

ÄRZTEKAMMER HAMBURG

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Versorgungsstatut der Ärztekammer Hamburg

Stand: 01.06.2017

Inhaltsverzeichnis

I. Allgemeine Bestimmungen	2
§ 1 Rechtsnatur und Aufgaben	2
§ 2 Verwaltungsorgane.....	2
§ 3 Delegiertenversammlung.....	2
§ 4 Aufsichtsausschuss	3
§ 5 Verwaltungsausschuss	3
§ 6 Haftungsbegrenzung	4
§ 7 Pflichtmitgliedschaft.....	4
§ 8 Freiwillige Mitgliedschaft.....	5
II. Leistungen des Versorgungswerks	5
§ 9 Leistungen.....	5
§ 10 Voraussetzungen der Berufsunfähigkeit.....	6
§ 11 Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente.....	7
§ 12 Altersrente.....	7
§ 13 Hinterbliebenenrenten	8
§ 14 Witwen- und Witwerrente	8
§ 15 Versorgungsausgleich	9
§ 16 Waisen- und Halbwaisenrente.....	10
§ 17 Kinderzuschlag.....	10
§ 18 Höhe der Leistungen	11
§ 18 a Leistungen aus der zusätzlichen Höherversorgung.....	14
§ 19 Sterbegeld.....	14
§ 20 Kapitalabfindung.....	15
§ 21 Rehabilitationsmaßnahmen	15
§ 22 Verzinsung.....	15
§ 23 Übertragbarkeit.....	15
III. Beiträge zum Versorgungswerk	16
§ 24 Allgemeine Versorgungsbeiträge.....	16
§ 25 Versorgungsbeitrag für angestellte Ärzte	16
§ 26 Versorgungsbeitrag zur zusätzlichen Höherversorgung	16
§ 27 Versorgungsbeitrag für freiwillige Mitglieder	17
§ 28 Versorgungsbeitrag bei Ausübung einer berufsfremden versicherungspflichtigen Tätigkeit.....	17
§ 29 Erhöhter Versorgungsbeitrag.....	17
§ 30 Dauer der Beitragszahlung	17
§ 31 Stundung.....	17
§ 32 Erlass.....	17
§ 33 Säumnis.....	18
§ 34 Verfahren der Beitragszahlung	18
§ 35 Nachversicherung.....	18
§ 36 Überleitungen von Versorgungsbeiträgen	19
IV. Verwendung der Mittel	20
§ 37 Vermögen und Verwaltung	20
V. Schlussvorschriften	21
§ 38 Übergangsvorschriften	21
§ 39 Geschäftsjahr.....	21
§ 40 Bekanntmachungen.....	21
§ 41 Inkrafttreten.....	21
Anlage 1	22
Anlage 2	24
Anlage 3	24
Anlage 4	25

ÄRZTEKAMMER HAMBURG

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Versorgungsstatut der Ärztekammer Hamburg

Aufgrund von § 19 Abs.1, 2 Ziffer 1, § 7 Abs. 1, § 6 Abs. 6 des Hamburgischen Kammergesetzes für die Heilberufe (HmbKGGH) vom 14.12.2005 (Hamburgisches Gesetz- und Verordnungsblatt S. 495), zuletzt geändert am 21.02.2017 (HmbGVBl S. 47) hat die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Hamburg am 05.12.2016 die 9. Satzung zur Änderung des Versorgungsstatuts der Ärztekammer Hamburg beschlossen, die die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz am 06.04.2017 gemäß § 57 in Verbindung mit § 19 Abs. 2 Ziffer 1 HmbKGGH genehmigt hat.

I. Allgemeine Bestimmungen

§ 1

Rechtsnatur und Aufgaben

- (1) Das Versorgungswerk ist eine Einrichtung der Ärztekammer Hamburg.
- (2) Das Versorgungswerk hat die Aufgabe, den Mitgliedern der Ärztekammer und ihren Hinterbliebenen Versorgungsleistungen nach Maßgabe dieses Statuts zu gewähren.
- (3) ¹Hinterbliebene im Sinne dieses Versorgungsstatuts sind auch Lebenspartner des Verstorbenen nach dem Gesetz über die eingetragene Lebenspartnerschaft (Lebenspartnerschaftsgesetz vom 16.02.2001, zuletzt geändert durch Art. 2 Abs. 18 des Gesetzes vom 19.02.2007). ²Witwe oder Witwer im Sinne dieses Versorgungsstatuts ist auch ein Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz. ³Ehe im Sinne dieses Versorgungsstatuts ist auch die Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz. ⁴Ehegatte im Sinne dieses Versorgungsstatuts ist auch ein Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz. ⁵Heirat im Sinne dieses Versorgungsstatuts ist auch die Begründung einer Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz.

§ 2

Verwaltungsorgane

Zuständig für die Durchführung des Versorgungswerks sind

- a) die Delegiertenversammlung,
- b) der Aufsichtsausschuss,
- c) der Verwaltungsausschuss.

§ 3

Delegiertenversammlung

- (1) Die Aufgaben der Delegiertenversammlung für das Versorgungswerk sind:
 - a) Änderung des Versorgungsstatuts,
 - b) Wahl und Abwahl der Mitglieder des Aufsichtsausschusses und des Verwaltungsausschusses,
 - c) Feststellung des Rechnungsabschlusses,
 - d) Entlastung des Aufsichtsausschusses und des Verwaltungsausschusses,
 - e) Neufestsetzung der Versorgungsbeiträge und der Leistungen, Verwendung der Überschüsse,

- f) Abschluss von Überleitungsverträgen und Erstattungsabkommen mit anderen Versorgungswerken,
- g) Festsetzung der Vergütungen und Aufwandsentschädigungen der Mitglieder des Aufsichtsausschusses und des Verwaltungsausschusses,
- h) Auflösung des Versorgungswerks.

(2) ¹Ein Beschluss über die Änderung des Statuts bedarf der Zustimmung von zwei Dritteln, ein Beschluss über die Auflösung des Versorgungswerks bedarf der Zustimmung von drei Vierteln der Mitglieder der Delegiertenversammlung. ²Zur Beschlussfassung über die Änderung des Statuts ist mit einer Frist von mindestens 14 Tagen, zur Beschlussfassung über die Auflösung des Versorgungswerks mit einer Frist von mindestens vier Wochen einzuladen.

§ 4

Aufsichtsausschuss

(1) ¹Der Aufsichtsausschuss besteht aus sieben Mitgliedern, von denen fünf Mitglieder der Ärztekammer sein müssen. ²Von den ärztlichen Mitgliedern müssen bei der Wahl zwei Nichtvertragsärzte bzw. Nichtvertragsärzte im Ruhestand und zwei Vertragsärzte bzw. Vertragsärzte im Ruhestand sein. ³Von den weiteren Mitgliedern soll eines die Befähigung zum Richteramt haben, das andere auf dem Gebiet des Finanz- oder Versicherungswesens erfahren sein. ⁴Die Mitglieder des Aufsichtsausschusses werden auf die Dauer von vier Jahren gewählt und nach ihrer Wahl vom Vorstand der Ärztekammer bestellt. ⁵Im Falle einer Abwahl (§ 3 Abs. 1 Buchstabe b) oder des Ausscheidens während der laufenden Amtszeit wird die Bestellung vom Vorstand der Ärztekammer widerrufen. ⁶Vier der ärztlichen Mitglieder des Aufsichtsausschusses müssen dem Versorgungswerk angehören.

(2) ¹Der Aufsichtsausschuss ist beschlussfähig, wenn mindestens fünf seiner Mitglieder anwesend sind. ²Er fasst seine Beschlüsse mit einfacher Mehrheit; bei Stimmgleichheit gilt der Beschluss als nicht gefasst.

(3) Der Aufsichtsausschuss wählt aus seinen der Ärztekammer Hamburg angehörenden Mitgliedern seinen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter.

(4) ¹Zu den Sitzungen des Aufsichtsausschusses ist der Präsident der Ärztekammer einzuladen. ²Der Aufsichtsausschuss kann zu seiner Sitzung Mitglieder des Verwaltungsausschusses beiziehen; er kann vom Verwaltungsausschuss jederzeit Auskunft über die Angelegenheiten des Versorgungswerks fordern.

(5) Aufgaben des Aufsichtsausschusses sind:

- a) Überwachung der Geschäftstätigkeit,
- b) Prüfung des Rechnungsabschlusses und des Jahresberichts,
- c) Aufstellung von Richtlinien für Kapitalanlagen,
- d) Vorschläge an die Delegiertenversammlung für die Wahl der Mitglieder des Verwaltungsausschusses,
- e) Auswahl des Wirtschaftsprüfers für die Prüfung des Rechnungsabschlusses und des Jahresberichts,
- f) Entscheidung über Widersprüche gegen Verwaltungsakte des Verwaltungsausschusses.

§ 5

Verwaltungsausschuss

(1) ¹Der Verwaltungsausschuss besteht aus sechs Mitgliedern. ²Von ihnen müssen vier Mitglieder der Ärztekammer sein. ³Eines der ärztlichen Mitglieder muss bei der Wahl Nichtvertragsarzt bzw. Nichtvertragsarzt im Ruhestand, ein weiteres Vertragsarzt bzw. Vertragsarzt im Ruhestand sein. ⁴Der Vertragsarzt bzw. Vertragsarzt im Ruhestand muss Mitglied des Versorgungswerks sein. ⁵Von den beiden nichtärztlichen Mitgliedern soll eines die Befähigung zum Richteramt besitzen oder Aktuar sein, das andere auf dem Gebiet des Finanz- oder Versicherungswesens erfahren sein. ⁶Die Mitglieder des Verwaltungsausschusses werden entsprechend der jeweils laufenden Amtszeit der Mitglieder der Delegiertenversammlung auf die Dauer von vier Jahren gewählt und nach ihrer Wahl vom Vorstand der Ärztekammer bestellt. ⁷Wird ein neues Mitglied für ein während der laufenden Amtszeit ausgeschiedenes oder ausscheidendes gewählt, so geschieht dies für den Rest der laufenden Amtszeit. ⁸Im Falle einer Abwahl (§ 3 Abs. 1 Buchstabe b) oder des Ausscheidens während der laufenden Amtszeit wird die Bestellung vom Vorstand der Ärztekammer widerrufen.

(2) ¹Der Aufsichtsausschuss bestimmt aus dem Kreis der ärztlichen Mitglieder den Vorsitzenden des Verwaltungsausschusses und dessen Stellvertreter. ²Zwei der ärztlichen Mitglieder des Verwaltungsausschusses müssen dem Versorgungswerk angehören.

(3) Die Mitglieder des Verwaltungsausschusses führen nach Ablauf ihrer Amtszeit die Geschäfte bis zur Übernahme durch die neu bestellten Mitglieder weiter.

(4) Die Mitglieder des Verwaltungsausschusses können nicht zugleich Mitglieder des Aufsichtsausschusses sein.

(5) ¹Der Verwaltungsausschuss ist beschlussfähig, wenn mindestens vier Mitglieder an der Beratung teilnehmen. ²Er fasst seine Beschlüsse mit einfacher Mehrheit. ³Bei Stimmgleichheit gilt der Beschluss als nicht gefasst. ⁴Ein Beschluss kommt zustande, wenn mindestens drei Mitglieder zustimmen.

(6) ¹Der Verwaltungsausschuss führt die Geschäfte des Versorgungswerks, soweit sie nicht durch das Statut anderen Organen übertragen sind. ²Er führt die Beschlüsse der Delegiertenversammlung und des Aufsichtsausschusses durch. ³Er hat in den ersten sechs Monaten des Geschäftsjahres für das vergangene Geschäftsjahr den Rechnungsabschluss sowie den Jahresbericht aufzustellen und nach Prüfung durch einen Wirtschaftsprüfer dem Aufsichtsausschuss vorzulegen; innerhalb von vier weiteren Monaten hat der Verwaltungsausschuss den vom Aufsichtsausschuss geprüften Rechnungsabschluss sowie Jahresbericht der Delegiertenversammlung vorzulegen.

(7) ¹Der Verwaltungsausschuss wird bei der Erfüllung seiner Aufgaben, insbesondere bei der Führung der Geschäfte des Versorgungswerks nach Absatz 6, von einer hauptamtlichen Geschäftsführung unterstützt. ²Die Geschäftsführung nimmt an den Sitzungen der Organe des Versorgungswerks teil.

(8) Dem Verwaltungsausschuss obliegt die allgemeine Aufklärung der Mitglieder des Versorgungswerks und der Hinterbliebenen über ihre Rechte und Pflichten.

§ 6

Haftungsbegrenzung

Die Mitglieder des Aufsichts- und Verwaltungsausschusses haften nur für den Schaden des Versorgungswerks, der dem Versorgungswerk aus einer vorsätzlichen oder grob fahrlässigen Verletzung der ihnen obliegenden Pflichten entsteht.

§ 7

Pflichtmitgliedschaft

(1) ¹Alle Mitglieder der Ärztekammer Hamburg sind Pflichtmitglieder des Versorgungswerks. ²Jedes Mitglied der Ärztekammer Hamburg hat sich innerhalb eines Monats nach Aufnahme seiner beruflichen Tätigkeit in Hamburg schriftlich bei der Ärztekammer und beim Versorgungswerk der Ärztekammer Hamburg zu melden.

(2) Ausgeschlossen von der Mitgliedschaft sind Mitglieder der Ärztekammer,
a) die bei Beginn der Mitgliedschaft in der Ärztekammer das Regelrenteneintrittsalter gemäß § 12 Abs. 2 vollendet haben,
b) die bei Beginn ihrer Mitgliedschaft zur Ärztekammer berufsunfähig sind. Entfällt die Berufsunfähigkeit vor der Vollendung des Regelrenteneintrittsalter gemäß § 12 Abs. 2, endet der Ausschluss.

(3) ¹Versorgungsausgleichsberechtigte Ärztinnen oder Ärzte können durch die Zuteilung von Versorgungsanrechten im Wege der Realteilung gemäß § 1 Abs. 2 des Gesetzes zur Regelung von Härten im Versorgungsausgleich (VAHRG) Mitglied im Versorgungswerk werden. ²Dies gilt auch für Ärztinnen oder Ärzte, die das Regelrenteneintrittsalter gemäß § 12 Abs. 2 vollendet haben, wenn der Eintritt in das Versorgungswerk durch die Zuteilung von Versorgungsanrechten für einen vor Vollendung des Regelrenteneintrittsalter gemäß § 12 Abs. 2 liegenden Zeitpunkt erreicht wird.

(4) ¹Versicherungsfrei sind Beamte, Berufssoldaten oder Soldaten auf Zeit, solange und soweit für sie Versicherungsfreiheit in der gesetzlichen Rentenversicherung besteht. ²Abweichend hiervon zahlen Beamte, Berufssoldaten oder Soldaten auf Zeit Versorgungsbeiträge nach § 24 Abs. 1, wenn nebenberuflich Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit erzielt werden.

(5) ¹Mitglieder, die der Ärztekammer Hamburg nicht mehr angehören, scheiden aus dem Versorgungswerk aus. ²Dies gilt nicht für Mitglieder, für die der Versorgungsfall eingetreten ist (§ 10 Absatz 1, § 12 Absatz 2).

(6) Mitglieder der Ärztekammer, die wegen Vollendung des 45. Lebensjahres vor dem 01.01.2005 von der Mitgliedschaft im Versorgungswerk ausgeschlossen wurden, bleiben ausgeschlossen. Der Ausschluss endet mit der Aufnahme einer neuen sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung in Hamburg.

(7) Mitglieder der Ärztekammer, die bei der Errichtung eines anderen berufsständischen Versorgungswerks die Befreiung von der Mitgliedschaft erwirkt haben, bleiben von der Mitgliedschaft befreit.

(8) Mitglieder der Ärztekammer, die vor dem 01.01.2005 von der Mitgliedschaft zugunsten der Mitgliedschaft in einem anderen berufsständischen Versorgungswerk befreit wurden, bleiben befreit, solange sie die Mitgliedschaft in dem anderen Versorgungswerk aufrechterhalten.

§ 8

Freiwillige Mitgliedschaft

(1) ¹Mitglieder des Versorgungswerks, die nach § 7 Abs. 5 aus dem Versorgungswerk ausscheiden, oder Mitglieder, die Mitgliedszeiten durch Zuteilung von Versorgungsanrechten gemäß § 1 Absatz 2 VAHRG erhalten haben, können auf Antrag die Mitgliedschaft freiwillig fortsetzen. ²Eine Pflichtmitgliedschaft in einem anderen Versorgungswerk schließt die freiwillige Mitgliedschaft im Versorgungswerk der Ärztekammer Hamburg aus. ³Im Falle des Ausscheidens nach § 7 Abs. 5 ist Voraussetzung, dass Versorgungsbeiträge nach § 24 oder § 25 geleistet wurden.

(2) ¹Der schriftliche Antrag muss beim Versorgungswerk innerhalb von 6 Monaten nach dem jeweils maßgeblichen Zeitpunkt (Beendigung der Mitgliedschaft in der Ärztekammer Hamburg oder Rechtskraft der Entscheidung des Familiengerichts im Falle des § 7 Abs. 3) eingehen. ²Die Weiterentrichtung von Versorgungsbeiträgen gilt als schriftlicher Antrag und die Entgegennahme dieser Versorgungsbeiträge als Bestätigung der freiwilligen Mitgliedschaft.

(3) ¹Das Mitglied kann die freiwillige Mitgliedschaft schriftlich mit einer Frist von einem Monat zum Ende eines Kalenderjahres kündigen. ²Die freiwillige Mitgliedschaft erlischt damit unwiderruflich.

(4) ¹Zahlt ein freiwilliges Mitglied die vereinbarten Versorgungsbeiträge trotz zweimaliger Mahnung nicht innerhalb eines Monats, kann das Versorgungswerk die freiwillige Mitgliedschaft fristlos kündigen. ²Die freiwillige Mitgliedschaft erlischt damit unwiderruflich.

II. Leistungen des Versorgungswerks

§ 9

Leistungen

(1) ¹Das Versorgungswerk gewährt folgende Leistungen:

- a) Berufsunfähigkeitsrente,
- b) Altersrente,
- c) Hinterbliebenenrente,
- d) Kinderzuschlag,
- e) Kapitalabfindung,
- f) Sterbegeld,
- g) Zuschüsse zu Rehabilitationsmaßnahmen.

²Auf diese Leistungen besteht mit Ausnahme der Zuschüsse zu Rehabilitationsmaßnahmen nach Entrichtung des ersten Versorgungsbeitrags ein Rechtsanspruch.

(2) ¹Hat ein Mitglied oder ein Berechtigter mit Ansprüchen nach den §§ 10, 13, 17 oder 19 Schadensersatzansprüche nichtversicherungsrechtlicher Art gegen Dritte, so besteht die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der das Versorgungswerk Leistungen zu gewähren hat, an das Versorgungswerk abzutreten. ²Gegebenenfalls erstreckt sich die Abtretungsverpflichtung nur insoweit, als der vom Dritten geschuldete Schadensersatz nicht zur vollen Deckung des eigenen Schadens des Mitglieds oder eines Berechtigten erforderlich ist. ³Die Abtretung kann nicht zum Nachteil des Mitglieds bzw. eines Berechtigten geltend gemacht werden. ⁴Gibt das Mitglied oder ein Berechtigter einen solchen Anspruch oder ein der Sicherung eines solchen Anspruchs dienendes Recht ohne Zustimmung des Verwaltungsausschusses auf, so wird das Versorgungswerk von der Verpflichtung zu Leistungen nach den §§ 10, 13, 17 und 19 insoweit frei, als es aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können; Satz 2 gilt entsprechend. ⁵Richtet sich der Schadensersatzanspruch des Mitglieds oder eines Berechtigten gegen einen mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebenden Familienangehörigen, so ist die Abtretung bzw. das Freiwerden von der Leistungsverpflichtung ausgeschlossen; dies gilt nicht, wenn der Angehörige den Schaden vorsätzlich verursacht hat.

(3) ¹Wer Leistungen beantragt oder erhält,

- a) hat alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des Versorgungswerks der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen;

- b) hat Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen;
- c) hat Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des Versorgungswerks Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen.
- d) muss sich auf Verlangen des Versorgungswerks ärztlichen Untersuchungsmaßnahmen unterziehen, soweit diese für die Entscheidung über die Leistung erforderlich sind.

²Wer wegen Krankheit oder Behinderung Leistungen beantragt oder erhält, muss sich auf Verlangen des Versorgungswerks einer Heilbehandlung unterziehen, wenn zu erwarten ist, dass diese eine Besserung seines Gesundheitszustandes herbeiführen oder eine Verschlechterung verhindern wird. ³Die Mitwirkungspflicht nach Satz 1 und 2 besteht nicht, soweit

- a) ihre Erfüllung nicht in einem angemessenen Verhältnis zu der in Anspruch genommenen Leistung steht oder
- b) ihre Erfüllung dem Betroffenen aus einem wichtigen Grund nicht zugemutet werden kann oder
- c) das Versorgungswerk sich durch einen geringeren Aufwand als der Antragsteller oder Leistungsberechtigte die erforderlichen Kenntnisse selbst beschaffen kann.

⁴Behandlungen und Untersuchungen, bei denen im Einzelfall ein Schaden für Leben und Gesundheit nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann, oder die mit erheblichen Schmerzen verbunden sind, oder die einen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeuten, können abgelehnt werden; Angaben, die den Antragsteller, den Leistungsberechtigten oder ihnen nahestehenden Personen (§ 383 Abs.1 Nr. 1 bis 3 Zivilprozessordnung) der Gefahr strafgerichtlicher Verfolgung oder eines Verfahrens nach dem Gesetz über Ordnungswidrigkeiten aussetzen, können verweigert werden. ⁵Wer einem Verlangen des Versorgungswerks nach Satz 1 und 2 nachkommt, erhält auf Antrag Ersatz seiner notwendigen Auslagen und seines Verdienstaufalles in angemessenem Umfang. ⁶Kommt derjenige, der eine Leistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach Satz 1 bis 3 nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhaltes wesentlich erschwert bzw. eine Besserung verhindert oder eine Verschlechterung herbeigeführt, so kann das Versorgungswerk ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen. ⁷Leistungen dürfen wegen fehlender Mitwirkung nur versagt oder entzogen werden, nachdem der Leistungsberechtigte auf diese Folgen schriftlich hingewiesen worden ist und er seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist. ⁸Der Verwaltungsausschuss kann auf Antrag demjenigen, der sich einer Heilbehandlung nach Satz 2 unterzieht, im erforderlichen Umfang Übergangsgeld gewähren. ⁹Die notwendigen Kosten für die Unterstützung sind vom Antragsteller nach Grund und Höhe nachzuweisen oder unter Beifügung von Belegen vorzuschätzen. ¹⁰Sie bleiben insoweit außer Betracht, als die gesetzliche oder satzungsgemäße Erstattungspflicht einer anderer Stelle besteht. ¹¹Über die Bewilligung des Übergangsgeldes entscheidet der Verwaltungsausschuss nach freiem Ermessen unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalles. ¹²Über den Widerspruch entscheidet der Aufsichtsausschuss.

(4) ¹Auf Leistungen oder Leistungsteile nach Absatz 1 kann durch schriftliche Erklärung verzichtet werden; der Verzicht kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. ²Der Verzicht ist unwirksam, soweit durch ihn andere Personen belastet oder Rechtsvorschriften umgangen werden.

(5) Ansprüche auf Versorgungsleistungen verjähren in vier Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie entstanden sind.

§ 10

Voraussetzungen der Berufsunfähigkeit

(1) ¹Berufsunfähig ist ein Mitglied,

- a) dessen Fähigkeit zur Ausübung einer jeden Erwerbstätigkeit, zu der ärztliche Ausbildung berechtigt und bei der ärztliche Ausbildung überwiegend verwendet werden kann, infolge von Krankheit oder anderer Gebrechen oder von Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte auf nicht absehbare Zeit vollständig entfallen ist und
- b) das deshalb seine gesamte ärztliche Tätigkeit eingestellt hat.

²Bei eingeschränkter Berufsunfähigkeit bleibt die Nichtumsetzbarkeit auf dem Arbeitsmarkt für den Anspruch auf Leistung außer Betracht. ³Die Erwerbstätigkeit als Arzt gilt als nicht eingestellt, wenn die Praxis durch einen Vertreter weitergeführt wird, solange dem Mitglied, das die Voraussetzungen nach Satz 1 Buchstabe a erfüllt, aus der Praxis Einkünfte zufließen.

(2) Berufsunfähigkeit (Abs. 1 Satz 1) liegt nicht vor, solange lediglich Arbeitsunfähigkeit besteht; dies gilt insbesondere solange Krankengeld oder entsprechende Leistungen durch gesetzliche Krankenkassen oder private Krankenversicherungen in Anspruch genommen werden können.

(3) Die Feststellung des Eintritts der Berufsunfähigkeit durch den Verwaltungsausschuss setzt neben dem entsprechenden schriftlichen Antrag voraus, dass die in Absatz 1 Satz 1 a genannten medizinischen Voraussetzungen noch vorliegen.

(4) ¹Wer in die Altersrente gemäß § 12 eingewiesen ist, kann nicht berufsunfähig im Sinne von Abs. 1 werden. ²Nach Einweisung in die Teilrente bleibt ein Berufsunfähigkeitsrentenanspruch aus der verbleibenden Anwartschaft bestehen.

§ 11

Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente

(1) ¹Die Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente beginnt mit dem Ersten des Monats, der dem Monat folgt, in dem die in § 10 Abs. 1 Satz 1 Buchstabe a) und b) genannten Voraussetzungen eingetreten sind. ²Bei niedergelassenen Ärzten beginnt die Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente abweichend von Satz 1 erst dann, wenn das Mitglied seine Vertragsarzt- und/oder Privatpraxis aufgegeben hat. ³Bei angestellten Ärzten beginnt die Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente abweichend von Satz 1 nach Ablauf des Anspruches auf Dienstbezüge oder entsprechende Bezüge; erhalten sie in diesem Monat noch Gehalt, Krankengeld oder entsprechende Leistungen (§ 10 Abs. 2), so erfolgt die Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente entsprechend anteilig. ⁴Abweichend von Satz 1 bis Satz 3 beginnt die Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente erst mit dem Monat der schriftlichen Antragstellung, wenn diese später als 6 Monate nach dem Eintritt der in § 10 Abs. 1 Satz 1 Buchstabe a) genannten Voraussetzungen erfolgt.

(2) Der Anspruch erlischt

- a) an dem Tage, an dem der Berechtigte zur Ausübung des ärztlichen Berufes wieder fähig wird,
- b) mit Ablauf des Monats, in dem der Berechtigte den für den Beginn der Altersrente nach § 12 Abs. 2 maßgebenden Zeitpunkt erreicht oder stirbt.

(3) ¹Ergibt ein vom Verwaltungsausschuss angeordneter oder gebilligter Arbeitsversuch während der Zeit von drei zusammenhängenden Monaten die Fortdauer der Berufsunfähigkeit, so ist Abs. 2 Buchstabe a nicht erfüllt. ²Ergibt ein solcher Arbeitsversuch, dass die Erwerbsfähigkeit als Arzt wieder vorhanden ist, so ist für die Zeitbestimmungen nach Absatz 2 Buchstabe a und § 30 Satz 2 der Zeitpunkt des Beginns des Arbeitsversuches maßgebend. ³Während des Arbeitsversuches ruht die Berufsunfähigkeitsrente; auf diese Folge ist der Berechtigte schriftlich hinzuweisen (§ 9 Abs. 3 Satz 7). ⁴Der Verwaltungsausschuss kann auf Antrag demjenigen, der einen Arbeitsversuch unternimmt, im erforderlichen Umfang Übergangsgeld gewähren. § 9 Absatz 3 Satz 9 bis Satz 12 gelten entsprechend.

§ 12

Altersrente

(1) Jedes Mitglied des Versorgungswerks hat Anspruch auf lebenslange Altersrente.

(2) ¹Die Rentenzahlung beginnt nach Einreichung eines vollständigen Rentenanspruchs am Ersten des Monats, der der Vollendung des Regelrenteneintrittsalters gemäß nachstehender Tabelle folgt:

<u>Geburtsjahr</u>	<u>Regelrenteneintrittsalter</u>
1948 und früher	65 Jahre
1949	65 Jahre und 2 Monate
1950	65 Jahre und 4 Monate
1951	65 Jahre und 6 Monate
1952	65 Jahre und 8 Monate
1953	65 Jahre und 10 Monate
1954	66 Jahre
1955	66 Jahre und 2 Monate
1956	66 Jahre und 4 Monate
1957	66 Jahre und 6 Monate
1958	66 Jahre und 8 Monate
1959	66 Jahre und 10 Monate
1960 und später	67 Jahre

²Wird der Rentenanspruch erst nach diesem Termin gestellt, wird frühestens ab dem Ersten des Monats, in dem der vollständige Rentenanspruch beim Versorgungswerk eingeht, eine aufgeschobene Altersrente gemäß Absatz 5 gezahlt.

(3) ¹Auf Antrag wird die Altersrente schon vom Ersten des Monats an gewährt, der der Vollendung eines früheren als des in Absatz 2 Satz 1 festgelegten Zeitpunkts folgt, frühestens jedoch sechzig Monate vor dem in Absatz 2 Satz 1 festgelegten Zeitpunkt und frühestens zum Monatsbeginn des Eingangs des vollständigen Antrags beim Versorgungswerk. ²Ist eine Vorziehung aufgrund von freiwilligen Zuzahlungen nach § 22a der bis zum 31. Dezember 2004 geltenden Fassung bzw. nach § 26 der bis zum 31. März 2006 geltenden Fassung des Versorgungsstatuts erfolgt, so wird das Mitglied um die entsprechende Anzahl von Jahren vor Erreichen des Regelrenteneintrittsalters gemäß Absatz 2 Satz 1 in die ungekürzte Altersrente eingewiesen. ³Im Falle der Vorziehung gemäß Satz 1 erfolgt eine Minderung des Rentenwerts, die sowohl das vorfristige Ende der Verpflichtung zur Leistung des Versorgungsbeitrags als auch die vorfristige Einweisung in die Altersrente ausgleicht. ⁴Die Berechnung der vorgezogenen Altersrente erfolgt aus den bis zur Renteneinweisung entrichteten Versorgungsbeiträgen. ⁵Die Minderung des Rentenwerts erfolgt auf der Grundlage des technischen Geschäftsplans (§ 37 Abs. 3 Satz 3) durch einen pauschalierten Abschlag. ⁶Dieser beträgt für jeden Monat, um den der Rentenbeginn vorgezogen wird, 0,35 %. ⁷Für Mitglieder, die nach dem 31.12.2011 ins Versorgungswerk eintreten, ist eine Vorziehung maximal bis auf das vollendete 62. Lebensjahr möglich.

(4) Für beitragsfreie Rentenanwartschaften gemäß § 18 Absatz 11 gilt für jeden Monat, um den der Rentenbeginn vorgezogen wird, ebenfalls der Abschlag nach Abs. 3 Satz 6.

(5) ¹Auf Antrag wird die Altersrente erst vom Ersten des Monats an gewährt, der der Vollendung eines späteren als des in Absatz 2 Satz 1 festgelegten Zeitpunkts folgt, höchstens jedoch sechsunddreißig Monate nach dem in Absatz 2 Satz 1 festgelegten Zeitpunkt und frühestens zum Monatsbeginn des Eingangs des vollständigen Antrags beim Versorgungswerk. ²Im Falle der Aufschiebung gemäß Satz 1 erfolgt eine Erhöhung des Rentenwerts, die sowohl das nachfristige Ende der Verpflichtung zur Leistung des Versorgungsbeitrags als auch die nachfristige Einweisung in die Altersrente ausgleicht. ³Die zusätzlichen Versorgungsbeiträge werden analog § 18 Abs. 1 verrechnet. Des Weiteren erfolgt eine Erhöhung des Rentenwerts auf der Grundlage des technischen Geschäftsplans (§ 37 Abs. 3 Satz 3) durch einen pauschalierten Zuschlag. ⁴Dieser beträgt für jeden Monat, um den der Rentenbeginn aufgeschoben wird, 0,3%. ⁵Dieser Zuschlag gilt auch für beitragsfreie Rentenanwartschaften gemäß § 18 Absatz 11.

(6) Mit Vollendung des Regelrenteneintrittsalters gemäß Absatz 2 tritt an die Stelle einer Berufsunfähigkeitsrente die Altersrente in Höhe der im Zeitpunkt der Vollendung des Regelrenteneintrittsalters gewährten Berufsunfähigkeitsrente.

(7) Der Anspruch auf Zahlung der Altersrente erlischt mit Ablauf des Sterbemonats.

(8) ¹Die Altersrente kann auf schriftlichen Antrag auch als Teilrente in Höhe von 30 vom Hundert, 50 vom Hundert oder 70 vom Hundert gewährt werden. ²Die Höhe der Teilrente errechnet sich aus den bis zur Renteneinweisung entrichteten Versorgungsbeiträgen, gegebenenfalls unter Berücksichtigung von Ab- oder Zuschlägen gemäß Absatz 3 bis 5 bei Vorziehung oder Aufschiebung. ³Ein weiterer Rentenanspruch ist nur bis zur Altersrente in voller Höhe möglich.

(9) Nach rechtskräftiger Einweisung in die Altersrente ist eine Änderung des Rentenbeginndatums ausgeschlossen.

§ 13

Hinterbliebenenrenten

(1) Hinterbliebenenrenten sind:

- a) Witwen- und Witwerrenten,
- b) Waisen- und Halbwaisenrenten.

(2) Der Zahlungsanspruch beginnt am Ersten des Monats, der dem Sterbetag folgt, und endet mit Ablauf des Monats, in dem der Berechtigte stirbt oder die Voraussetzungen zur Zahlung dieser Renten entfallen.

§ 14

Witwen- und Witwerrente

(1) ¹Nach dem Tode eines Mitglieds erhält die Witwe eine Witwen-, der Witwer eine Witwerrente, wenn die Ehe vor Beginn der Altersrente des Mitglieds geschlossen wurde. ²Ist die Eheschließung erst nach Vollendung des 60. Lebensjahres, aber vor Beginn der Altersrente erfolgt und in diesem Falle der überlebende Ehegatte mehr als fünfzehn Jahre jünger als das verstorbene Mitglied, so wird die Witwen- oder Witwerrente für jedes Jahr des fünfzehn Jahre überschreitenden Altersunterschiedes um ein Zwanzigstel gekürzt, wobei der Altersunterschied um die Anzahl der seit Eheschließung vollendeten Jahre vermindert wird. ³Hat die Ehe mit dem verstorbenen Mitglied weniger als drei Monate bestanden, so wird eine Witwen- oder Witwerrente nicht gezahlt, es sei denn, dass nach den besonderen Umständen des Falles die Annahme nicht gerechtfertigt ist, dass es der alleinige oder überwiegende Zweck der Heirat war, der Witwe oder dem Witwer eine Versorgung zu verschaffen.

(2) ¹Schließt der Empfänger der Berufsunfähigkeitsrente eine Ehe erst nach Eintritt der Berufsunfähigkeit, so erhält die Witwe oder der Witwer die Hinterbliebenenrente, wenn die Ehe beim Tod des Mitglieds drei Jahre bestand. ²Die Renten unterliegen bei einem Altersunterschied von mehr als fünfzehn Jahren den gleichen Kürzungen wie nach Absatz 1.

(3) Einem früheren Ehegatten, dessen Ehe mit dem Mitglied nach dem vor dem 01. Juli 1977 geltenden Scheidungsrecht geschieden, aufgehoben oder für nichtig erklärt wurde und der zwischenzeitlich nicht wieder geheiratet hat, wird nach dem Tode des Mitglieds Rente gewährt, wenn ihm das Mitglied zur Zeit seines Todes Unterhalt leisten musste.

(4) Sind aus mehreren Ehen ein unterhaltsberechtigter Ehegatte bzw. frühere Ehegatten mit Ansprüchen nach Abs. 3 vorhanden, so wird die Hinterbliebenenrente unter ihnen im Verhältnis der Anzahl der Ehejahre aufgeteilt.

(5) Bei Teilrentenbezug gelten die Regelungen der Absätze 1 bis 4 jeweils getrennt für die Teilrente und die restliche Rente.

§ 15

Versorgungsausgleich

(1) Nach dem Versorgungsausgleichsgesetz findet gemäß der Entscheidung des Familiengerichts eine interne oder eine externe Teilung der während der Ehezeit erworbenen Versorgungsrechte statt.

(2) ¹Die interne Teilung nach den §§ 10 bis 13 des Versorgungsausgleichsgesetzes erfolgt, indem nach Rechtskraft der Entscheidung des Familiengerichts über den Versorgungsausgleich die auf die Ehezeit entfallenden, in Steigerungszahlen umgerechneten maßgeblichen Versorgungsrechte zu Lasten des ausgleichspflichtigen Ehegatten dem ausgleichsberechtigten Ehegatten als eigene Versorgungsrechte zugeteilt werden. ²Diese Anrechte werden so behandelt, als ob sie in Zeiten begründet worden wären, für die der Versorgungsausgleich durchgeführt wird. ³Für die Bestimmung der allgemeinen Rentenbemessungsgrundlage ist der Zeitpunkt des Beginns der Mitgliedschaft des ausgleichspflichtigen Ehegatten maßgebend. ⁴Sind beide Ehegatten Mitglieder des Versorgungswerks und sind die im Versorgungswerk vorhandenen Anrechte beider Ehegatten durch das Familiengericht intern geteilt, vollzieht das Versorgungswerk den Versorgungsausgleich in Höhe des Wertunterschieds nach Verrechnung. ⁵Ist nur ein Ehegatte Mitglied des Versorgungswerks, beschränkt sich der durch den Versorgungsausgleich im Versorgungswerk begründete Anspruch des anderen Ehegatten, soweit er nicht die ärztliche Approbation besitzt, auf die Altersrente gemäß § 12 und berechtigt nicht zum Bezug einer Berufsunfähigkeits- oder Hinterbliebenenrente. ⁶Gemeinsame Kinder der ehemaligen Ehegatten haben jedoch nach dem Tod des ausgleichsberechtigten Ehegatten bei interner Teilung Anspruch auf Waisen- und Halbwaisenrente aus dem Versorgungsausgleichsrecht nach § 16 dieses Versorgungsstatuts. ⁷Zum Ausgleich der Beschränkung des Leistungsumfangs erhöht sich der Altersrentenanspruch um einen Zuschlag gemäß nachfolgender Tabelle, wobei sich die Höhe des Zuschlags nach dem vollendeten Lebensjahr des ausgleichsberechtigten Ehegatten zum Ende der Ehezeit bestimmt.

<u>Alter</u>	<u>Zuschlag</u>	<u>Alter</u>	<u>Zuschlag</u>	<u>Alter</u>	<u>Zuschlag</u>
bis 25	16,9%	45	14,8%	65	8,7%
26	16,8%	46	14,6%	66	8,6%
27	16,7%	47	14,4%	67	8,6%
28	16,7%	48	14,1%	68	9,1%
29	16,7%	49	13,9%	69	9,5%
30	16,6%	50	13,6%	70	9,9%
31	16,5%	51	13,3%	71	10,4%
32	16,5%	52	13,0%	72	10,9%
33	16,4%	53	12,7%	73	11,4%
34	16,3%	54	12,4%	74	12,0%
35	16,3%	55	12,0%	75	12,6%
36	16,2%	56	11,6%	76	13,2%
37	16,1%	57	11,2%	77	13,8%
38	15,9%	58	10,8%	78	14,5%
39	15,8%	59	10,4%	79	15,2%
40	15,7%	60	10,0%	80	15,9%
41	15,5%	61	9,7%	81	16,6%
42	15,4%	62	9,3%	ab 82	16,9%
43	15,2%	63	9,1%		
44	15,0%	64	8,8%		

(3) ¹Das Versorgungswerk kann mit dem ausgleichsberechtigten Ehegatten eine externe Teilung vereinbaren oder von diesem eine externe Teilung verlangen, wenn der Ausgleichswert am Ende der Ehezeit als Rentenbetrag höchstens 2 Prozent oder als Kapitalwert höchstens 240 Prozent der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV beträgt. ²Die durch das Familiengericht angeordnete externe Teilung richtet sich nach den §§ 14 bis 17 des Versorgungsausgleichsgesetzes.

(4) ¹Im Falle einer Überleitung nach § 36 werden von Versorgungsbeiträgen des ausgleichspflichtigen Ehegatten die in der Ehezeit eingezahlten Versorgungsbeiträge um den Prozentsatz gemindert, der dem Verhältnis des übertragenen Monatsbetrages zu dem in der Ehezeit erworbenen gesamten monatlichen Versorgungsanspruch des ausgleichspflichtigen Ehegatten entspricht. ²Sobald dem Versorgungswerk das Auskunftersuchen des Familiengerichts zugegangen ist, ruht der Anspruch auf Überleitung solange, bis über den Versorgungsausgleich rechtskräftig entschieden ist.

(5) ¹Solange der Versorgungsfall noch nicht eingetreten ist, können durch einen Versorgungsausgleich gekürzte Versorgungsansprüche durch die Zahlung eines Kapitalbetrags wieder ergänzt werden. ²Diese Zahlung darf zusammen mit den für das laufende Jahr entrichteten Versorgungsbeiträgen das Zwölfwache der Beiträge, die sich bei einer Beitragsbemessungsgrundlage in Höhe der doppelten monatlichen Bemessungsgrenze in der Deutschen Rentenversicherung ergeben würden, nicht überschreiten.

(6) Für rechtskräftige Entscheidungen des Familiengerichts nach dem Gesetz zur Regelung von Härten im Versorgungsausgleich findet § 15 des Versorgungsstatuts in der bis zum 30.09.2009 geltenden Fassung Anwendung.

§ 16

Waisen- und Halbwaisenrente

(1) ¹Nach dem Tode des Mitglieds erhalten seine Kinder Waisen- oder Halbwaisenrente bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. ²Über diesen Zeitpunkt hinaus wird die Rente längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres gewährt für diejenigen Kinder, die aufgrund einer laufenden Schul- oder Berufsausbildung oder infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen kein eigenes Einkommen oder ein Einkommen unterhalb des Höchstbeitrags West zur gesetzlichen Rentenversicherung erzielen. ³Eine Unterbrechung der Ausbildung bis zu drei Monaten lässt den Anspruch auf Waisen- oder Halbwaisenrente nicht erlöschen. ⁴Ein Praktikum gilt nur als Ausbildung, wenn es nach der einschlägigen Ausbildungs-, Studien- oder Prüfungsordnung vorgeschrieben ist. ⁵Zeiten eines freiwilligen sozialen oder ökologischen Jahres bzw. des Bundesfreiwilligendienstes gelten nicht als Ausbildung. ⁶Unterbrechungen oder Verzögerungen der Ausbildung durch ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr oder Bundesfreiwilligendienst verlängern den Rentenanspruch nicht über das 27. Lebensjahr hinaus. ⁷Die Voraussetzungen für den Anspruch über das 18. Lebensjahr hinaus sind dem Versorgungswerk durch geeignete Unterlagen nachzuweisen. ⁸Dieser Nachweis ist auf Anforderung des Versorgungswerks zu erneuern.

(2) Kinder im Sinne des Absatzes 1 sind:

- a) die ehelichen Kinder,
- b) die für ehelich erklärten Kinder,
- c) die an Kindesstatt angenommenen Kinder, soweit die Adoption vor Vollendung des fünfzigsten Lebensjahres des Mitglieds erfolgte,
- d) die nicht ehelichen Kinder eines Mitglieds, wenn Unterhaltspflicht besteht.

(3) Bei Teilrentenbezug gelten die Regelungen der Absätze 1 bis 2 jeweils getrennt für die Teilrente und die restliche Rente.

§ 17

Kinderzuschlag

(1) ¹Die Altersrente erhöht sich für jedes vor dem 1.1.2009 geborene Kind nach § 16 Abs. 2 um einen Kinderzuschlag. ²Abweichend von Satz 1 erhöht sich die Altersrente dann nicht um den Kinderzuschlag, wenn das Mitglied für das betreffende Kind keinen Unterhalt leistet.

(2) ¹Die Berufsunfähigkeitsrente erhöht sich für jedes Kind nach § 16 Abs. 2 um einen Kinderzuschlag. ²Abweichend von Satz 1 erhöht sich die Berufsunfähigkeitsrente dann nicht um den Kinderzuschlag, wenn das Mitglied für das betreffende Kind keinen Unterhalt leistet. ³Mit dem Übergang von der Berufsunfähigkeitsrente auf die Altersrente entfällt der Kinderzuschlag für ab dem 1.1.2009 geborene Kinder.

(3) Für den Anspruch auf einen Kinderzuschlag gilt § 16 Absatz 1 entsprechend.

§ 18

Höhe der Leistungen

(1) Die Höhe der Leistungen an das Mitglied bestimmen sich

- a) nach dem Geburtsjahr,
- b) nach dem Eintrittsalter,
- c) nach den erworbenen Steigerungszahlen, die von der Höhe und Stetigkeit der geleisteten Versorgungsbeiträge und von einem durch das Geburtsjahr und das Eintrittsalter bestimmten Multiplikator abhängen,
- d) nach der jeweiligen allgemeinen Rentenbemessungsgrundlage für das Beginnjahr im Versorgungswerk, sowie
- e) nach dem Personenstand.

²Eintrittsalter im Sinne von Satz 1 ist die Differenz zwischen dem Kalenderjahr, in dem der Eintritt in das Versorgungswerk fällt, und dem Geburtsjahr.

(2) Aus den Beiträgen für Zeiträume bis zum 31.12.2008 wird für alle vor dem 01.01.1974 eingetretenen Mitglieder eine Teilanwartschaft errechnet anhand der folgenden Multiplikatoren:

<u>Eintrittsalter</u>	<u>Multiplikator</u>	<u>Eintrittsalter</u>	<u>Multiplikator</u>
19	0,0835	33	0,0630
20	0,0823	34	0,0624
21	0,0810	35	0,0618
22	0,0794	36	0,0612
23	0,0780	37	0,0606
24	0,0766	38	0,0604
25	0,0748	39	0,0611
26	0,0732	40	0,0631
27	0,0716	41	0,0653
28	0,0699	42	0,0677
29	0,0682	43	0,0701
30	0,0665	44	0,0730
31	0,0652	45	0,0763
32	0,0638		

(3) Aus den Beiträgen für Zeiträume bis zum 31.12.2008 wird für alle nach dem 31.12.1973 und vor dem 01.01.1991 eingetretenen Mitglieder eine Teilanwartschaft errechnet anhand der folgenden Multiplikatoren:

<u>Eintrittsalter</u>	<u>Multiplikator</u>	<u>Eintrittsalter</u>	<u>Multiplikator</u>
19	0,0865	33	0,0655
20	0,0853	34	0,0650
21	0,0842	35	0,0644
22	0,0829	36	0,0639
23	0,0813	37	0,0634
24	0,0799	38	0,0633
25	0,0781	39	0,0641
26	0,0764	40	0,0663
27	0,0747	41	0,0687
28	0,0731	42	0,0713
29	0,0713	43	0,0741
30	0,0697	44	0,0773
31	0,0683	45	0,0808
32	0,0669		

(4) Aus den Beiträgen für Zeiträume bis zum 31.12.2008 wird für alle nach dem 31.12.1990 eingetretenen Mitglieder eine Teilanwartschaft errechnet anhand der folgenden Multiplikatoren:

<u>Eintrittsalter</u>	<u>Multiplikator</u>	<u>Eintrittsalter</u>	<u>Multiplikator</u>
24 u. jünger	0,0799	45	0,0509
25	0,0781	46	0,0458
26	0,0764	47	0,0449
27	0,0747	48	0,0440
28	0,0731	49	0,0431
29	0,0713	50	0,0423
30	0,0697	51	0,0414
31	0,0683	52	0,0406
32	0,0669	53	0,0398
33	0,0653	54	0,0391
34	0,0639	55	0,0383
35	0,0626	56	0,0377
36	0,0612	57	0,0370
37	0,0599	58	0,0365
38	0,0587	59	0,0360
39	0,0575	60	0,0355
40	0,0563	61	0,0352
41	0,0551	62	0,0348
42	0,0541	63	0,0345
43	0,0530	64	0,0342
44	0,0519	65	0,0340

(5) Aus den Beiträgen für Zeiträume ab dem 1.1.2009 wird für alle Mitglieder eine Teilanwartschaft errechnet anhand der Multiplikatoren gemäß der Tabelle in Anlage 1.

(6) ¹Für Mitglieder, die nach Ausscheiden aus dem Versorgungswerk erneut eine Pflichtmitgliedschaft im Versorgungswerk der Ärztekammer Hamburg begründen, gelten die Multiplikatoren gemäß ihrem ersten Eintrittsalter, sofern das Mitglied mindestens einen Monatsbeitrag gezahlt hat. ²Dies gilt nicht im Fall einer Überleitung.

(7) ¹Das Mitglied erwirbt durch seine Versorgungsbeiträge für jedes Kalenderjahr eine Steigerungszahl, die wie folgt ermittelt wird: ²Der Multiplikator wird auf den Beitragsfaktor angewandt, der sich aus den für das Kalenderjahr geleisteten Versorgungsbeiträgen des Mitglieds, geteilt durch die allgemeinen Versorgungsbeiträge desselben Kalenderjahres (§ 24 Abs. 1), ergibt; dabei gelten von Medizinalassistenten ab dem 01. Januar 1976 geleistete Versorgungsbeiträge als in Höhe des jeweiligen allgemeinen Versorgungsbeitrags entrichtet.

(8) ¹Die seit dem 01. Januar 1971 bis 31. Dezember 2008 für die jeweiligen Kalenderjahre und Beginnjahre der Mitgliedschaft geltenden allgemeinen Rentenbemessungsgrundlagen ergeben sich für die Teilanwartschaft aus den Beiträgen für Zeiträume bis zum 31.12.2008 aus der Anlage 2, für die Teilanwartschaft aus den Beiträgen für Zeiträume ab dem 1.1.2009 aus der Anlage 3 zu diesem Statut. ²Für Mitglieder, deren Mitgliedschaft im Versorgungswerk nach dem 31. Dezember 2007 begonnen hat, beträgt die allgemeine Rentenbemessungsgrundlage für das Jahr 2008 € 1.714,92. ³Für Mitglieder, deren Mitgliedschaft nach dem 31. Dezember 2008 begonnen hat, verändert sich der Wert nach Satz 2 für das Jahr ihres Eintritts ab 01. Januar 2009 im entsprechenden Verhältnis, mit dem sich der Höchstbeitrag zur gesetzlichen Rentenversicherung fortentwickelt hat. ⁴Auf Vorschlag des Verwaltungsausschusses und des Aufsichtsausschusses beschließt die Delegiertenversammlung die Dynamisierungsprozentsätze zum 01. Januar des folgenden Jahres. ⁵Dabei sind zunächst die Teilanwartschaften aus Beiträgen für Zeiträume ab dem 1.1.2009 um bis zu 0,5% zu erhöhen. ⁶Eine weitere Erhöhung der Teilanwartschaften aus Beiträgen für Zeiträume ab dem 1.1.2009 und der Teilanwartschaften aus Beiträgen für Zeiträume bis zum 31.12.2008 hat um denselben Prozentsatz zu erfolgen. ⁷Bei den laufenden Renten sind zunächst die Rentenanteile aus Beiträgen für Zeiträume ab dem 1.1.2009 um bis zu 0,5% zu erhöhen. ⁸Eine weitere Erhöhung der Rentenanteile aus Beiträgen für Zeiträume ab dem 1.1.2009 und der Rentenanteile aus Beiträgen für Zeiträume bis zum 31.12.2008 hat um denselben Prozentsatz zu erfolgen. ⁹Im übrigen sind Änderungen der Versorgungsleistungen durchzuführen, wenn die finanzielle Lage des Versorgungswerks derartige Maßnahmen in nennenswertem Umfang erfordert.

(9) ¹Der Monatsbetrag der individuellen Altersrente ergibt sich aus der Multiplikation der Summe der Steigerungszahlen nach Absatz 7 mit der allgemeinen Rentenbemessungsgrundlage nach Absatz 8. ²Bei Mitgliedern, die ihre Mitgliedschaft bis zum 31. Dezember 1990 erworben haben und die vor dem 1.1.2021 in die Altersrente eingewiesen werden, wird die Rente nach § 17 des Versorgungsstatuts in der Fassung vom

13. Februar 1984 berechnet, wenn sich durch die Berechnung der Rente auf der Grundlage des Versorgungsstatuts vom 13. Februar 1984 eine höhere Rente ergibt. ³Für Mitglieder, die während ihrer Mitgliedschaft Zeiten einer anerkannten Berufsunfähigkeit (§ 10 Abs. 1) aufweisen, erhöht sich die Summe ihrer Steigerungszahlen um diejenigen Steigerungszahlen, die sie bekommen hätten, wenn sie in solchen Zeiten den Durchschnitt ihrer nach Abs. 7 erworbenen Steigerungszahlen weiter erhalten hätten. ⁴Für die Bestimmung des Durchschnitts ist die Summe der Beitragsfaktoren nach Absatz 7 durch ein Zwölftel der Anzahl der Monate vom Beginn der Mitgliedschaft (§ 7 Abs. 1) bis zur Einweisung in die Altersrente zu teilen, wobei die Anzahl der Monate zu kürzen ist

- a) um Zeiten einer anerkannten Berufsunfähigkeit (§ 10 Abs. 1);
- b) um Zeiten, in denen ein gesetzliches Beschäftigungsverbot nach den § 3 Abs. 2 und § 6 Abs. 1 des Gesetzes zum Schutz der erwerbstätigen Mutter (MuSchuG) besteht, bestanden hat oder bestanden hätte, wenn die Betreffende nicht selbständig, sondern unselbständig tätig gewesen wäre;
- c) um Zeiten, in denen ein Elternteil als Mitglied des Versorgungswerks bis längstens zum Ablauf eines Jahres nach dem Tage der Geburt seines Kindes dieses betreut hat, dies geltend macht und durch Vorlage einer Geburtsurkunde des Kindes nachweist; für Geburten ab 31.03.1996 um Zeiten, in denen sich das Mitglied des Versorgungswerks bis zum Ablauf des dritten Jahres nach dem Tage der Geburt seines Kindes dieses betreut hat, dies geltend macht und die Geburt seines Kindes durch Vorlage der Geburtsurkunde des Kindes nachweist. Sind beide Ehepartner Mitglied im Versorgungswerk, kann der Anspruch nur von einem Ehepartner geltend gemacht werden;
- d) um Zeiten des gesetzlichen Wehr- und Zivildienstes, sofern die Versorgungsbeiträge nicht aufgrund bestehender Gesetze von dritter Seite geleistet wurden;
- e) sowie um Zeiten einer Mitgliedschaft im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 des Hamburgischen Kammergesetzes für die Heilberufe (HmbGVBl. 2005, 495), in denen der ärztliche Beruf im Anschluss an die Erteilung der Approbation oder Erlaubnis noch nicht erstmals aufgenommen war.

(10) ¹Der Monatsbetrag der individuellen Berufsunfähigkeitsrente errechnet sich nach entsprechender Anwendung des Absatzes 9, indem die Summe der erworbenen Steigerungszahlen um diejenigen Steigerungszahlen erhöht wird, die der Anspruchsberechtigte erworben hätte, wenn er bis zur Vollendung des Regelrenteneintrittsalters den Durchschnitt seiner nach Absatz 7 erworbenen Beitragsfaktoren – vervielfacht mit dem Multiplikator – weiter erhalten hätte, und das Ergebnis mit dem BU-Faktor gemäß der nachstehenden Tabelle multipliziert wird.

<u>Beginn der Berufsunfähigkeit</u>	<u>BU-Faktor</u>
2008 und früher	100%
2009	98%
2010	96%
2011	94%
2012	92%
2013	90%
2014	88%
2015	86%
2016	84%
2017	82%
2018 und später	80%

²Beiträge während der Kinderbetreuungszeit nach § 18 Abs. 9 Buchstabe c) werden bei der Durchschnittsberechnung nicht berücksichtigt, es sei denn, die Berücksichtigung dieser Kinderbetreuungszeiten wirkt sich durchschnittsmindernd aus. ³Der Durchschnitt bestimmt sich entsprechend Abs. 9 Satz 4. ⁴Jedoch werden Steigerungszahlen für die ersten drei Kalenderjahre der Mitgliedschaft nicht berücksichtigt, sofern sich dadurch der Durchschnitt der verbleibenden Steigerungszahlen erhöht. ⁵Abweichend von Satz 2 und Satz 3 bleiben Zeiten und Steigerungszahlen unberücksichtigt, die im Zuge einer Realteilung (nach § 15 Abs. 1 der bis zum 30.09.2009 geltenden Fassung des Versorgungsstatuts) oder im Zuge einer Verrechnung nach dem Versorgungsausgleichsgesetz für Zeiten vor Beginn der eigenen Mitgliedschaft zugeteilt wurden, wenn deren Berücksichtigung den Durchschnitt der vor Durchführung des Versorgungsausgleichs erworbenen Steigerungszahlen senkt.

(11) ¹Ist die Mitgliedschaft gemäß § 7 entfallen und freiwillige Mitgliedschaft nicht aufrechterhalten worden, so wird die Berufsunfähigkeits- oder Hinterbliebenenrente nur aufgrund der tatsächlich erworbenen Steigerungszahlen geleistet. ²Absatz 14 bleibt unberührt.

(12) Die Witwen-/Witwerrente beträgt 70 v. H., die Waisenrente 30 v. H., die Halbwaisenrente 15 v. H. der Altersrente, die an das Mitglied gezahlt wurde, oder der Berufsunfähigkeitsrente, die an das Mitglied gezahlt wurde oder zu zahlen gewesen wäre.

(13) Kinderzuschläge werden in Höhe der Halbwaisenrente gewährt.

(14) ¹Ist ein früheres Mitglied bei Eintritt des Versorgungsfalles beitragspflichtiges Mitglied bei anderen auf Gesetz beruhenden Versorgungsträgern im Geltungsbereich der Verordnung EWG Nr. 1408/71, wird die Zurechnung anteilig entsprechend der Teilnahmezeit bei dem Versorgungswerk zur gesamten Versicherungszeit bei allen auf Gesetz beruhenden Versorgungseinrichtungen entsprechend Artikel 46 Absatz 2 der Verordnung EWG Nr. 1408/71 gewährt, wenn auch die anderen beteiligten Versorgungseinrichtungen ihre Versorgungsleistungen nach dieser Regelung berechnen. ²Besitzt ein Mitglied im Falle des Satzes 1 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 Zurechnung nur anteilig gewährt; Satz 1 gilt entsprechend.

(15) Mitglieder, deren Mitgliedschaft vor dem 01.06.2008 begründet wurde, die während ihrer Zugehörigkeit zum Versorgungswerk unverheiratet waren, keine Berufsunfähigkeitsrente vom Versorgungswerk bezogen haben und bei Beginn der Altersrente nachweisen, dass sie während der Mitgliedschaft keine nach dem Statut versorgungsberechtigten Angehörigen hatten, erhalten auf Antrag einen Zuschlag auf die Altersrente wie folgt:

<u>Regelrenteneintritt</u>	<u>Ledigenzuschlag</u>
bis 2023	30%
2024	27%
2025	24%
2026	21%
2027	18%
2028	15%
2029	12%
2030	9%
2031	6%
2032	3%
2033 und später	0%

²Bei Teilrentenbezug gilt die Regelung des Satzes 1 jeweils getrennt für die Teilrente und die restliche Rente.

§ 18 a

Leistungen aus der zusätzlichen Höherversorgung

(1) ¹Der in einem Jahr gezahlte zusätzliche Höherversorgungsbeitrag nach § 26 wird analog § 18 Abs. 7 dividiert durch die allgemeinen Versorgungsbeiträge desselben Kalenderjahres (§ 24 Abs. 1) und dann mit dem altersabhängigem Faktor nach Abs. 2 entsprechend dem jeweiligen in dem Jahr erreichten Alter verrentet und mit der für dieses Mitglied geltenden allgemeinen monatlichen Rentenbemessungsgrundlage für die Teilanwartschaft aus Beiträgen für Zeiträume ab dem 1.1.2009 multipliziert. ²Dieser Wert stellt die Anwartschaft auf Altersrente bei Vollendung des Regelrenteneintrittsalters dar. ³Die Anwartschaft auf Berufsunfähigkeitsrente ergibt sich durch Multiplikation dieser Altersrentenanwartschaft mit dem BU-Faktor gemäß § 18 Abs. 10. ⁴Die übrigen Vorschriften des § 18 Abs. 10 finden keine Anwendung.

(2) ¹Der altersabhängige Faktor ergibt sich für ab dem 1.1.2009 geleistete Beiträge aus der Tabelle in Anlage 4 zu diesem Statut. ²Für bis zum 31.12.2008 geleistete Beiträge gelten die Faktoren gemäß § 18 a Abs. 2 in der bis zum 31.12.2008 geltenden Fassung des Versorgungsstatuts. ³Als erreichtes Alter für die Bestimmung des Verrentungsfaktors gilt die Differenz zwischen dem Kalenderjahr, in dem die Zahlung erfolgt und dem Geburtsjahr.

(3) ¹Die Leistungen aus der zusätzlichen Höherversorgung können mit den Abschlägen nach § 12 Abs. 4 vorgezogen oder mit den Zuschlägen nach § 12 Abs. 5 aufgeschoben werden. ²Die Einweisung in die Höherversorgungsrente muss zum selben Zeitpunkt und bei Teilrentenbezug zum gleichen Prozentsatz wie die Einweisung in die Altersrente erfolgen. ³Die Regeln für den Teilrentenbezug in § 12 Abs. 8 gelten analog.

§ 19

Sterbegeld

Für das verstorbene Mitglied wird ein Sterbegeld in Höhe von drei Monatsbeträgen der statutgemäß ohne Anwendung von § 18 Abs. 15 (Ledigenzuschlag) zustehenden Altersrente, Berufsunfähigkeitsrente und der

zum Zeitpunkt des Todes bestehenden Berufsunfähigkeits-Rentenanwartschaft an die Erben gezahlt.

§ 20

Kapitalabfindung

(1) Für versorgungsberechtigte Hinterbliebene nach § 14, die wieder heiraten, entfällt die Witwen- oder Witwerrente mit Ablauf des Monats, in dem die neue Ehe geschlossen wird.

(2) ¹Sie erhalten bei Wiederheirat eine Kapitalabfindung. ²Diese beträgt:

- a) vor Vollendung des 35. Lebensjahres das Sechzigfache,
- b) bis zum vollendeten 45. Lebensjahr das Achtundvierzigfache,
- c) nach Vollendung des 45. Lebensjahres das Sechsenddreißigfache der ihnen statutgemäß zustehenden Monatsrenten.

§ 21

Rehabilitationsmaßnahmen

(1) Einem Mitglied, das Anwartschaft auf Berufsunfähigkeitsrente hat oder Berufsunfähigkeitsrente bezieht, kann auf Antrag ein einmaliger oder wiederholter Zuschuss zu den Kosten notwendigerweise besonders aufwendiger Rehabilitationsmaßnahmen gewährt werden, wenn seine Berufsfähigkeit infolge eines körperlichen Gebrechens oder wegen Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte gefährdet, gemindert oder ausgeschlossen ist und sie durch die Rehabilitationsmaßnahmen voraussichtlich erhalten, wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann, soweit nicht § 9 Absatz 3 Satz 5 Anwendung findet.

(2) ¹Die Notwendigkeit oder Erfolgsaussicht der Rehabilitationsmaßnahme ist vom Antragsteller durch ärztliches Gutachten nachzuweisen. ²Das Versorgungswerk kann eine zusätzliche Begutachtung verlangen. ³Es kann die Kostenbeteiligung an Auflagen über Beginn, Dauer, Ort und Art der Durchführung der Maßnahmen knüpfen. ⁴Es kann Nachuntersuchungen anordnen und hierfür Gutachter bestimmen. ⁵Die Kosten der Untersuchung und Begutachtungen trägt das Mitglied; der Verwaltungsausschuss kann ausnahmsweise, insbesondere zur Vermeidung von besonderen Härten, beschließen, dass auch diese Kosten ganz oder teilweise vom Versorgungswerk übernommen werden.

(3) ¹Die notwendigen Kosten der Rehabilitationsmaßnahmen sind vom Antragsteller nach Grund und Höhe nachzuweisen oder unter Beifügung von Belegen voraus zu schätzen. ²Sie bleiben insoweit außer Betracht, als die gesetzliche oder satzungsgemäße Erstattungspflicht einer anderen Stelle besteht. ³Über die Kostenbeteiligung und ihre Höhe entscheidet der Verwaltungsausschuss nach freiem Ermessen unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalles. ⁴Über den Widerspruch entscheidet der Aufsichtsausschuss.

§ 22

Verzinsung

(1) Ansprüche auf Leistungen nach § 9 Abs. 1 sind nach Ablauf eines Kalendermonats nach dem Eintritt ihrer Fälligkeit bis zum Ablauf des Kalendermonats vor der Zahlung in Höhe von vier vom Hundert zu verzinsen.

(2) Die Verzinsung beginnt frühesten nach Ablauf von sechs Kalendermonaten nach Eingang des vollständigen Leistungsantrages (§ 9 Abs. 3) und nach Ablauf von zwei Kalendermonaten nach Eingang des letzten für die Entscheidung maßgeblichen Gutachtens nach §§ 9 Absatz 3 Satz 2, 10 Absatz 3.

§ 23

Übertragbarkeit

¹Der Versorgungsanspruch kann nur übertragen werden

- a) zur Erfüllung oder Sicherung von Ansprüchen auf Rückzahlung von Darlehen und auf Erstattung von Aufwendungen, die im Vorgriff auf fällig gewordene Versorgungsleistungen zu einer angemessenen Lebensführung gegeben oder gemacht worden sind, oder
- b) wenn der Verwaltungsausschuss feststellt, dass die Übertragung im wohlverstandenen Interesse des Berechtigten liegt.

²Ansprüche auf laufende Versorgungsleistungen können außerdem übertragen werden, soweit sie allein oder zusammen mit anderen zur Sicherung des Lebensunterhalts bestimmten Geldleistungen den für Arbeitseinkommen geltenden unpfändbaren Betrag übersteigen. ³Gegen Ansprüche auf Geldleistungen kann das Versorgungswerk mit Ansprüchen gegen das Mitglied unbeschadet von § 15 aufrechnen, soweit die Ansprüche auf laufende Versorgungsleistungen nach Satz 2 übertragbar sind. ⁴Mit Ansprüchen auf

Erstattung zu Unrecht erbrachter Leistungen (§ 9) und mit Ansprüchen auf Versorgungsbeiträge kann das Versorgungswerk gegen Ansprüche auf laufende Versorgungsleistungen bis zu deren Hälfte aufrechnen, soweit das Mitglied oder der Leistungsberechtigte dadurch nicht hilfebedürftig im Sinne der Vorschriften des SGB XII (Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch XII Sozialhilfe) wird. ⁵Im übrigen ist der Versorgungsanspruch nicht übertragbar.

III. Beiträge zum Versorgungswerk

§ 24

Allgemeine Versorgungsbeiträge

(1) ¹Mit Ausnahme der in § 25 genannten Mitglieder zahlt jedes Mitglied, sofern ärztliche Einkünfte erzielt werden, den allgemeinen Versorgungsbeitrag. ²Er entspricht dem Höchstbeitrag, wie er in der gesetzlichen Rentenversicherung für den betreffenden Zeitraum maßgebend ist.

(2) ¹Unbeschadet von § 25 leisten Mitglieder mindestens die Hälfte des allgemeinen Versorgungsbeitrages auch für die Zeit, während der sie zum Grundwehrdienst, zu Wehrübungen oder zum Zivildienst einberufen sind. ²Mitglieder, für die während der Zeit einer Rehabilitation Beitragsersatzung oder Beitragsübernahme durch Dritte erfolgt, leisten Versorgungsbeiträge in der Höhe, in der ihre Beiträge erstattet oder übernommen werden. ³Der zur Förderung der Selbständigkeit gezahlte Gründungszuschuss gilt als ärztliche Einkünfte im Sinne des Absatz 1.

(3) Sofern in Zeiten einer Arbeitsunfähigkeit keine ärztlichen Einkünfte, aber Leistungen Dritter als Ersatz für entgangene ärztliche Einkünfte erzielt werden, kann das Mitglied abweichend von Absatz 1 Satz 1 Versorgungsbeiträge entrichten, die mindestens 1/10 des Höchstbeitrages, wie er in der gesetzlichen Rentenversicherung für das betreffende Kalenderjahr maßgebend ist, erreichen müssen, und die höchstens die Höhe des Versorgungsbeitrages erreichen dürfen, wie er unmittelbar vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit entrichtet wurde.

§ 25

Versorgungsbeitrag für angestellte Ärzte

(1) ¹Abweichend von § 24 zahlen angestellte Mitglieder Versorgungsbeiträge mindestens in Höhe der jeweils für sie maßgebenden Beiträge in der gesetzlichen Rentenversicherung, höchstens jedoch den allgemeinen Versorgungsbeitrag nach § 24 Abs. 1. ²Die Arbeitgeber gelten als von dem betreffenden angestellten Arzt ermächtigt, den Betrag, der zur gesetzlichen Rentenversicherung gemäß §§ 157, 159, 160 SGB VI zu entrichten wäre, wenn der Arzt dort eine uneingeschränkte Pflichtmitgliedschaft unterhalten würde, von seinen Bezügen einzubehalten und unter Mitteilung der zur Verbuchung erforderlichen Daten an das Versorgungswerk abzuführen.

(2) Angestellte Ärztinnen können für die Zeit, in der sie wegen eines Beschäftigungsverbots infolge Schwangerschaft nicht arbeiten, Versorgungsbeiträge nach § 24 Abs. 3 entrichten.

(3) Mitglieder, die von der Versicherungspflicht in der Deutschen Rentenversicherung befreit sind und Arbeitslosengeld, Krankengeld, Unterhaltsgeld oder sonstige Leistungen Dritter beziehen, haben für diese Zeiten Versorgungsbeiträge in der Höhe zu zahlen, wie sie ohne Befreiung von der Versicherungspflicht an die Deutsche Rentenversicherung zu entrichten wären.

(4) Mitglieder, für die in Zeiten einer anerkannten Arbeitsunfähigkeit (§ 10 Abs. 2) Versorgungsbeiträge in Höhe der jeweils für sie maßgebenden Beiträge in der gesetzlichen Rentenversicherung nach Absatz 1 nicht zu entrichten sind, können Versorgungsbeiträge leisten, die mindestens 1/10 des Höchstbeitrages, wie er in der gesetzlichen Rentenversicherung für das betreffende Kalenderjahr maßgebend ist, erreichen müssen, und die höchstens den Versorgungsbeitrag erreichen dürfen, wie er unmittelbar vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit nach den Absätzen 1, 2 oder 3 entrichtet wurde.

§ 26

Versorgungsbeitrag zur zusätzlichen Höherversorgung

(1) Alle Mitglieder können neben den regelmäßigen Versorgungsbeiträgen nach §§ 24, 25, 29 einmal je Kalenderjahr einen zusätzlichen Versorgungsbeitrag zur Höherversorgung entrichten.

(2) ¹Das Mitglied bestimmt die Höhe des Höherversorgungsbeitrages selbst. ²Der Höherversorgungsbeitrag darf 500 Euro nicht unterschreiten und er darf zusammen mit den regelmäßigen Versorgungsbeiträgen nach §§ 24, 25, 29 des jeweiligen Kalenderjahres das 12fache der Monatsbeiträge nicht überschreiten, wie es

sich bei einer Bemessungsgrundlage in Höhe der doppelten monatlichen Beitragsmessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung ergibt.

(3) ¹Mitglieder, die vor dem 1.4.2006 Versorgungsbeiträge zur Vorziehung der Altersrente nach § 26 in der Fassung des Versorgungsstatuts vom 25.10.2004 gezahlt haben, können den Beginn der Altersrente nur noch bis zum 31.12.2018 durch Auffüllung ihrer Vorziehungsbeiträge um das nächste volle Jahr vorziehen. ²Ansonsten erfolgt eine Umwidmung ihrer Vorziehungsbeiträge in Beiträge zur zusätzlichen Höherversorgung gemäß Abs. 4.

(4) ¹Mitglieder, die vor dem 1.4.2006 Versorgungsbeiträge zur Vorziehung der Altersrente nach § 26 in der Fassung des Versorgungsstatuts vom 25.10.2004 eingezahlt haben, können schriftlich beantragen, dass diese zur Vorziehung der Altersrente gezahlten Beiträge als zusätzliche Höherversorgungsbeiträge deklariert werden. ²Die Deklaration wird dem Mitglied schriftlich bekannt gegeben. ³Die Deklaration ist unwiderruflich.

§ 27

Versorgungsbeitrag für freiwillige Mitglieder

¹Freiwillige Mitglieder nach § 8 Absatz 1 entrichten mindestens 1/10 des allgemeinen Versorgungsbeitrags.

§ 28

Versorgungsbeitrag bei Ausübung einer berufsfremden versicherungspflichtigen Tätigkeit

¹Werden Einkünfte aus einer anderen, berufsfremden sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit erzielt und wurde von der Deutschen Rentenversicherung für diese Tätigkeit die Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherung gemäß § 6 Abs. 5 SGB VI ausgesprochen, zahlen Mitglieder für diese Tätigkeit Versorgungsbeiträge gemäß § 25 Abs. 1. ²Das Mitglied ist verpflichtet, dem Versorgungswerk Änderungen in den Einkünften aus der berufsfremden Tätigkeit anzuzeigen.

§ 29

Erhöhter Versorgungsbeitrag

Auf Antrag ist jedes Mitglied berechtigt, ab Antragstellung einen erhöhten Versorgungsbeitrag in Höhe des 1,1-fachen, des 1,2-fachen oder des 1,3-fachen des allgemeinen Versorgungsbeitrages nach § 24 Abs. 1 oder des altersgemäßen Versorgungsbeitrages nach § 38 zu entrichten.

§ 30

Dauer der Beitragszahlung

¹Die Versorgungsbeiträge sind vom Tage, an dem die Mitgliedschaft beginnt, bis zur Einweisung in die Berufsunfähigkeits- oder vollständige Altersrente zu entrichten. ²Besteht nach Fortfall einer Berufsunfähigkeitsrente die Mitgliedschaft weiter, so sind vom entsprechenden Tage an (§ 11 Abs. 2 Buchstabe a) Versorgungsbeiträge entsprechend dem ursprünglichen Beitrittsalter zu leisten.

§ 31

Stundung

(1) ¹Bei Nachweis einer unverschuldeten Notlage können die Versorgungsbeiträge auf Antrag durch den Verwaltungsausschuss ganz oder teilweise bis zur Dauer von zwei Jahren gestundet werden. ²Der Stundungszins beträgt fünf vom Hundert. ³Der Stundungszins kann im Einzelfall erlassen werden, wenn das Mitglied den nachzuzahlenden Beitrag in höchstens drei Monatsraten zahlt.

(2) Ohne Stundungszins werden die Versorgungsbeiträge angestellter Ärzte gestundet, die Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt haben, soweit vor Entscheidung über den Antrag noch Beiträge an die gesetzliche Rentenversicherung geleistet werden und noch nicht erstattet sind.

§ 32

Erläss

(1) ¹Übersteigt der Versorgungsbeitrag fünfzehn vom Hundert aller Bruttoeinnahmen des Mitglieds im Jahre, kann das Versorgungswerk auf Antrag einen Teil des Versorgungsbeitrages erlassen. ²Bruttoeinnahmen des Mitglieds sind bei versorgungsbeitragspflichtigen Arbeitnehmern (§ 25 Absatz 1) das Brutto-Arbeitsentgelt und Lohnersatzleistungen aus der die Mitgliedschaft begründenden Beschäftigung, bei versorgungsbeitragspflichtigen Selbständigen (§ 24 Absatz 1) die Einkünfte (Umsatz minus Betriebsausgaben) und Verdienstaufalleistungen aus den die Mitgliedschaft begründenden Tätigkeiten und bei versorgungsbeitragspflichtigen, die sowohl als Arbeitnehmer als auch selbständig tätig sind, die gesamten ärztlichen Einkünfte (versicherungspflichtiges Entgelt und Umsatz minus Betriebsausgaben) aus Brutto-Arbeitsentgelt und

Einkünften aus selbständiger Tätigkeit einschließlich Lohnersatz- bzw. Verdienstaufalleistungen.

(2) ¹Ist der Versorgungsbeitrag teilweise erlassen worden, kann das Mitglied innerhalb von zwei Jahren nach dem Erlass und vor Eintritt des Versorgungsfalles Versorgungsbeiträge nachzahlen. ²Ist das Mitglied aufgrund der vorzulegenden Einkommensnachweise zur Nachzahlung von Versorgungsbeiträgen verpflichtet, ist der unter Berücksichtigung der tatsächlichen Einkommensverhältnisse ermittelte Nachzahlungsbetrag vom Mitglied zu verzinsen. ³Der Zwischenzins in den Fällen des Satzes 1 und des Satzes 2 beträgt fünf vom Hundert. Ergibt sich aus der Abrechnung über den Teilerlass ein höherer bereits gezahlter Beitrag als der vorläufig festgesetzte Beitrag, wird dieser nicht erstattet. ⁴Diese Beiträge gelten als Versorgungsbeiträge.

§ 33

Säumnis

(1) ¹Ein Mitglied, das länger als einen Monat nach Zahlungsaufforderung mit seinen Versorgungsbeiträgen im Verzug ist, hat einen einmaligen Säumniszuschlag in Höhe von zwei vom Hundert der rückständigen Versorgungsbeiträge zu zahlen. ²Bei Zahlungsverzug von mehr als drei Monaten nach Zahlungsaufforderung sind mit Wirkung ab Fälligkeit der Versorgungsbeiträge Zinsen in Höhe von fünf vom Hundert zu leisten.

(2) ¹Die durch die Einziehung der Versorgungsbeiträge, Zinsen sowie Säumniszuschläge entstandenen Kosten sind durch das Mitglied zu tragen. ²Verspätete Zahlungseingänge werden in folgender Reihenfolge gutgeschrieben: Mahngebühren, Säumniszuschläge, Zinsen, Versorgungsbeiträge.

(3) Das Versorgungswerk kann rückständige Versorgungsbeiträge, Zinsen sowie Säumnis-Zuschläge und Mahngebühren gegen Versorgungsansprüche des Mitglieds aufrechnen.

(4) Das Versorgungswerk darf Versorgungsbeiträge niederschlagen, wenn feststeht, dass die Beitreibung der Beiträge keinen Erfolg haben wird oder wenn die Kosten der Beitreibung außer Verhältnis zur Höhe des Anspruchs stehen. Das Versorgungswerk kann diese Versorgungsbeiträge beiziehen, wenn das Mitglied wieder über Vermögen verfügt. Hierüber wird das Mitglied im Bescheid über die Niederschlagung informiert.

§ 34

Verfahren der Beitragszahlung

(1) Die Versorgungsbeiträge sind monatlich im Nachhinein zu entrichten.

(2) ¹Der Versorgungsbeitrag gilt nur als geleistet, wenn er auf einem Konto des Versorgungswerks eingegangen ist bzw. wenn der Abbuchungsauftrag an die Kassenärztliche Vereinigung oder die Einwilligung zum Lastschriftinzug vorliegt und Deckung vorhanden ist. ²Die Kosten für den erfolglosen Lastschriftinzug muss das Mitglied dem Versorgungswerk erstatten.

(3) Rückständige Versorgungsbeiträge sind im Verwaltungszwangsverfahren beizutreiben.

§ 35

Nachversicherung

(1) Auf Antrag führt das Versorgungswerk die Nachversicherung nach § 186 SGB VI durch.

(2) Beim Versorgungswerk können Ärzte/Ärztinnen und Medizinalassistenten nachversichert werden, die

- a) unmittelbar vor Ende der Nachversicherungszeit Mitglieder waren oder
- b) innerhalb eines Jahres nach Ende der Nachversicherungszeit die Mitgliedschaft im Versorgungswerk erwerben.

(3) ¹Das Versorgungswerk ist mit der Einschränkung nach Satz 3 verpflichtet, vom Arbeitgeber des Nachzuversichernden die Beiträge entgegen zu nehmen, die für die Nachversicherungszeit in die gesetzliche Rentenversicherung zu entrichten wären. ²Diese Beiträge sind so zu behandeln, als ob sie als Versorgungsbeiträge nach § 25 in den Zeiten entrichtet wurden, für die die Nachversicherung durchgeführt wird. ³Der Teil der Nachversicherungsbeiträge, der auf einer Erhöhung der Beitragsbemessungsgrundlage oder der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage um den Vomhundertsatz beruht, um den das vorläufige Durchschnittsentgelt für das Kalenderjahr, in dem die Beiträge gezahlt werden, das Durchschnittsentgelt für das Kalenderjahr, für das die Beiträge gezahlt werden, übersteigt, verbleibt dem Versorgungswerk. ⁴Versorgungsbeiträge, die der Betreffende während der Nachversicherungszeit an das Versorgungswerk geleistet hat und die sich daraus ergebenden Renten werden durch die Nachversicherung nicht berührt, soweit diese Versorgungsbeiträge und der Beitrag aus der Nachversicherung für das jeweilige Jahr zusammen das 12fache der Monatsbeiträge nicht überschreiten, die sich bei einer Beitragsbemessungsgrundlage in Höhe der doppelten monatlichen Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung ergeben würde; übersteigende Teile der Versorgungsbeiträge werden zurückerstattet.

(4) ¹Der Nachversicherte gilt rückwirkend als Pflichtmitglied des Versorgungswerks. ²Der Eintritt des Versorgungsfalles steht der Nachversicherung nicht entgegen.

§ 36

Überleitungen von Versorgungsbeiträgen

(1) ¹Endet die Mitgliedschaft bei der Ärztekammer Hamburg und wird das Mitglied aufgrund einer durch Gesetz angeordneten oder auf Gesetz beruhenden Verpflichtung Mitglied einer anderen öffentlich-rechtlichen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung, so werden auf Antrag des Mitglieds die bisher an das Versorgungswerk der Ärztekammer Hamburg geleisteten Versorgungsbeiträge an die neue Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung übergeleitet. ²Voraussetzung für die Überleitung ist, dass zwischen der Ärztekammer Hamburg und der anderen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung ein Überleitungsvertrag besteht. ³Die Ärztekammer Hamburg soll für das Versorgungswerk mit Versorgungseinrichtungen anderer Kammerbereiche Vereinbarungen treffen über Fragen, die sich aus einem Mitgliederwechsel oder aus einer Ehescheidung ergeben. ⁴Derartige Vereinbarungen bedürfen der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. ⁵Ihr Inhalt gilt als Bestandteil des Versorgungsstatuts. ⁶Mit der Überleitung erlöschen die Rechte und Pflichten des Mitglieds gegenüber dem Versorgungswerk der Ärztekammer Hamburg. ⁷Die Verpflichtung des Mitglieds zur Zahlung rückständiger Beiträge an das Versorgungswerk der Ärztekammer Hamburg bleibt davon unberührt.

(2) ¹Mitglieder, die aufgrund einer durch Gesetz angeordneten oder auf Gesetz beruhenden Verpflichtung Mitglieder einer anderen öffentlich-rechtlichen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung waren und dort ausgeschieden sind, weil sie durch Aufnahme einer ärztlichen Tätigkeit Mitglieder der Ärztekammer Hamburg geworden sind, können, soweit zwischen der Ärztekammer Hamburg und der anderen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung ein Überleitungsvertrag besteht, beantragen, dass die bisher an die andere Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung entrichteten Versorgungsbeiträge an das Versorgungswerk der Ärztekammer Hamburg übergeleitet werden. ²Mit der Überleitung gelten die Mitglieder rückwirkend ab Beginn der Pflichtmitgliedschaft bei der anderen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung als Pflichtmitglieder des Versorgungswerks der Ärztekammer Hamburg. ³Die übergeleiteten Versorgungsbeiträge werden so behandelt, als seien sie während des Überleitungszeitraumes statt zur bisherigen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung an das Versorgungswerk der Ärztekammer Hamburg entrichtet worden.

(3) ¹Die Überleitung erstreckt sich auf die vom Mitglied oder für das Mitglied entrichteten Geldleistungen.

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

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

(4) ¹Von der Überleitung ausgenommen sind

1. die Zinsen, die der abgebenden Versorgungseinrichtung aus den Geldleistungen gemäß Absatz 1 erwachsen sind;
2. die Beiträge, die den Anwartschaften oder Renten zugrunde liegen, die im Zuge einer Versorgungsausgleichsentscheidung zulasten der Anwartschaften des die Überleitung beantragenden Mitglieds begründet worden sind. ²Sie werden auf Antrag des ausgleichspflichtigen Mitglieds unter Beachtung der Regelungen des § 37 Versorgungsausgleichsgesetz zugunsten des ausgleichspflichtigen Mitglieds an das Versorgungswerk, bei dem das ausgleichspflichtige Mitglied im Zeitpunkt des Eintritts der Voraussetzungen des § 37 VersAusglG Mitglied ist, übergeleitet, sobald die Voraussetzungen des § 37 VersAusglG eingetreten sind. ³Der Antrag ist bei dem Versorgungswerk zu stellen, bei dem der Ausgleichspflichtige im Zeitpunkt des Eintritts der Voraussetzungen des § 37 VersAusglG Mitglied ist. ⁴Dieses ist für die Feststellung der Ansprüche aus § 37 VersAusglG zuständig.
3. die Säumniszuschläge, Stundungszinsen oder Kosten, die zulasten des Mitglieds vom abgebenden Versorgungswerk erhoben worden sind.

(5) ¹Die Überleitung ist ausgeschlossen, sofern das Mitglied

1. in dem Zeitpunkt, in dem es die Mitgliedschaft in der aufnehmenden Versorgungseinrichtung erwirbt, das 50. Lebensjahr bereits vollendet hat;
2. in der abgebenden Versorgungseinrichtung für mehr als 96 Monate Beiträge entrichtet worden sind. Begann oder endete die Mitgliedschaft während eines Monats, wird der Monat als voller Monat gerechnet; Gleiches gilt, wenn nicht für einen vollen Monat Beiträge entrichtet worden sind. Sofern das Mitglied bei der abgebenden Versorgungseinrichtung nachversichert worden ist oder zugunsten

des Mitglieds bei der abgebenden Versorgungseinrichtung eine Überleitung stattgefunden hat, sind die Nachversicherungs- oder Überleitungszeiten entsprechend zu berücksichtigen.

3. in dem Zeitpunkt, in dem seine Mitgliedschaft in der abgebenden Versorgungseinrichtung endete, bei der abgebenden oder aufnehmenden Versorgungseinrichtung bereits einen Antrag auf Gewährung einer Berufsunfähigkeitsrente gestellt hat;

²Die Überleitung ist ferner ausgeschlossen, sofern und solange Ansprüche des Mitglieds gegen die Versorgungseinrichtung gepfändet worden sind.

(6) Die Überleitung ist nicht dadurch ausgeschlossen, dass

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

(7) ¹Der Antrag auf Überleitung ist schriftlich innerhalb einer Frist von sechs Monaten, gerechnet ab dem Zeitpunkt des Beginns der Mitgliedschaft bei der aufnehmenden Versorgungseinrichtung, bei einer der beiden Versorgungseinrichtungen zu stellen. ²Für die Fristwahrung wird auf den Zugang des Antrags bei einer der beiden Versorgungseinrichtungen abgestellt. ³Macht das Mitglied innerhalb der zuvor genannten Frist von seinem Recht, die zu der abgebenden Versorgungseinrichtung entrichteten Geldleistungen übergeleitet zu bekommen, keinen Gebrauch, ist das Recht auf Überleitung dieser Geldleistungen erloschen. ⁴Es lebt auch nicht dadurch wieder auf, dass das Mitglied später Mitglied einer weiteren Versorgungseinrichtung wird.

(8) Überleitungen, die von Mitgliedern beantragt werden, deren Mitgliedschaft in der aufnehmenden Versorgungseinrichtung im 1. Halbjahr 2012 begonnen hat und deren Antrag auf Überleitung noch nicht bestandskräftig beschieden worden ist, werden entsprechend den ab dem 01.07.2012 geltenden Überleitungsabkommen abgewickelt.

IV. Verwendung der Mittel

§ 37

Vermögen und Verwaltung

(1) Das Vermögen des Versorgungswerks ist von dem sonstigen Vermögen der Ärztekammer verwaltungs- und kassenmäßig zu trennen.

(2) Das Vermögen des Versorgungswerks darf nur zur Bestreitung der Leistungen nach dem Gesetz und diesem Statut, der notwendigen Verwaltungskosten und zur Bildung der erforderlichen Rückstellungen und Rücklagen verwandt werden.

(3) ¹Es sind eine Deckungsrückstellung und eine Sicherheitsrücklage zu bilden. ²Die Deckungsrückstellung wird nach den Grundsätzen des entsprechend § 138 des Gesetzes über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsgesetz - VAG) in der Fassung vom 1. April 2015 (BGBl. I S. 434), geändert am 26. Juli 2016 (BGBl. I S. 1824, 1835), in der jeweils geltenden Fassung aufgestellten technischen Geschäftsplans berechnet. ³Dieser technische Geschäftsplan muss über die benutzten Rechnungsgrundlagen, insbesondere die Wahrscheinlichkeitstabellen, den Zinsfuß und die getroffenen Annahmen Auskunft geben. ⁴Die im Rahmen einer Realteilung oder eines Quasi-Splittings nach § 15 Absätze 1 bis 7 dem ausgleichsberechtigten Ehegatten zugeteilten Versorgungsansprüche sind in Ansehung der Erstattungspflicht im Rahmen von Erstattungsabkommen oder gegenüber der gesetzlichen Rentenversicherung oder einem anderen Rentenversicherungsträger in der Deckungsrückstellung auszuweisen. ⁵Das Sicherungsvermögen ist gemäß den Anlagegrundsätzen nach § 215 VAG in Verbindung mit der Anlageverordnung vom 18. April 2016 (BGBl. I S. 769) in der jeweils geltenden Fassung anzulegen. ⁶Der Umfang des Sicherungsvermögens bestimmt sich nach § 125 Abs. 2 VAG unter Berücksichtigung der Besonderheiten, die sich aus der Rechnungslegung des Versorgungswerks ergeben.

(4) ¹Das Versorgungswerk hat für den Schluss eines jeden Geschäftsjahres einen Rechnungsabschluss (Bilanz und Gewinn- und Verlustrechnung) sowie einen Jahresbericht aufzustellen und nach Prüfung bis

zum 01. November des nächsten Jahres der Delegiertenversammlung vorzulegen; die Grundsätze ordnungsmäßiger Rechnungslegung sind zu beachten, auch muss der Einblick in die Einnahmen, die Ausgaben und das Vermögen des Versorgungswerks möglich sein. ²Im Jahresbericht sind der Geschäftsverlauf und die Lage des Versorgungswerks darzulegen sowie der Rechnungsabschluss zu erläutern.

(5) ¹Im übrigen ist für jedes Geschäftsjahr ein versicherungsmathematisches Gutachten sowie ein Finanzplan (versicherungstechnische Bilanz) zu erstellen. ²Der Finanzplan muss die voraussichtliche Höhe der künftigen Einnahmen und Ausgaben sowie das erforderliche Vermögen erkennen lassen.

(6) ¹Ergibt sich ein Überschuss, so sind mindestens sechs vom Hundert des Überschusses vor der Zuführung zur Deckungsrückstellung der Sicherheitsrücklage zuzuweisen, bis diese fünf vom Hundert der Deckungsrückstellung erreicht oder nach Inanspruchnahme wieder erreicht hat. ²Die Sicherheitsrücklage ist auf mehr als fünf vom Hundert der Deckungsrückstellung zu erhöhen, soweit dies zur Abdeckung von Risiken geboten ist. ³Die Sicherheitsrücklage darf nur zur Deckung von Verlusten in Anspruch genommen werden. ⁴Der weitere Überschuss nach der Zuführung zur Deckungsrückstellung fließt in die Überschussrückstellung, die ebenfalls zur Deckung von Verlusten heranzuziehen ist, sofern die Sicherheitsrücklage dazu nicht ausreicht. ⁵Im übrigen dürfen der Überschussrückstellung nur Beträge zur Verbesserung der Versorgungsleistungen entnommen werden.

V. Schlussvorschriften

§ 38

Übergangsvorschriften

(1) ¹Mitglieder des Versorgungswerks, deren Mitgliedschaft vor dem 01. Januar 1991 bestand und deren Versorgungsbeitrag nach § 21 Abs. 1 Satz 1 in der bis zum 31. Dezember 1990 geltenden Fassung niedriger festgelegt war als er sich aus § 21 Abs. 1 in der seit dem 01. Januar 1991 geltenden Fassung ergibt, können unwiderruflich den Versorgungsbeitrag in der ursprünglichen Höhe mit dessen Steigerungssätzen nach § 21 Abs. 2 Satz 1 in der bis zum 31. Dezember 1990 geltenden Fassung nach dem 03. Dezember 1990 fortentrichten. ²Die auf Weiterzahlung des Versorgungsbeitrages in der ursprünglichen Höhe gerichtete Willenserklärung kann nur innerhalb von 6 Monaten seit dem 01. Januar 1991 erklärt werden.

(2) Ansprüche auf Waisen- und Halbwaisenrenten sowie auf Kinderzuschläge, die vor dem 31.12.2008 aufgrund von § 16 Abs. 1 Satz 4 des bis zu diesem Stichtag geltenden Versorgungsstatuts wegen Aufnahme einer Zweitausbildung erloschen sind, entstehen durch die Neufassung des § 16 Abs. 1 Versorgungsstatut ab 01.01.2009 nicht erneut.

§ 39

Geschäftsjahr

Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr.

§ 40

Bekanntmachungen

Bekanntmachungen des Versorgungswerks erfolgen im Hamburger Ärzteblatt.

§ 41

Inkrafttreten

(1) Diese Neufassung des Versorgungsstatuts tritt mit Wirkung zum 01. Januar 2009 in Kraft. Gleichzeitig tritt das Versorgungsstatut der Ärztekammer Hamburg vom 25. Oktober 2004 (Hamburger Ärzteblatt 1/2005), zuletzt geändert durch die Satzung zur Änderung des Versorgungsstatuts der Ärztekammer Hamburg vom 14. Januar 2008, genehmigt durch die Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz am 3. März 2008 (Hamburger Ärzteblatt 5/2008) außer Kraft, soweit nicht die Fortgeltung bisheriger Bestimmungen in dem ab 01. Januar 2009 geltenden Statut vorgesehen ist.

(2) Änderungen dieses Versorgungsstatuts treten, soweit in ihnen nicht anderes bestimmt ist, zum Ersten des Monats in Kraft, der der Veröffentlichung des von der Aufsichtsbehörde genehmigten Beschlusses der Delegiertenversammlung im Hamburger Ärzteblatt folgt.