der Zeitdauer des Vertrages. ⁴Die ärztlichen Mitglieder des Verwaltungsausschusses wählen aus ihrer Mitte den Vorsitzenden und seinen Stellvertreter. ⁵Der Kammerpräsident und im Falle seiner Verhinderung sein Stellvertreter ist zu den Sitzungen des Verwaltungsausschusses einzuladen. ⁶Der Verwaltungsausschuss führt die Geschäfte nach Ablauf seiner Amtszeit bis zur Übernahme durch den von der Kammerversammlung neu zu bestellenden Verwaltungsausschuss weiter. ⁷Der Verwaltungsausschuss ist beschlussfähig, wenn mindestens fünf seiner Mitglieder anwesend sind. ⁸Er fasst seine Beschlüsse mit einfacher Mehrheit. ⁹Stimmengleichheit gilt als Ablehnung.

¹Die Mitglieder des Verwaltungsausschusses können nicht gleichzeitig Mitglieder des Aufsichtsausschusses sein.

¹Bei Ausscheiden eines Mitgliedes des Verwaltungsausschusses wählt die Kammerversammlung in ihrer nächsten Sitzung den Nachfolger bzw. bestellt der Kammervorstand ein neues Mitglied durch Vertrag.

¹Die Tätigkeit der nicht durch Vertrag bestellten Mitglieder des Verwaltungsausschusses ist ehrenamtlich. Aufwandsentschädigungen und Kostenerstattungen werden durch Beschluss der Kammerversammlung geregelt.

¹Der Verwaltungsausschuss führt die Geschäfte, soweit sie nicht durch diese Satzung anderen Organen übertragen sind. ²Er ist für die Durchführung der Beschlüsse der Kammerversammlung und des Aufsichtsausschusses verantwortlich. ³Er ist verpflichtet, jährlich spätestens sieben Monate nach Beendigung des Geschäftsjahres den Jahresabschluss nebst Lagebericht nach den

vorgeschriebenen Formblättern und Nachweisungen aufzustellen und dem Aufsichtsausschuss vorzulegen.

§ 6

Mitgliedschaft

¹Pflichtmitglieder der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe sind:

alle Mitglieder der Ärztekammer Westfalen-Lippe, die bei In-Kraft-Treten der Satzung der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe das 68. Lebensjahr noch nicht vollendet haben;

diejenigen, die nach In-Kraft-Treten der Satzung der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe Angehörige der Ärztekammer Westfalen-Lippe werden und das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet haben;

diejenigen, die nach In-Kraft-Treten der Satzung der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe und nach Vollendung des 45. Lebensjahres Angehörige der Ärztekammer Westfalen-Lippe werden,

wenn sie im Bereich der Ärztekammer Westfalen-Lippe erneut eine ärztliche Tätigkeit aufnehmen, aber bereits vor Vollendung des 45. Lebensjahres Mitglied der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe waren und gegenüber der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe noch einen Rechtsanspruch auf satzungsgemäße Leistungen haben, sofern sie nicht als Beamte oder Soldaten oder aufgrund eines Anstellungs- oder Dienstvertrages Anspruch auf Ruhegehalt und Hinterbliebenenversorgung im Sinne von Abs. 4 Nr. 2 haben,

und nachversichert werden, sofern sie zu Beginn der für die Nachversicherung massgebenden Beschäftigung das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

diejenigen, die nach In-Kraft-Treten der Satzung der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe aber vor Vollendung ihres 45. Lebensjahres Angehörige der Ärztekammer Westfalen-Lippe geworden sind und nach Vollendung ihres 45. Lebensjahres

im Bereich der Ärztekammer Westfalen-Lippe erneut eine ärztliche Tätigkeit aufnehmen, sofern sie bereits vor Vollendung des 45. Lebensjahres Mitglied der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe waren und gegenüber der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe noch einen Rechtsanspruch auf satzungsgemäße Leistungen haben.

nachversichert werden, sofern sie zu Beginn der für die Nachversicherung maßgebenden Beschäftigung das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten.

Mitglieder, die aus der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe ausscheiden und zunächst aufgrund einer durch Gesetz angeordneten oder auf Gesetz beruhenden Verpflichtung Mitglieder einer anderen öffentlich-rechtlichen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung ihrer Berufsgruppe außerhalb des Bereiches der Ärztekammer Westfalen-Lippe geworden sind, aber von der dort entstandenen Pflichtmitgliedschaft befreit werden, weil sie ihre Mitgliedschaft bei der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe aufrechterhalten.

Die Erklärung, die Mitgliedschaft bei der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe aufrechterhalten zu wollen, ist innerhalb einer Frist von sechs Monaten, beginnend mit dem Zeitpunkt des Ausscheidens aus der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe, abzugeben.

Mitglieder, die aus der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe ausscheiden und nicht aufgrund einer durch Gesetz angeordneten oder auf Gesetz beruhenden Verpflichtung Mitglieder einer anderen öffentlich-rechtlichen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung ihrer Berufsgruppe außerhalb des Bereiches der Ärztekammer Westfalen-Lippe werden können, wenn sie ihre Mitgliedschaft bei der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe aufrechterhalten. Nr. 5 Satz 2 gilt entsprechend.

¹Ausgenommen von der Mitgliedschaft sind Beamte auf Lebenszeit und Sanitätsoffiziere, die Berufssoldaten sind.

¹Aus der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe scheiden Mitglieder aus, die

der Ärztekammer Westfalen-Lippe nicht mehr angehören, wenn sie ihre Mitgliedschaft zur Ärzteversorgung Westfalen-Lippe nicht gemäß Abs. 1 Nr. 5 oder 6 aufrechterhalten haben, mit dem Zeitpunkt des Verlustes der Zugehörigkeit zur Ärztekammer Westfalen-Lippe.

wegen des gleichen Tatbestandes, dessentwegen sie bei der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe gemäß Abs. 1 Nr. 5 oder 6 ihre Mitgliedschaft aufrechterhalten haben, bei der anderen Versorgungseinrichtung – wären sie dort Mitglied geworden – ausscheiden würden, sofern sie ihre Mitgliedschaft nicht gemäß Abs. 1 Nr. 5 oder 6 auch weiterhin aufrechterhalten, mit dem Zeitpunkt, zu dem sie bei der anderen Versorgungseinrichtung bei bestehender Mitgliedschaft ausgeschieden sein würden.

zu Beamten auf Lebenszeit oder Berufssoldaten ernannt werden, mit dem Zeitpunkt der Ernennung.

die ihren ärztlichen Beruf nicht mehr ausüben. Eine zusammenhängende Unterbrechung der ärztlichen Berufsausübung von weniger als sechs Monaten führt nicht zum Ausscheiden aus der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe. Soweit der ärztliche Beruf deshalb nicht ausgeübt wird, weil

ein gesetzliches Beschäftigungsverbot nach § 3 Abs. 2 oder § 6 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes oder entsprechenden beamtenrechtlichen Regelungen besteht oder nach § 3 Abs. 2 oder § 6 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes bestehen würde, wenn das betroffene Mitglied nicht selbständig, sondern unselbständig tätig sein würde,

sich das Mitglied in der Zeit ab dem Tage der Geburt bis zur Vollendung des 15. Lebensmonats – bei Geburten nach dem 1.1.1992 bis zur Vollendung des 36. Lebensmonats – seines Kindes ausschließlich dessen Betreuung und Erziehung zugewandt hat,

das Mitglied arbeitslos im Sinne des Sozialgesetzbuches III gemeldet ist,

das Mitglied wegen der Gewährung einer Berufsunfähigkeitsrente seine ärztliche Tätigkeit eingestellt hat,

führt dies auch dann nicht zum Ausscheiden aus der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe, wenn die Zeit von sechs Monaten überschritten wird. Als Kinder im Sinne von Buchstabe b. gelten die in § 15 Abs. 2 aufgeführten Kinder.

¹Auf Antrag werden Angehörige der Ärztekammer Westfalen-Lippe befreit, die

aufgrund einer durch Gesetz angeordneten oder auf Gesetz beruhenden Verpflichtung Mitglieder einer öffentlich-rechtlichen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung ihrer Berufsgruppe außerhalb des Bereiches der Ärztekammer Westfalen-Lippe geworden sind und ihre Mitgliedschaft dort aufrechterhalten.

aufgrund eines Anstellungs- oder eines Dienstvertrages Anspruch auf Ruhegehalt und Hinterbliebenenversorgung haben und mit Rücksicht darauf gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind.

Beamte auf Zeit, auf Widerruf oder auf Probe oder Sanitätsoffiziere als Soldaten auf Zeit sind.

bei Beginn der Zugehörigkeit zur Ärztekammer Westfalen-Lippe ihren ärztlichen Beruf nicht ausüben.

²Der Antrag auf Befreiung von der Mitgliedschaft ist innerhalb von sechs Monaten nach Zugehörigkeit zur Ärztekammer Westfalen-Lippe zu stellen, wenn zu diesem Zeitpunkt die Voraussetzungen für eine Befreiung bereits vorgelegen haben, sonst innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt der Voraussetzungen. ³Die Befreiung erfolgt entweder rückwirkend für die Zeit der Zugehörigkeit zur Ärztekammer oder von dem Zeitpunkt an, in dem die Voraussetzungen für die Befreiung eingetreten sind. ⁴Über Befreiungen von der Mitgliedschaft entscheidet der Verwaltungsausschuss, bei Widerspruch der Aufsichtsausschuss. ⁵Wer nach Nummern 1 bis 3 von der Mitgliedschaft zur Ärzteversorgung Westfalen-Lippe befreit ist, kann durch schriftliche Erklärung auf die Befreiung mit Wirkung vom Beginn des nächsten Monats an verzichten, sofern er das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. ⁶Auf Grund des Ergebnisses einer ärztlichen Untersuchung entscheidet der Verwaltungsausschuss darüber, ob der Verzichtserklärung stattgegeben werden kann.

§ 7

Freiwillige Mitgliedschaft

¹Angehörige der Ärztekammer Westfalen-Lippe, die

nach § 6 Abs. 2 von der Mitgliedschaft ausgenommen oder

nach § 6 Abs. 4 Nr. 1 bis 3 befreit worden sind,

können vor Vollendung ihres 45. Lebensjahres innerhalb einer Frist von sechs Monaten, beginnend mit dem Zeitpunkt ihrer Zugehörigkeit zur Ärztekammer Westfalen Lippe ihre freiwillige Mitgliedschaft erklären.

(2) ¹Wer zunächst Mitglied der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe war und

1. nach § 6 Abs. 3 aus der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe ausgeschieden oder nach § 6 Abs. 4 Nr. 1 bis 3 von der Mitgliedschaft befreit worden ist,

kann innerhalb einer Frist von sechs Monaten, beginnend mit dem Zeitpunkt des Ausscheidens bzw. der Befreiung von der Mitgliedschaft seine freiwillige Mitgliedschaft erklären.

¹Die freiwillige Mitgliedschaft endet:

1. mit dem Eintritt der Voraussetzungen für die Pflichtmitgliedschaft,
2. durch Kündigung des freiwilligen Mitgliedes,

durch Kündigung der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe, die nur im Falle des Zahlungsverzuges zulässig ist. ²Sie setzt voraus, dass das freiwillige Mitglied wegen eines Beitragsrückstandes gemahnt wurde und der Zahlungsaufforderung innerhalb einer Frist von vier Wochen nicht nachgekommen ist. ³Die Mahnung muss auf die Rechtsfolgen des Zahlungsverzuges hinweisen.

(4) ¹Die Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft wird wirksam:

1. mit dem Eintritt der in Abs. 3 Nr. 1 genannten Voraussetzungen,
2. mit dem Ablauf des Monats, in dem die Kündigung nach Abs. 3 Nr. 2 oder 3 zugegangen ist.

II.

Leistungen der Versorgungseinrichtung

§ 8 Leistungen

¹Die Versorgungseinrichtung gewährt Rechtsanspruch auf folgende Leistungen:

Altersrente,

Berufsunfähigkeitsrente,

Hinterbliebenenrente,

Kinderzuschuss,

Erstattung und Übertragung der Versorgungsabgabe,

Kapitalabfindung,

Sterbegeld.

¹Soweit die Leistungen auf Antrag gewährt werden, ist dieser schriftlich zu stellen.

§ 9 **Altersrente**

¹Mit dem Ablauf des Monats, in dem das Mitglied sein 65. Lebensjahr vollendet, hat jedes Mitglied auf Antrag Anspruch auf Gewährung einer lebenslangen Altersrente (Regelaltersrente).

²entfällt der Anspruch auf Gewährung einer Berufsunfähigkeitsrente.

³Eine bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres gewährte Berufsunfähigkeitsrente wird dem Mitglied als Altersrente in Höhe der zuletzt gezahlten Berufsunfähigkeitsrente weitergewährt.

¹Auf Antrag wird die Altersrente bereits mit Beginn des Monats, der dem Monat folgt, in dem das Mitglied sein 60. Lebensjahr vollendet hat, gewährt (vorgezogene Altersrente). ²Für jeden Monat, der vom Beginn der Zahlung der vorgezogenen Altersrente bis zum Beginn der Zahlung der Regelaltersrente fehlt, wird die Altersrente, die bis zum Beginn der Zahlung erworben ist, um 0,4 von Hundert gekürzt. ³Bis zum Beginn der Rentenzahlung können Rentenminderungen, die sich als Folge der vorzeitigen Inanspruchnahme der Altersrente ergeben, durch eine für das Mitglied vom Arbeitgeber geleistete Entlassungsentschädigung im Sinne des SGB III ausgeglichen werden. ⁴Zur Berechnung des zum Ausgleich der Minderung notwendigen Betrages ist bezogen auf das Jahr der Einzahlung der Entlassungsentschädigung die durchschnittliche Versorgungsabgabe des vorletzten Geschäftsjahres zugrunde zu legen. ⁵Neben der vorgezogenen Altersrente wird eine Berufsunfähigkeitsrente nicht gewährt.

¹Das Mitglied kann den Beginn der Zahlung der Regelaltersrente hinausschieben, längstens bis zum Ablauf des Monats, in dem es das 68. Lebensjahr vollendet (hinausgeschobene Altersrente). ²Während der Zeit des Hinausschiebens ist das Mitglied nicht berechtigt, Versorgungsabgaben zu entrichten. ³Für jeden Monat der späteren Inanspruchnahme der Regelaltersrente erhält das Mitglied einen Zuschlag in Höhe von 0,55 von Hundert auf die mit Vollendung des 65. Lebensjahres erworbene Regelaltersrente.

¹Die Altersrente wird in monatlichen Beträgen, die den zwölften Teil der Jahresrente darstellen, gezahlt. ²Die Zahlung beginnt mit dem Monat,

1. der dem Monat folgt, in dem das Mitglied sein 65. Lebensjahr vollendet hat.
2. den das Mitglied mit seinem Antrag auf Gewährung einer vorgezogenen oder hinausgeschobenen Altersrente bestimmt hat, wobei frühestens der auf den Antragseingang folgenden Monat gewählt werden darf.

³Die Zahlung der Altersrente endet mit dem Ablauf des Monats, in dem das Mitglied verstirbt.

§ 10

Berufsunfähigkeitsrente

¹Jedes Mitglied der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe, das für einen Monat seine Versorgungsabgabe geleistet hat, hat mit Beginn des Monats, der dem Monat folgt, in dem der Versorgungsfall eingetreten ist, Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente. ²Der Versorgungsfall ist eingetreten, wenn

1. die Berufsunfähigkeit voraussichtlich auf Dauer oder vorübergehend eingetreten,
2. die gesamte ärztliche Tätigkeit eingestellt und
3. der Antrag auf Gewährung einer Berufsunfähigkeitsrente gestellt worden

ist.

³Wer sich vorsätzlich berufsunfähig macht, hat keinen Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente.

¹Ein Mitglied ist berufsunfähig, wenn seine Fähigkeit zur Ausübung jedweder ärztlicher Tätigkeit zur Einkommenserzielung, bei der die ärztliche Aus- und Weiterbildung ganz oder teilweise verwandt werden kann (Berufsfähigkeit), infolge eines körperlichen Gebrechens oder wegen Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte vollständig entfallen ist. ²Dabei ist nicht zu berücksichtigen, ob die Berufsfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt umgesetzt werden kann.

¹Die Berufsunfähigkeit besteht voraussichtlich auf Dauer, wenn nach ärztlicher Feststellung keine begründete Aussicht besteht, dass mit der Wiedererlangung der Berufsfähigkeit vor Ablauf eines Zeitraumes von drei Jahren gerechnet werden kann. ²Vorübergehende Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die Berufsfähigkeit für mehr als sechs Monate umfassend entfallen ist, die Wiedererlangung der Berufsfähigkeit vor Ablauf von drei Jahren aber möglich ist.

¹Die Berufsunfähigkeitsrente wird in monatlichen Beträgen, die den zwölften Teil der Jahresrente darstellen, gezahlt.

¹Die Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente beginnt:

1. bei voraussichtlich dauernder Berufsunfähigkeit mit dem Monat, der dem Monat folgt, in dem der Versorgungsfall eingetreten ist.
2. bei vorübergehender Berufsunfähigkeit sechs Monate nach Eintritt des Versorgungsfalls, wobei der Monat des Eintritts des Versorgungsfalls als voller Monat gezählt wird.

²Der Anspruch auf Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente ruht, solange die ärztliche Tätigkeit mit Hilfe eines Assistenten fortgeführt wird.

¹Bei vorübergehender Berufsunfähigkeitsrente wird die Rente auf Zeit geleistet. ²Die Befristung erfolgt für längstens drei Jahre, gerechnet ab dem Beginn der Rentenzahlung. ³Sie kann wiederholt werden, darf jedoch bei sich anschließenden Befristungen die Gesamtdauer von sechs Jahren nicht überschreiten.

¹Die Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente endet mit dem Ablauf des Monats

1. in dem das Mitglied gestorben ist.

2. der dem Beginn der Zahlung der Altersrente vorausgeht.
3. des Fortfalls der Berufsunfähigkeit im Sinne des Abs. 2.
4. in welchem der Verwaltungsausschuss den Entzug der Berufsunfähigkeitsrente beschließt, weil das Mitglied sich einer angeordneten Begutachtung nicht unterzieht.

²Unbeschadet der in Satz 1 in Ziffern 1. bis 4. aufgeführten Gründe endet die Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente mit dem Ablauf der Befristung der Rente nach Abs. 6.

¹Mit Genehmigung des Verwaltungsausschusses kann das Mitglied einen befristeten Arbeitsversuch unternehmen. ²Über die Dauer des Arbeitsversuches entscheidet der Verwaltungsausschuss. ³Sofern und solange dem Mitglied während des Arbeitsversuches Einkünfte zufließen, werden diese auf die Berufsunfähigkeitsrente angerechnet. ⁴Wird als Ergebnis des Arbeitsversuches festgestellt, dass eine Berufsunfähigkeit im Sinne von

Abs. 2

1. fortbesteht, gilt trotz des Arbeitsversuches die ärztliche Tätigkeit als eingestellt.
2. nicht mehr besteht, endet der Anspruch auf Zahlung der Rente gemäß Abs. 7 Satz 1 Nr. 3.

¹Bestehen Zweifel über das Vorliegen einer Berufsunfähigkeit, ist das Mitglied verpflichtet, sich nach Weisung begutachten zu lassen. ²Dies gilt auch zur Feststellung, ob die Voraussetzungen zum Bezug der Berufsunfähigkeitsrente noch bestehen. ³Soweit die Ärzteversorgung Westfalen-Lippe Begutachtungen angeordnet hat, trägt sie deren Kosten. ⁴Ausnahmsweise, insbesondere zur Vermeidung von besonderen Härten, können auch die aus Anlass der Begutachtung notwendigen Reisekosten erstattet werden.

¹Über Widersprüche gegen Entscheidungen des Verwaltungsausschusses entscheidet der Aufsichtsausschuss.

§ 11

Berechnung der Alters- und Berufsunfähigkeitsrente

¹Jedes Mitglied erwirbt durch seine Versorgungsabgabe für jedes Geschäftsjahr eine Steigerungszahl, die mit vier Stellen nach dem Komma kaufmännisch gerundet gerechnet wird. ²Ausgenommen davon sind Versorgungsabgaben, die in Zurechnungszeiten (Abs. 4) geleistet worden sind. ³Diese jährliche Steigerungszahl ist der zweifache Wert, der sich ergibt aus der im Geschäftsjahr geleisteten Versorgungsabgabe geteilt durch die gemäß § 26 Abs. 1 errechnete durchschnittliche Versorgungsabgabe des gleichen Geschäftsjahres. ⁴Für das Kalenderjahr, in dem eine Rentenzahlung beginnt, und für das vorausgegangene Kalenderjahr wird für die Ermittlung der Steigerungszahlen die nach § 26 Abs. 1 errechnete durchschnittliche Versorgungsabgabe des vorletzten Geschäftsjahres zugrunde gelegt.

¹Zur Ermittlung der durchschnittlich jährlich erworbenen Steigerungszahl wird die Summe der durch Leistung von Versorgungsabgaben jährlich erworbenen Steigerungszahlen durch die Anzahl der Jahre der Mitgliedschaft geteilt. ²Dabei werden auch diejenigen Zeiten berücksichtigt, in denen keine Versorgungsabgaben geleistet worden sind. ³Sofern dies einen höheren Wert er-

gibt, werden bei der Berechnung der durchschnittlich jährlich erworbenen Steigerungszahl nicht berücksichtigt:

1. Die ersten drei Geschäftsjahre seit Beginn der Mitgliedschaft sowie die während dieser Zeit erworbenen Steigerungszahlen. Dies gilt auch für den Fall der Nachversicherung gemäß § 31. Versorgungsabgaben der ersten drei Geschäftsjahre, die erst nach Ablauf des dritten Geschäftsjahres geleistet worden sind, werden bei der Berechnung der durchschnittlich jährlich erworbenen Steigerungszahl, die ohne Berücksichtigung der ersten drei Geschäftsjahre erfolgt, nicht berücksichtigt.
2. Auf Antrag die Zeit, in der:

ein gesetzliches Beschäftigungsverbot nach § 3 Abs. 2 oder § 6 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes oder entsprechenden beamtenrechtlichen Regelungen bestand oder nach § 3 Abs. 2 oder § 6 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes bestanden hätte, wenn das betroffene Mitglied nicht selbstständig, sondern unselbstständig tätig gewesen wäre,

sich das Mitglied ab dem Tage der Geburt eines Kindes im Sinne des § 15 Abs. 2 bis zur Vollendung des 15. Lebensmonats - bei Geburten nach dem 1.1.1992 bis zur Vollendung des 36. Lebensmonats - ausschließlich dessen Betreuung und Erziehung zugewandt hat.

⁴Von den nach den Nr. 1 oder 2 nicht zu berücksichtigenden Zeiten bleibt diejenige Zeit ausgenommen, in der das Mitglied eine mehr als nur geringfügige berufliche Tätigkeit im Sinne von § 8 SGB IV ausgeübt hat oder in der aufgrund gesetzlicher Bestimmungen vom Bundesversicherungsamt für das Mitglied Versorgungsabgaben geleistet worden sind. ⁵Sofern während der in den Nr. 1 oder Nr. 2 genannten Zeiten freiwillige Versorgungsabgaben oder Beiträge aufgrund einer nicht erwerbsmäßigen Pfllegetätigkeit geleistet worden sind und diese Zeiten unberücksichtigt bleiben, werden die aus diesen Versorgungsabgaben nach Abs. 1 sich ergebenden Steigerungszahlen nicht bei der Berechnung der durchschnittlich jährlich erworbenen Steigerungszahl, sondern bei der Ermittlung der Gesamtsumme der Steigerungszahlen berücksichtigt.

¹Der Jahresbetrag der individuellen Rente errechnet sich aus der Gesamtsumme aller Steigerungszahlen. ²Diese wird gebildet aus:

1. der Summe der Steigerungszahlen, die durch Leistung von Versorgungsabgaben erworben sind (Abs. 1),
2. dem achtfachen Wert der durchschnittlich jährlich erworbenen Steigerungszahl (Abs. 2) und
3. der Summe der für Zurechnungszeiten (Abs. 4) hinzuzurechnenden durchschnittlich jährlich erworbenen Steigerungszahlen.

³Die Gesamtsumme der Steigerungszahlen ergibt den Jahresbetrag der Rente als Vomhundertsatz der allgemeinen Rentenbemessungsgrundlage nach Abs. 5. ⁴Ist die Mitgliedschaft gemäß § 6 entfallen und besteht auch keine freiwillige Mitgliedschaft, wird der Jahresbetrag der Rente nur aufgrund der in Satz 2 Nr. 1 genannten Steigerungszahlen ermittelt.

¹Zurechnungszeiten sind:

1. Für die Ermittlung der Altersrente der Zeitraum, vom Beginn des Monats, der auf den Eintritt des Versorgungsfalles der Berufsunfähigkeit (§ 10 Abs. 1) folgt, bis zum Ende der Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente.
2. Für die Ermittlung der Berufsunfähigkeitsrente der Zeitraum vom Beginn des Monats, der auf den Eintritt des Versorgungsfalles der Berufsunfähigkeit (§ 10 Abs. 1) folgt, bis

zur Vollendung des 60. Lebensjahres.

zum Ende ihrer Zahlung, wenn das Mitglied in zurückliegenden Jahren bereits eine Berufsunfähigkeitsrente bezogen hat.

²Für Zurechnungszeiten nach Satz 1 Nr. 2 Buchstabe a. erhält das Mitglied die durchschnittlich jährlich erworbene Steigerungszahl, für Zurechnungszeiten nach Satz 1 Nr. 1 und Nr. 2 b. 50 von Hundert der durchschnittlich jährlich erworbenen Steigerungszahl hinzugerechnet.

¹Die allgemeine Rentenbemessungsgrundlage für die Rente ist das Produkt aus dem Bemessungsmultiplikator und der gemäß § 26 Abs. 1 errechneten durchschnittlichen Versorgungsabgabe des vorletzten Geschäftsjahres. ²Sie wird auf volle Geldbeträge kaufmännisch gerundet ermittelt. ³Der Bemessungsmultiplikator für das kommende Geschäftsjahr wird auf Grund des Jahresabschlusses des vorausgegangenen Geschäftsjahres mit vier Stellen nach dem Komma kaufmännisch gerundet errechnet und von der Kammerversammlung auf Vorschlag des Verwaltungs- und Aufsichtsausschusses im laufenden Geschäftsjahr festgesetzt. ⁴Die Festsetzung des Bemessungsmultiplikators bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde.

§ 12

Rehabilitation

¹Einem Mitglied der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe, dessen Berufsfähigkeit infolge von Krankheit oder anderer Gebrechen oder Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte erheblich gefährdet oder das berufsunfähig im Sinne des § 10 Abs. 2 ist und das noch keine Altersrente bezieht, kann auf Antrag ein Zuschuss zu den Kosten notwendiger Rehabilitationsmaßnahmen gewährt werden, wenn durch sie die Berufsfähigkeit voraussichtlich erhalten oder wiederhergestellt werden kann.

¹Eine erhebliche Gefährdung der Berufsfähigkeit liegt vor, wenn nach ärztlicher Feststellung damit zu rechnen ist, dass ohne die Leistung der Rehabilitation Berufsunfähigkeit im Sinne von § 10 Abs. 2 eintritt.

¹Zuschüsse können geleistet werden zu:

1. Medizinischen Leistungen zur Rehabilitation. Diese umfassen die ärztliche Behandlung, Arznei- und Verbandsmittel, Therapien, Körperersatzstücke sowie orthopädische und andere Hilfsmittel.
2. Berufsfördernde Leistungen zur Rehabilitation. Diese umfassen Leistungen zur Erhaltung oder Wiedererlangung der Berufsfähigkeit im ärztlichen Beruf und werden bis zum Erreichen ihres angestrebten Zieles, in der Regel jedoch nicht länger als ein Jahr gewährt. In be-

sonderen Ausnahmefällen kann der Zuschuss über diesen Zeitraum, jedoch nicht über zwei weitere Jahre hinaus, gewährt werden.

¹Zuschüsse können nicht gewährt werden,

1. wenn der mit der beabsichtigten Maßnahme bezweckte Erfolg durch einen Erholungsaufenthalt erzielt werden kann.
2. bei akut verlaufenden Erkrankungen.
3. bei Krankenhausaufenthalten.
4. zu Umschulungsmaßnahmen, die auf die Ausübung eines nichtärztlichen Berufes abzielen.

¹Wegen derselben Erkrankung ist die Wiederholung eines Antrages auf die Gewährung von Zuschüssen zulässig. ²Innerhalb eines Zeitraumes von zwei Jahren seit Beginn der vorhergehenden Rehabilitationsmaßnahme kann die Wiederholung eines solchen Antrages jedoch nur dann berücksichtigt werden, wenn besondere Umstände die Rehabilitationsmaßnahme angezeigt erscheinen lassen.

¹Die Zuschüsse werden in Form von Geldleistungen zu den Aufwendungen für die jeweilige Rehabilitationsmaßnahme gewährt. ²Sie können nur auf den Teil der entstandenen Aufwendungen gewährt werden, der nicht von einem anderen nach Gesetz, Satzung oder Vertrag zuständigen oder verpflichteten Kostenträger (z.B. Sozialversicherung, Berufsgenossenschaft, Arbeitgeber als Beihilfeverpflichteter, Kriegsopferversorgung, Bundesanstalt für Arbeit, Krankenversicherung) übernommen wird. ³Leistet auch der andere Kostenträger nur nachrangig, wird ein Zuschuss nicht gewährt.

¹Die Höhe der Zuschüsse durch Geldleistung richtet sich nach dem Gesamtbetrag der Aufwendungen, für welche das Mitglied nach Abs. 6 Satz 2 selbst aufzukommen hat abzüglich gesetzlicher Zuzahlungsverpflichtungen. ²Von diesem Gesamtbetrag kann der Zuschuss bis zu 60 v. H. decken. ³Zur Vermeidung außergewöhnlicher Härten kann nach Prüfung aller mit der Rehabilitationsmaßnahme zusammenhängender Umstände ein Zuschuss bis zu 100 v. H. gewährt werden.

¹Der Antrag auf Gewährung eines Zuschusses soll vor Beginn der Rehabilitation bei der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe gestellt werden. ²In begründeten Ausnahmefällen kann er bis spätestens drei Monate nach Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe zugehen. ³Das Mitglied ist verpflichtet, die Notwendigkeit und Erfolgsaussicht der Rehabilitationsmaßnahme durch eine ärztliche Stellungnahme nachzuweisen. ⁴Die Zuschüsse können an Auflagen über Beginn, Dauer, Ort und Art der Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme geknüpft werden.

¹Bestehen Zweifel über die Notwendigkeit und Erfolgsaussicht der Rehabilitationsmaßnahme, ist das Mitglied verpflichtet, sich nach Weisung begutachten zu lassen. ²Dies gilt auch zur Feststellung, ob die Voraussetzungen für die Gewährung des Zuschusses noch bestehen. ³Die Kosten der Begutachtung trägt das Mitglied. ⁴Ausnahmsweise, insbesondere zur Vermeidung von besonderen Härten, kann der Verwaltungsausschuss beschließen, dass auch diese Kosten sowie die aus Anlass der Begutachtung notwendigen Reisekosten ganz oder teilweise von der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe übernommen werden.

¹Über Widersprüche gegen Entscheidungen des Verwaltungsausschusses entscheidet der Aufsichtsausschuss.

§ 13

Hinterbliebenenrente

¹Hinterbliebenenrenten sind:

1. Witwenrenten.
2. Witwerrenten.
3. Waisenrenten.

¹Hinterbliebenenrenten werden gewährt, wenn zum Zeitpunkt des Todes Anspruch auf Altersrente oder Anwartschaft auf Berufsunfähigkeitsrente bestand bzw. Alters- oder Berufsunfähigkeitsrente bezogen wurde.

§ 14

Witwen- und Witwerrente

¹Nach dem Tode des nach § 13 Abs. 2 Berechtigten erhält die Witwe eine Witwenrente und der Witwer eine Witwerrente. ²Wurde die Ehe nach Vollendung des 60. Lebensjahres oder nach Eintritt der Berufsunfähigkeit des Berechtigten geschlossen und bestand die Ehe nicht mindestens 3 Jahre, so besteht kein Anspruch auf Rente.

¹Einem früheren Ehegatten des Berechtigten, dessen Ehe mit dem Berechtigten vor dem 1. Juli 1977 geschieden, für nichtig erklärt oder aufgehoben wurde, wird nach dem Tode des Berechtigten Rente gewährt, wenn ihm der Berechtigte zur Zeit seines Todes Unterhalt nach den Vorschriften des Ehegesetzes oder aus sonstigen Gründen zu leisten hatte.

¹Sind aus mehreren Ehen unterhaltsberechtigte Ehegatten vorhanden, so wird die Hinterbliebenenrente unter ihnen zu gleichen Teilen aufgeteilt. ²Entfällt der Anspruch auf Hinterbliebenenrente für einen Berechtigten, so werden die Ansprüche weiterer Berechtigter auf Zahlung der Hinterbliebenenrente hierdurch der Höhe nach nicht berührt.

¹Die Zahlung der Witwen-, Witwerrente endet mit dem Ablauf des Monats:

des Todes der Witwe, des Witwers.

der Wiederheirat der Witwe, des Witwers.

¹Heiraten die Witwe, der Witwer wieder, erhalten sie auf Antrag folgende Kapitalabfindung:

1. bei Wiederverheiratung vor Vollendung des 35. Lebensjahres das Sechzigfache der im Monat der Wiederverheiratung bezogenen Monatsrente,

2. bei Wiederverheiratung bis zum vollendeten 45. Lebensjahr das Achtundvierzigfache der im Monat der Wiederverheiratung bezogenen Monatsrente,
3. bei Wiederverheiratung nach Vollendung des 45. Lebensjahres das Sechsenddreißigfache der im Monat der Wiederverheiratung bezogenen Monatsrente.

²Nach dem Monat der Wiederverheiratung bezogene Renten werden mit der Kapitalabfindung verrechnet.

§ 15

Waisenrente

¹Halbwaisen- bzw. Waisenrente erhalten nach dem Tode des nach § 13 Abs. 2 Berechtigten seine Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. ²Über diesen Zeitpunkt hinaus wird die Rente 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 dauert. ³Wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Ableistung des Pflichtwehrdienstes verzögert, so wird die Waisenrente für einen der Zeit dieses Pflichtwehrdienstes entsprechenden Zeitraum über das 27. Lebensjahr hinaus gewährt, höchstens jedoch für den Zeitraum, in dem vor Vollendung des 27. Lebensjahres Pflichtwehrdienst geleistet worden ist.

¹Als Kinder gelten:

die ehelichen Kinder.

die für ehelich erklärten Kinder.

die an Kindes Statt angenommenen Kinder.

4. die nicht ehelichen Kinder einer Berechtigten bzw. eines Berechtigten, wenn die Unterhaltspflicht festgestellt ist.

§ 16

Zusammensetzung und Berechnung der Hinterbliebenenrenten

Die Witwen- und Witwerrente beträgt 60 v. H., die Waisenrente für jede Vollwaise 30 v. H. und die Halbwaisenrente für jede Halbwaise 10 v. H. der nachstehend unter Nr. 1 bis Nr. 3. zu errechnenden Rente.

1. Bezog das Mitglied im Zeitpunkt seines Todes Altersrente gemäß § 9, so erfolgt die Berechnung nach dieser Rente.
2. Bezog das Mitglied im Zeitpunkt seines Todes Berufsunfähigkeitsrente nach § 10, so ist die Berufsunfähigkeitsrente zugrunde zu legen, die das Mitglied bezogen hätte, wenn bei der

Berechnung der Berufsunfähigkeitsrente für die Zurechnungszeit nach § 11 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 Buchstabe a. statt des 60. das 65. Lebensjahr zugrundegelegt worden wäre. ⁴Gleiches gilt, wenn das Mitglied im Zeitpunkt seines Todes noch keine Alters- oder Berufsunfähigkeitsrente bezog.

3. Ist die Mitgliedschaft gemäß § 6 entfallen und freiwillige Mitgliedschaft nicht aufrechterhalten, wird die Rente nur aufgrund der tatsächlich erworbenen Steigerungszahlen gemäß § 11 Abs. 3 Nr. 1 berechnet.

¹Die Hinterbliebenenrenten dürfen zusammen nicht höher sein als die für die Berechnung der Hinterbliebenenrente nach Abs. 1 zugrunde zu legende Rente einschließlich der Kinderzuschüsse; sie werden sonst entsprechend dem Verhältnis des Höchstbetrages zu der Summe der Hinterbliebenenrenten in ihrer Höhe gekürzt. ²Bei Ausscheiden eines Hinterbliebenen erhöhen sich die Hinterbliebenenrenten der übrigen Hinterbliebenen nach demselben Verhältnis bis zum zulässigen Höchstbetrag.

¹Die Hinterbliebenenrenten werden auch gewährt, wenn das Mitglied der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe für tot erklärt ist.

¹Hinterbliebene haben keinen Anspruch auf Rente, wenn sie den Tod des Mitgliedes der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe vorsätzlich herbeigeführt haben.

¹Die Hinterbliebenenrenten werden erstmalig für den auf den Sterbemonat des Mitgliedes folgenden Monat gewährt.

§ 17

Kinderzuschuss

¹Die Alters- und Berufsunfähigkeitsrente erhöhen sich für jedes Kind im Sinne des § 15 Abs. 2 um einen Kinderzuschuss.

¹Der Kinderzuschuss wird bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres gewährt. ²Über diesen Zeitpunkt hinaus wird der Kinderzuschuss 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 dauert. ³Wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Ableistung des Pflichtwehrdienstes verzögert, so wird der Kinderzuschuss für einen der Zeit dieses Pflichtwehrdienstes entsprechenden Zeitraum über das 27. Lebensjahr hinaus gewährt, höchstens jedoch für den Zeitraum, in dem vor Vollendung des 27. Lebensjahres Pflichtwehrdienst geleistet worden ist.

¹Der Kinderzuschuss beträgt für jedes Kind im Sinne des § 15 Abs. 2 zehn v. H. der Rente, die vom Berechtigten bezogen wird.

§ 18

Überleitung und Erstattung der Versorgungsabgabe

¹Endet die Mitgliedschaft bei der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe und wird das Mitglied aufgrund einer durch Gesetz angeordneten oder auf Gesetz beruhenden Verpflichtung Mitglied einer öffentlich-rechtlichen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung, so werden auf Antrag des Mitgliedes die bisher an die Ärzteversorgung Westfalen-Lippe geleisteten Versorgungsabgaben an die neue Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung übergeleitet. ²Voraussetzung für die Überleitung ist, dass zwischen der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe und der anderen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung ein Überleitungsvertrag gemäß § 31 besteht.

¹Einen Anspruch auf Erstattung geleisteter Versorgungsabgaben haben auf Antrag Mitglieder, die aus der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe ausscheiden, weil sie zu Beamten auf Lebenszeit oder zu Berufssoldaten ernannt worden sind.

die nicht Deutsche im Sinne des Art. 116 Abs. 1 des Grundgesetzes sind, wenn sie aus der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe ausscheiden, weil sie der Ärztekammer Westfalen-Lippe nicht mehr angehören und für sie eine Überleitung der Versorgungsabgaben nach Abs. 1 nicht möglich ist.

¹Der Anspruch auf Erstattung beträgt 60 v. H. der bisher geleisteten und bis zum Zeitpunkt des Ausscheidens nach § 27 fällig gewordenen Versorgungsabgaben unter Verrechnung etwaiger Rückstände. ²Hat das Mitglied vorübergehend Berufsunfähigkeitsrente bezogen, so werden der Erstattung nur die nach Wiedereintritt der Berufsfähigkeit geleisteten Versorgungsabgaben zugrunde gelegt. ³Mit der Erstattung erlöschen alle Rechte und Pflichten zwischen der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe und dem Mitglied.

¹Der Anspruch auf Erstattung ist ausgeschlossen, wenn zu Lasten des Antragstellers ein Versorgungsausgleichsverfahren betreffend seine Anwartschaften und Renten durchgeführt worden ist.

§ 19

Sterbegeld

¹Nach dem Tode eines nach § 13 Abs. 2 Berechtigten erhalten auf Antrag die Witwe oder der Witwer Sterbegeld.

¹Das Sterbegeld beträgt das Zweifache der nachstehend unter Nr. 1. bis Nr. 3. zu errechnenden Monatsrente ohne Kinderzuschuss (§ 17) und ohne die aus freiwilliger Höherversorgung (§ 25) und einmaligen Kapitaleinzahlungen (§ 37) stammenden Rententeile:

1. Bezog das Mitglied Alters- oder Berufsunfähigkeitsrente, so erfolgt die Berechnung nach dieser Rente.
2. Bezog das Mitglied keine Alters- oder Berufsunfähigkeitsrente, so erfolgt die Berechnung der Berufsunfähigkeitsrente, die das Mitglied im Zeitpunkt seines Todes bezogen hätte.

3. Ist die Mitgliedschaft gemäß § 6 entfallen und die freiwillige Mitgliedschaft nicht aufrechterhalten, wird die Rente nur auf Grund der tatsächlich erworbenen Steigerungszahlen gemäß § 11 Abs. 3 Nr. 1 berechnet.

¹Ist eine Witwe oder ein Witwer nicht vorhanden, so erhält derjenige, der die Kosten der Bestattung getragen hat, auf Antrag Sterbegeld in Höhe von 50 v. H. des nach Abs. 2 errechneten Betrages.

§ 20

Bezugsrecht nach dem Tode des Mitgliedes

¹Ist beim Tode eines Mitgliedes die Rente noch nicht ausgezahlt, so steht sie nacheinander zu:

1. dem Ehegatten,
2. den Kindern,
3. den Eltern,
4. den Geschwistern und
5. der/dem Haushaltsführerin/Haushaltsführer im Sinne von Abs. 3,

wenn sie mit dem Mitglied zur Zeit seines Todes in häuslicher Gemeinschaft gelebt haben oder von ihm wesentlich unterhalten worden sind.

(2) ¹Stirbt ein Mitglied oder eine/ein Hinterbliebene/Hinterbliebener, nachdem der Anspruch erhoben wurde, so sind zur Fortsetzung des Verfahrens und zum Bezug der bis zum

Todestag fälligen Renten nacheinander berechtigt:

1. der Ehegatte,
2. die Kinder,
3. die Eltern,
4. die Geschwister und
5. die/der Haushaltsführerin/Haushaltsführer im Sinne von Abs. 3,

wenn sie mit dem Mitglied zur Zeit seines Todes in häuslicher Gemeinschaft gelebt haben oder von ihm wesentlich unterhalten worden sind.

(3) ¹Haushaltsführerin/Haushaltsführer ist diejenige/derjenige, die/der anstelle der/des verstorbenen oder geschiedenen Ehefrau/Ehemannes bzw. einem unverheirateten Mitglied den Haushalt mindestens ein Jahr lang vor dessen Tod geführt hat und von ihm überwiegend unterhalten worden ist.

(4) ¹Wenn kein Bezugsberechtigter vorhanden ist, so wird die noch nicht ausgezahlte Rente der Fürsorgeeinrichtung der Ärztekammer Westfalen-Lippe zugeführt.

§ 21

Versorgungsausgleich bei Ehescheidungen

¹Werden Ehepartner geschieden, die beide Mitglieder der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe sind oder waren, findet Realteilung gemäß § 1 Abs. 2 des Gesetzes zur Regelung von Härten im Versorgungsausgleich vom 21. Februar 1983 (BGBl. I S. 105) statt, in dem zu Lasten des Anrechts des ausgleichspflichtigen Ehegatten für den ausgleichsberechtigten Ehegatten ein Anrecht begründet wird. ²Realteilung findet auch statt, wenn der ausgleichsberechtigte Ehegatte als Mitglied einer anderen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung angehört oder angehört hat, mit der die Ärzteversorgung Westfalen-Lippe einen Überleitungsvertrag gemäß § 31 Abs. 1 geschlossen hat.

¹Erfolgt der Versorgungsausgleich nach § 1 Abs. 3 des Gesetzes zur Regelung von Härten im Versorgungsausgleich (Quasi-Splitting), wird nach Rechtskraft der Entscheidung des Familiengerichtes das Anrecht des Mitgliedes entsprechend gekürzt.

¹Aufgrund einer mit Zustimmung der Versorgungseinrichtung getroffenen und vom Familiengericht genehmigten Vereinbarung kann für ein ausgleichsberechtigtes Mitglied der Versorgungsausgleich durch Leistung von Versorgungsabgaben erfolgen.

¹Das ausgleichspflichtige Mitglied kann seine aufgrund des Versorgungsausgleichs gekürzte Rentenanwartschaft durch zusätzliche Zahlung wieder ergänzen.

¹Der Verwaltungsausschuss wird ermächtigt, Richtlinien zur Durchführung des Versorgungsausgleichs zu erlassen.

III.

Versorgungsabgaben für die Versorgungseinrichtung

§ 22

Allgemeine Versorgungsabgabe

¹Die allgemeine Versorgungsabgabe gilt für alle Mitglieder, sofern in der Satzung nichts Abweichendes geregelt ist. ²Sie beträgt 14 v. H. aller Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit, soweit durch diesen Vomhundertsatz die Höchstgrenze der Versorgungsabgabe nach Abs. 2 nicht überschritten wird.

¹Die Höchstgrenze für die jährliche Versorgungsabgabe ist das 1,3-fache der durchschnittlichen Versorgungsabgabe (§ 26) des vorletzten Geschäftsjahres, wobei dieser Betrag den für die Befreiung von der Körperschaftssteuer zulässigen Betrag nicht überschreiten darf. ²Der monatliche Höchstbetrag ist 1/12 des sich aus Abs. 1 ergebenden Betrages.

¹Die Mindestversorgungsabgabe beträgt das 0,3-fache der durchschnittlichen Versorgungsabgabe des vorletzten Geschäftsjahres.

¹Zur Veranlagung der Einkünfte, die nicht aus einer Tätigkeit herrühren, die eine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung nach sich zieht, haben Mitglieder jährlich den letzten Einkommenssteuerbescheid vorzulegen. ²Statt des Einkommenssteuerbescheides kann das Mitglied eine schriftliche Auskunft eines Steuerbevollmächtigten, der das Mitglied nach den Steuergesetzen rechtsgültig vertreten kann, vorlegen. ³Mitglieder, die das 1,1-fache der durchschnittlichen Versorgungsabgabe des vorletzten Geschäftsjahres oder eine höhere Versorgungsabgabe entrichten, sind von der Verpflichtung zur Vorlage des Einkommenssteuerbescheides befreit. ⁴Bei Nichtvorlage des Einkommenssteuerbescheides beträgt die Pflichtabgabe das 1,1-fache der durchschnittlichen Versorgungsabgabe des vorletzten Geschäftsjahres.

¹Mitglieder, die einer geringfügigen Beschäftigung im Sinne des § 8 SGB IV nachgehen, sind nicht verpflichtet, Versorgungsabgaben zu entrichten.

¹Mitglieder sind berechtigt, über den jeweiligen Pflichtbeitrag hinaus Versorgungsabgaben bis zur Höchstgrenze nach Abs. 2 zu entrichten.

§ 23

Besondere Versorgungsabgabe

¹Mitglieder, die angestellt tätig und gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 1 Satz 1 SGB VI von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind,

leisten als Versorgungsabgabe den jeweils gültigen Beitrag zur gesetzlichen Rentenversicherung.

und während einer Arbeitslosigkeit oder während einer Rehabilitation Ansprüche gegen die Bundesanstalt für Arbeit oder gegen den zuständigen Träger der Rehabilitation haben, leisten während dieser Zeit Versorgungsabgaben in der Höhe, in der ihnen Beiträge von der Bundesanstalt für Arbeit oder vom Rehabilitationsträger zu gewähren sind.

und trotz Aufforderung keinen Nachweis über die Höhe ihres Bruttoarbeitsentgeltes erbringen, werden unter Zugrundelegung des für die gesetzliche Rentenversicherung jeweils geltenden Beitragssatzes und der jeweils geltenden Beitragsbemessungsgrenze zur Leistung von Versorgungsabgaben herangezogen.

¹Mitglieder, die angestellt tätig sind und keinen Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 1 Satz 1 SGB VI gestellt haben, und deshalb nicht befreit worden sind, leisten, wenn sie im Falle einer erteilten Befreiung eine Versorgungsabgabe gemäß Abs. 1 Nr. 1 hätten leisten müssen, Versorgungsabgaben gemäß § 22.

¹Mitglieder, die angestellt tätig sind und rechtzeitig einen Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 1 Satz 1 SGB VI ge-

stellt haben, aber gleichwohl nicht befreit worden sind, leisten, wenn sie im Falle einer erteilten Befreiung eine Versorgungsabgabe gemäß Abs. 1 Nr. 1 hätten leisten müssen, die Mindestversorgungsabgabe gemäß § 22 Abs. 3.

¹Beamte auf Zeit, auf Widerruf oder auf Probe oder Sanitätsoffiziere als Soldaten auf Zeit die nicht gemäß § 6 Abs. 4 Nr. 3 befreit sind, leisten eine Versorgungsabgabe in Höhe der Mindestversorgungsabgabe gemäß § 22 Abs. 3.

¹Bei Nichtvorlage des Einkommensteuerbescheides leisten Mitglieder im Jahr der Niederlassung sowie in dem darauffolgenden Geschäftsjahr, eine Versorgungsabgabe in Höhe der Mindestversorgungsabgabe gemäß § 22 Abs. 3.

¹Mitglieder, die ihren Wehrdienst, Zivildienst oder Pflichtdienst im zivilen Bevölkerungsschutz leisten, leisten eine Versorgungsabgabe in Höhe des jeweils höchsten Pflichtbeitrages zur gesetzlichen Rentenversicherung, höchstens jedoch in der Höhe, in der ihnen während der vorgenannten Zeiten Beiträge von dritter Seite zu gewähren sind.

§ 24

Versorgungsabgaben für freiwillige Mitglieder

¹Freiwillige Mitglieder im Sinne des § 7 leisten Versorgungsabgaben in Höhe der Mindestversorgungsabgabe gemäß § 22 Abs. 3. ²Sie sind berechtigt, Versorgungsabgaben bis zur Höchstgrenze gemäß § 22 Abs. 2 zu leisten.

§ 25

Freiwillige Höherversorgung

(1) ¹Neben den nach §§ 22 bis 24 zu leistenden Versorgungsabgaben können Mitglieder Abgaben zur freiwilligen Höherversorgung bis zur Höhe der Differenz zwischen dem 1,3-fachen der durchschnittlichen Versorgungsabgabe des vorletzten Geschäftsjahres und dem nach Abs. 2 oder 3 jeweils zulässigen Höchstbetrag leisten. ²Die Mindestabgabe beträgt 3/10 der durchschnittlichen Versorgungsabgabe des vorletzten Geschäftsjahres. ³Über die Mindestabgabe hinausgehende Beträge sind in Stufen von jeweils 2/10, gemessen an der durchschnittlichen Versorgungsabgabe des vorletzten Geschäftsjahres, bis zu dem nach Abs. 2 oder 3 zulässigen Höchstbetrag zu entrichten.

(2) ¹Die Versorgungsabgaben nach §§ 22 bis 24 und die Abgaben zur freiwilligen Höherversorgung dürfen zusammen das 12-fache der Beiträge nicht überschreiten, die jeweils nach § 114 und § 115 des Angestelltenversicherungsgesetzes für das jeweilige Kalenderjahr, höchstens jedoch für das Kalenderjahr 1976, entrichtet werden können.

¹Für angestellt tätige Mitglieder, die aufgrund tarifrechtlicher Regelungen Anspruch auf zusätzliche Alters- und Hinterbliebenenversorgung haben und die bereits vor dem 1. Januar 1974 die dafür bestimmten Beiträge nach § 21 Abs. 3 der bis zu diesem Zeitpunkt gültigen Satzung in die

Ärzteversorgung Westfalen-Lippe eingebracht hatten, dürfen die Versorgungsabgaben nach §§ 22 bis 24 und die Abgaben zur freiwilligen Höherversorgung zusammen das 12-fache der Beiträge, die höchstens nach § 114 und § 115 des Angestelltenversicherungsgesetzes für das jeweilige Kalenderjahr entrichtet werden können, nicht überschreiten.

¹Durch die Leistung von Abgaben zur freiwilligen Höherversorgung erwirbt das Mitglied zusätzliche, nach versicherungsmathematischen Grundsätzen errechnete Steigerungszahlen. ²Diese zusätzlichen Steigerungszahlen werden bei der Ermittlung der durchschnittlich jährlich erworbenen Steigerungszahl nach § 11 Abs. 2 nicht berücksichtigt.

§ 26

Berechnung der jährlichen durchschnittlichen Versorgungsabgabe

¹Die als Bemessungsgrundlage dienende durchschnittliche Versorgungsabgabe wird berechnet aus den im Geschäftsjahr eingegangenen gesamten Versorgungsabgaben geteilt durch die Anzahl der Mitglieder, die Versorgungsabgaben geleistet haben.

¹Bei der Ermittlung der im Geschäftsjahr insgesamt eingegangenen Versorgungsabgaben bleiben unberücksichtigt:

Überleitungs- und Nachversicherungsbeiträge der Vorjahre - § 31.

Abgaben zur freiwilligen Höherversorgung - § 25.

Abgaben zur freiwilligen Zusatzversorgung - § 29.

Zahlungen zum Ausgleich der Kürzung infolge des Versorgungsausgleichs – § 21 Abs. 4.

¹Bei der Bestimmung der Anzahl der Mitglieder, die Versorgungsabgaben geleistet haben, werden

Mitglieder, die im Laufe eines Geschäftsjahres die Mitgliedschaft erworben haben, oder deren Beitragspflicht im Laufe des Geschäftsjahres endet, in diesem Geschäftsjahr mit dem Faktor 0,5 berücksichtigt.

Teilbefreite gemäß § 36 Abs. 1 sowie Mitglieder, für die § 23 Abs. 3 gilt, nur mit dem Bruchteil gewertet, der ihrer Abgabepflicht entspricht.

freiwillige Mitglieder, die nach § 24 Versorgungsabgabe in einer Höhe geleistet haben, die unter der durchschnittlichen Versorgungsabgabe des vorletzten Geschäftsjahres liegt, mit dem Bruchteil in vollen Zehnteln gewertet, der ihrer Teilnahme im Verhältnis zur durchschnittlichen Versorgungsabgabe des vorletzten Geschäftsjahres entspricht und

Ärztinnen und Ärzte im Praktikum mit dem Faktor 0,4 berücksichtigt.

²Maßgebend dabei ist der Status am Jahresletzten des betreffenden Geschäftsjahres.

¹Die durchschnittliche Versorgungsabgabe wird auf volle Geldbeträge kaufmännisch gerundet ermittelt.

§ 27

Versorgungsabgabeverfahren

¹Die nach §§ 22 und 23 zu leistenden Versorgungsabgaben sind in monatlichen Beträgen bis zum Letzten eines jeden Monats zu entrichten.

¹Freiwillige Versorgungsabgaben müssen innerhalb des laufenden Geschäftsjahres geleistet worden sein.

¹Das Recht und die Pflicht der Mitglieder, Versorgungsabgaben zu leisten, beginnt mit dem Beginn

der Mitgliedschaft,

des Monats, der dem Monat folgt, in dem die Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente endet, sofern zu diesem Zeitpunkt die Mitgliedschaft zum Versorgungswerk noch besteht

und endet:

mit dem Ende der Mitgliedschaft,

mit dem Ablauf des Monats des Eintritts des Versorgungsfalles gemäß §§ 9 Abs. 1 und 2 und 10 Abs. 1.

(4) ¹Nach Eintritt des Versorgungsfalles im Sinne des § 10 Abs. 1 nimmt das Versorgungswerk Versorgungsabgaben:

des Arbeitsamtes,

aus Anlass einer pflegenden Tätigkeit im Rahmen der Pflegeversicherung,

aus Anlass eines Arbeitsversuches sowie

wegen einer Gehaltsfortzahlung im Krankheitsfall,

die für die Zeit nach Eintritt des Versorgungsfalles im Sinne des § 10 Abs. 1 geleistet werden, entgegen.

(5) ¹Die Versorgungsabgabe gilt nur als geleistet, wenn sie auf ein Bank-, Sparkassen- oder Postgirokonto der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe eingezahlt und gutgeschrieben ist.

(6) ¹Erfüllungsort für die Versorgungsabgabe ist der Sitz der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe in Münster (Westfalen).

¹Die Mitglieder erhalten jährlich eine Bescheinigung über die geleisteten Versorgungsabgaben und die daraus errechneten Steigerungszahlen.

§ 28

Säumniszuschlag

¹Von den Mitgliedern, die mit der Zahlung der Versorgungsabgabe länger als zwei Wochen von der Zahlungsaufforderung an in Verzug sind, kann ein einmaliger Säumniszuschlag in Höhe von 2 % der rückständigen Versorgungsabgaben und bei Zahlungsverzug von länger als drei Monaten nach Zahlungsaufforderung können Zinsen in Höhe von 2 % über dem jeweiligen Diskontsatz der Deutschen Bundesbank erhoben werden. ²Außer dem Säumniszuschlag sind die durch Einziehung der Versorgungsabgabe entstandenen Kosten durch das Mitglied zu tragen.

§ 29

Freiwillige Zusatzversorgung

¹Mitglieder sind berechtigt, Abgaben zur freiwilligen Zusatzversorgung bis zur Höhe der Differenz zwischen dem 1,3-fachen der durchschnittlichen Versorgungsabgabe des vorletzten Geschäftsjahres und dem für die Befreiung von der Körperschaftssteuer zulässigen Betrag zu entrichten. ²Sofern Mitglieder Abgaben zur freiwilligen Höherversorgung nach § 25 leisten, können Versorgungsabgaben zur freiwilligen Zusatzversorgung nur in Höhe der Differenz zwischen dem Höchstbetrag nach § 25 und dem für die Befreiung von der Körperschaftssteuer zulässigen Betrag entrichtet werden.

¹Für jede geleistete Jahresabgabe wird ein Anspruch auf Zusatzrente erworben, deren Höhe nach versicherungsmathematischen Grundsätzen errechnet wird.

¹Die Bedingungen der freiwilligen Zusatzversorgung sind als Anlage Bestandteil dieser Satzung.

IV.

Zweck und Verwendung der Mittel

§ 30

¹Die Mittel der Versorgungseinrichtung dürfen nur zur Bestreitung der satzungsmäßigen Leistungen, der notwendigen Verwaltungskosten sowie zur Bildung der erforderlichen Rückstellungen und Rücklagen verwendet werden.

¹Das gebundene Vermögen des Versorgungswerkes ist unter Beachtung des § 3 des Landesversicherungsaufsichtsgesetzes (VAG NRW) und des § 3 der Versorgungswerkverordnung (VersWerkVO NRW) und den hierzu erlassenen Richtlinien der Aufsicht anzulegen. ²Mit Zustimmung der Aufsicht dürfen Geschäfte der Absicherung von Kurs- und Zinsänderungsrisiken oder zur Erzielung zusätzlicher Erträge getätigt werden.

¹Die Versorgungseinrichtung hat jährlich eine versicherungsmathematische Bilanz durch einen Sachverständigen aufstellen zu lassen. ²Ergibt sich nach dieser Bilanz ein Überschuss, so sind 5 v. H. davon einer besonderen Sicherheitsrücklage zuzuweisen, bis diese 2,5 v. H. der Deckungsrückstellung erreicht oder nach Inanspruchnahme wieder erreicht hat. ³Die Sicherheitsrücklage darf nur zur Deckung von Verlusten in Anspruch genommen werden. ⁴Der weitere Überschuss fließt in die Gewinnrückstellung, der Beträge ausschließlich zur Verbesserung der Versorgungsleistungen oder zur Deckung von Verlusten, sofern die Sicherheitsrücklage dazu nicht ausreicht, entnommen werden dürfen.

¹Die Erhöhung des Bemessungsmultiplikators gemäß § 9 Abs. 2 sowie jede andersartige Verbesserung der Versorgungsleistungen sind durchzuführen, wenn die versicherungsmathematische Bilanz derartige Maßnahmen in nennenswertem Umfang zulässt. ²Diese Verbesserungen werden von der Kammerversammlung beschlossen und bedürfen der Genehmigung der Aufsichtsbehörde.

¹Die Anpassung der laufenden Renten erfolgt jährlich auf Grund der Bilanz durch Beschluss der Kammerversammlung. ²Die erstmals festgesetzte Rentenhöhe darf nicht unterschritten werden. ³Die Anpassung bedarf der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde.

¹Die Jahresabschlussprüfung sollte spätestens 4 Monate nach Beendigung des Geschäftsjahres durch den öffentlich bestellten Wirtschaftsprüfer beendet sein.

V.

Schlussbestimmungen

§ 31

(1) ¹Bei Ärzten, die aus einem anderen Kammerbereich zuziehen, in dem sie die Mitgliedschaft bei einer durch Gesetz angeordneten oder auf Gesetz beruhenden Versorgungs- oder Versorgungseinrichtung besaßen, gelten für die Berechnung der Renten die Zeit der Mitgliedschaft und die entrichteten Versorgungsabgaben in der bisherigen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung. ²Voraussetzung hierfür ist, dass die Ärzteversorgung Westfalen-Lippe mit der bisherigen Versorgungs- oder Versorgungseinrichtung in einem Vertragsverhältnis über die Übertragung von Rechten von Ärzten steht. ³Derartige Verträge können vom Verwaltungsausschuss mit

Billigung des Aufsichtsausschusses abgeschlossen werden. ⁴Sie bedürfen der Zustimmung der Aufsichtsbehörde.

(2) ¹Nachversicherungsbeiträge gemäß § 186 SGB VI gelten als rechtzeitig nach § 23 Abs. 1 entrichtete Pflichtversorgungsabgaben. ²Der Nachversicherte gilt rückwirkend vom Tage des Beginns der Nachversicherungszeit an als Mitglied der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe, falls nicht aus anderem Grunde die Mitgliedschaft zu einem früheren Zeitpunkt begonnen hat. ³Der Eintritt des Versorgungsfalles steht der Nachversicherung nicht entgegen. ⁴Nachversicherungsbeiträge sind nicht Kapitaleinzahlungen im Sinne des § 37 Abs. 2.

§ 32

¹Ergibt eine nachträgliche Prüfung von Rentenfestsetzungen oder erhobenen Rentenansprüchen, dass eine Leistung zu Unrecht abgelehnt, entzogen, eingestellt oder falsch festgestellt worden ist, so ist sie neu festzustellen. ²Die Leistung kann nicht zurückgefordert werden, wenn irrtümlich gezahlt wurde. ³Erschlichene Leistungen sind zurückzufordern.

§ 33

¹Renten- und sonstige Ansprüche können nicht abgetreten und nicht übertragen werden.

§ 34

¹Der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe obliegt die allgemeine Aufklärung ihrer Mitglieder und Rentner über ihre Rechte und Pflichten.

¹Für die An-, Um- und Abmeldung gelten die allgemeinen Vorschriften der Ärztekammer Westfalen-Lippe.

§ 35

Allgemeine Berechnungsvorschriften

¹Geldwerte werden, sofern in der Satzung nichts anderes geregelt ist, auf zwei Stellen nach dem Komma kaufmännisch gerundet gerechnet.

¹Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr. ²Monate werden mit 30 Tagen gerechnet. ³Bei der Umrechnung von Tagen und Monaten in Jahre werden die Jahreswerte mit vier Stellen nach dem Komma kaufmännisch gerundet errechnet.

§ 36

¹Angehörige der Ärztekammer Westfalen-Lippe, die nachweisen, dass sie bis zum 5. April 1960 eine den Leistungen der Versorgungseinrichtung entsprechende Versorgung erworben haben, sind auf Antrag von der Mitgliedschaft zu befreien. ²Bei einer die Leistung der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe nur teilweise erreichenden anderweitigen Versorgung wird das Mitglied im entsprechenden Verhältnis von der Zahlung der Versorgungsabgabe befreit.

¹Über Befreiungsanträge gemäß Abs. 1 entscheidet der Verwaltungsausschuss, über Widersprüche gegen die Entscheidung des Verwaltungsausschusses der Aufsichtsausschuss gemäß folgenden Bestimmungen:

Als ganz befreiend werden angesehen:

Private Lebensversicherungen.

Rentenversicherungen, die auf das Leben des Mitgliedes mit einem Rentenbezugsalter von höchstens 70 Jahren abgeschlossen sind, in Höhe der aus der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe zu erwartenden Ansprüche, die auf die durchschnittliche Versorgungsabgabe bezogen sind.

Kapitalversicherungen des Mitglieds, die auf den Todes- und Erlebensfall mit einer Versicherungssumme in Höhe des zehnfachen Betrages der aus der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe zu erwartenden Altersrente bei durchschnittlicher Beitragszahlung von jährlich 1.600,-- DM des Mitgliedes bestehen und auf ein Endalter von 60 bis 70 Jahren abgeschlossen sind. Bei Versicherungsverträgen, bei denen die Beitragsrückerstattung die Form des Summenzuwachses oder der Ansammlung hat, wird die Versicherungssumme mit einem Zuschlag von 15 % bewertet.

Lebensversicherungen, die zur Befreiung von der Angestelltenversicherung gemäß den Bestimmungen des AVG geführt haben, sofern sie auf ein Endalter von 60 bis 70 Jahren abgeschlossen sind.

Lebensversicherungen angestellter Ärzte, die nicht angestelltenversicherungspflichtig sind, in Höhe von drei Zehntel der unter b. aufgeführten Summe zur Befreiung von der im Sinne § 21 Abs. 2 der Satzung aufgeführten Versorgungsabgabe. Vorstehende Bestimmung findet keine Anwendung auf diejenigen angestellten Ärzte, die Mitglieder werden.

Erträge aus Grundbesitz:

Erträge aus Grundbesitz sind nach steuerrechtlichen Richtlinien zu errechnen. Absetzungen für Abnutzung nach § 7 b) EStG können unberücksichtigt bleiben. Vorhandene Lasten können dann unberücksichtigt bleiben, wenn sie durch Versicherungsschutz auf den Todesfall abgedeckt sind.

Erträge aus Einfamilienhäusern in Höhe der steuerrechtlichen Bestimmung. Auch hier können Lasten unberücksichtigt bleiben, wenn sie durch Versicherungsschutz abgedeckt sind.

Sonstige Erträge:

Erträge aus festverzinslichen Werten, soweit sie auf den Inhaber lauten.

Erträge aus festverzinslichen Anlagen, die auf den Namen lauten, mit Zinssatz bis zu einer Höhe von 6. v.H.

Laufende Renten, die lebenslänglich zahlbar sind, in der Höhe, in der sie bei In-Kraft-Treten der Satzung der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe gezahlt werden.

Die Erträge nach I., 2. und 3. wirken dann ganz befreiend, wenn sie die gleiche Höhe wie die unter I., 1.a. und b. bezeichneten Ansprüche gewährleisten.

Teilbefreiungen können durchgeführt werden in der Höhe, die dem Verhältnis der aus dem befreienden Tatbestand entstehenden Leistungen oder Erträge zu der in I., 1. a. und b. bezeichneten Ansprüche entspricht.

Befreiungen werden nur in Bruchteilen von vollen Zehnteln ausgesprochen.

Eine Befreiung oder Teilbefreiung darf nur erfolgen, wenn der darauf gerichtete schriftliche Antrag bis zum 31.3.1964 bei der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe gestellt wird. Der Antragsteller hat den Befreiungstatbestand bis zum vorgenannten Zeitpunkt nach Grund und Höhe nachzuweisen.

Ärzte, die Mitglieder der Ärztekammer Westfalen-Lippe werden, sind gemäß den vorstehenden Bedingungen ganz oder teilweise zu befreien, wenn sie am 5.4.1960 über eine den Leistungen der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe entsprechende anderweitige Versorgung verfügt haben. Die Befreiung ist innerhalb von 6 Monaten nach dem Beginn ihrer Zugehörigkeit zur Ärztekammer Westfalen-Lippe schriftlich bei der Versorgungseinrichtung zu beantragen. Der Befreiungstatbestand ist innerhalb des vorgenannten Zeitraumes nach Grund und Höhe nachzuweisen.

Befreiungen auf Grund des § 39 sind nicht widerrufbar. Wer nach § 39 von der Mitgliedschaft zur Versorgungseinrichtung befreit ist, kann durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Verwaltungsausschuss auf die Befreiung mit Wirkung vom Beginn des nächsten Monats an verzichten, soweit er das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Dieser Verzichtserklärung kann nur stattgegeben werden, wenn eine vom Verwaltungsausschuss geforderte ärztliche Untersuchung durchgeführt worden ist. Auf Grund dieses Untersuchungsergebnisses entscheidet der Verwaltungsausschuss über die Wirksamkeit der Verzichtserklärung. Bei Widerspruch gegen die Entscheidung des Verwaltungsausschusses entscheidet der Aufsichtsausschuss.

VI.

Übergangsbestimmungen

§ 37

Einmalige Kapitaleinzahlungen

¹Mitglieder der Versorgungseinrichtung können binnen eines Zeitraumes von 6 Monaten nach In-Kraft-Treten der Versorgungseinrichtung sich zu einer Kapitaleinzahlung bis zu DM 50.000,-- schriftlich verpflichten und durch diese Einzahlung zusätzlich Steigerungszahlen nach versicherungsmathematischen Errechnungen erwerben. ²Die Einzahlung kann innerhalb von 5 Jahren in gleichen Jahresraten erfolgen.

¹Kapitaleinzahlungen, die aus Einzahlungen aus der Angestelltenversicherung oder aus entsprechenden Arbeitgeberzahlungen stammen, können innerhalb von sechs Monaten nach der Auszahlung vorgenommen werden. ²Sie erwerben Steigerungszahlen nach Abs. 1. ³Diese Einzahlungen dürfen, bezogen auf das Jahr, für welches sie ursprünglich geleistet wurden, nicht höher sein als das 12-fache der Beträge, die höchstens nach § 114 und § 115 des Angestelltenversicherungsgesetzes entrichtet werden können.

§ 38

Durchschnittliche Versorgungsabgabe für die ersten vier Jahre

¹In Abweichung von den Festlegungen in § 26 dieser Satzung wird die jährliche durchschnittliche Versorgungsabgabe für die ersten vier Jahre nach In-Kraft-Treten der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe nicht errechnet, sondern auf DM 1.600,-- festgesetzt.

§ 39

Zurechnungszeiten bei der Berufsunfähigkeitsrente in den Geschäftsjahren 1986 – 1988

¹Bei Ansprüchen auf Berufsunfähigkeitsrenten, die in den Geschäftsjahren 1986 – 1988 entstehen, wird abweichend von § 10 Abs. 6 in der bis zum 31.12.2001 geltenden Fassung für die Berechnung der hinzuzurechnenden Steigerungszahlen festgelegt, dass anstelle einer Hinzurechnung bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres eine Hinzurechnung bis zur Vollendung

des 63. Lebensjahres im Geschäftsjahr 1986

des 62. Lebensjahres im Geschäftsjahr 1987 und

des 61. Lebensjahres im Geschäftsjahr 1988

erfolgt.

§ 40

¹Angehörige der Ärztekammer Westfalen-Lippe, die bei In-Kraft-Treten dieser Versorgungseinrichtung bereits berufsunfähig sind, sind nicht Mitglieder der Versorgungseinrichtung.

VII.

In-Kraft-Treten der Satzung

§ 41

Diese Satzung tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2003 in Kraft. Gleichzeitig tritt die Satzung der Westfälisch-Lippischen Ärzteversorgung vom 29. Januar 1994 (SMBl. NRW. 21220) außer Kraft.

Genehmigt.

Düsseldorf, den 30. November 2001

Finanzministerium
des Landes Nordrhein-Westfalen
Im Auftrag

Dr. S i e g e l

Die vorstehende Satzungsänderung wird hiermit ausgefertigt und wird im Ministerialblatt für das Land Nordrhein-Westfalen bekannt gegeben.

Münster, den 11. Dezember 2001

Präsident der Ärztekammer
Westfalen- Lippe

Dr. med. Ingo F l e n k e r

[Anlage 1](#)

[Anlage 1-1](#)

[Anlage 1-2](#)

Anlagen

Anlage 1 (Anlage1)

[URL zur Anlage \[Anlage1\]](#)

Anlage 2 (Anlage2)

[URL zur Anlage \[Anlage2\]](#)