



ÄRZTEVERSORGUNG
Westfalen-Lippe



SATZUNG
MIT ERLÄUTERUNGEN
Ausgabe Januar 2017

INHALTSVERZEICHNIS

1	Rechtsgrundlage	6
2	Kreis der Mitglieder	6
	2.1 Teilnahme auf der Basis der Pflichtmitgliedschaft	6
	2.2 Überleitung der Beiträge von anderen Versorgungswerken	6
	2.3 Ausnahmen von der Pflichtmitgliedschaft	7
	2.4 Befreiung von der Pflichtmitgliedschaft	7
	2.5 Ausscheiden aus der Pflichtmitgliedschaft	7
3	Die Leistungen	8
	3.1 Altersrente	8
	3.2 Berufsunfähigkeitsrente	12
	3.3 Hinterbliebenenrenten	14
	3.4 Proratisierung	15
	3.5 Rehabilitationsmaßnahmen	16
	3.6 Sterbegeld	16
	Exkurs: Kindererziehungszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung	17
4	Versorgungsabgaben	17
	4.1 für selbstständige Mitglieder	18
	4.2 für angestellte Mitglieder	19
	4.3 für arbeitslose Mitglieder	22
	4.4 während der Mutterschutzfrist und bei Elternzeit	22
	4.5 für Beamte auf Zeit, Widerruf und Probe	23
	4.6 für Mitglieder, die als Pflegepersonen im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes tätig sind	23
	4.7 Versorgungsabgaben für gesetzlich versicherte Mitglieder, die Krankengeld beziehen	24
	4.8 für freiwillige Mitglieder	24

5	Höherversicherung	25
	5.1 Weitgehende Gestaltungsfreiheit	25
	5.2 Berechnung des Erhöhungsbetrages	25
	5.3 Der weitere Leistungsumfang und die Vorzüge der Höherversicherung	27
6	Abgabefreie Mitgliedschaft und abgabefreie Anwartschaft	27
7	Nachversicherung	28
8	Überleitung der Beiträge an andere Versorgungswerke	29
9	Besteuerung der Renten und steuerliche Abzugsfähigkeit der Versorgungsabgaben	29
	9.1 Besteuerung der Renten	29
	9.2 Steuerliche Abzugsfähigkeit der Versorgungsabgaben	30
10	Beratung und Information der Mitglieder	30
	Satzung in der Fassung ab 1. Januar 2017	31

**DIE ÄRZTEVERSORGUNG
WESTFALEN-LIPPE BESTEHT
SEIT DEM 01.04.1960**

**SIE GEWÄHRT IM ALTER UND BEI
BERUFSUNFÄHIGKEIT DEM MIT-
GLIED BZW. NACH DESSEN TOD
DEN FAMILIENANGEHÖRIGEN
EINEN RECHTSANSPRUCH AUF
VERSORGUNGSLEISTUNGEN**

1.0 RECHTSGRUNDLAGE

Gesetzliche Grundlage ist das Heilberufsgesetz (HeilBerG) des Landes Nordrhein-Westfalen vom 09.05.2000 (GV . NRW . 2000 S. 403), in der jeweils geltenden Fassung.

In § 6 a Abs. 1 dieses Gesetzes heißt es:

„Die Kammern haben durch besondere Satzung mit Genehmigung der in § 3 Abs. 1 Versicherungsaufsichtsgesetz Nordrhein-Westfalen bestimmten Aufsichtsbehörde Versorgungseinrichtungen für die Kammerangehörigen und ihre Familienmitglieder zu schaffen.“

Die Versorgungseinrichtung ist für den Bereich der Pflichtteilnahme ihrer Mitglieder dem Umfang nach eine **Grundversorgung**. Wer über die Grundversorgung hinaus eine Verbesserung seiner Versorgung erreichen möchte, dem steht die Möglichkeit der Teilnahme an der **Höherversicherung** offen (siehe Ziffer 5.0). Allerdings ist die Teilnahme an der Höherversicherung erst möglich, wenn in der Grundversorgung alle Beitragsmöglichkeiten ausgeschöpft sind.

Die Ärzteversorgung unterliegt als Einrichtung der Ärztekammer Westfalen-Lippe der Selbstverwaltung des Berufsstandes. Die Zuständigkeiten der ärztlichen Selbstverwaltungsorgane sind durch die Satzung im Einzelnen geregelt.

Nachstehende Ausführungen sollen

die wichtigsten Satzungsbestimmungen erläutern. Der Satzungstext selbst ist anschließend abgedruckt.

2.0 KREIS DER MITGLIEDER

2.1 Teilnahme auf der Basis der Pflichtmitgliedschaft

Die Ärzteversorgung ist eine Einrichtung eigener Art, die vollkommen selbstständig neben den gesetzlichen Rentenversicherungssystemen angesiedelt ist. Alle Ärztinnen und Ärzte, die im Bereich der Ärztekammer Westfalen-Lippe eine ärztliche Tätigkeit aufnehmen, gehören der Versorgungseinrichtung als Pflichtmitglieder an (§ 6 Abs. 1). Einer besonderen Erklärung zur Begründung der Pflichtmitgliedschaft bedarf es nicht.

2.2 Überleitung der Beiträge von anderen Versorgungswerken

Falls vor Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit im Bereich der Ärztekammer Westfalen-Lippe bereits eine Mitgliedschaft in einem Versorgungswerk einer anderen Landesärztekammer bestand und dort nicht mehr als 96 Beitragsmonate zurückgelegt sind, können auf Antrag innerhalb von sechs Monaten nach Aufnahme der ärztlichen Tätigkeit im Bereich der Ärztekammer Westfalen-Lippe die an das bisher

zuständige Versorgungswerk geleisteten Versorgungsabgaben zur Ärzteversorgung Westfalen-Lippe übergeleitet werden (§ 18). Das Mitglied wird dann so gestellt, als wäre es zu Beginn der Mitgliedschaft in dem anderen Versorgungswerk bereits Mitglied der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe gewesen. Die übergeleiteten Versorgungsabgaben werden so behandelt, als seien sie von Beginn an nicht an die bisher zuständige Versorgungseinrichtung, sondern an die Ärzteversorgung Westfalen-Lippe gezahlt worden. Hat das Mitglied beim Wechsel des Kammerbereiches bereits das 50. Lebensjahr vollendet oder hat es bereits für mehr als 96 Monate Beiträge in dem Versorgungswerk der bisher zuständigen Ärztekammer eingezahlt, so ist eine Überleitung nicht mehr möglich. Es empfiehlt sich eine Vergleichsberechnung, da die Beiträge nach dem Satzungsrecht des neuen Versorgungswerkes verrechnet werden.

2.3 Ausnahmen von der Pflichtmitgliedschaft

Ausgenommen von der Pflichtmitgliedschaft sind u. a.:

- a) alle auf Lebenszeit beamteten Ärztinnen und Ärzte sowie Sanitätsoffiziere, die Berufssoldaten sind (§ 6 Abs. 2 Nr. 2). Für diesen Personenkreis ist jedoch die freiwillige Mitgliedschaft gemäß § 7 Abs. 1 der Satzung möglich.
- b) diejenigen, die zum Zeitpunkt des Erwerbs der Mitgliedschaft die für sie nach § 9 Abs. 1 maßgebliche Regelaltersgrenze bereits vollendet haben (§ 6 Abs. 2 Nr. 1).

2.4 Befreiung von der Pflichtmitgliedschaft

Eine Befreiung von der Pflichtmitgliedschaft in der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe gemäß § 6 Abs. 4 der Satzung ist auf Antrag möglich,

- a) wenn das Mitglied aufgrund eines Anstellungs- oder Dienstvertrages Anspruch auf Ruhegehalt und Hinterbliebenenversorgung hat und deshalb von der gesetzlichen Rentenversicherung befreit wurde (§ 6 Abs. 4 Nr. 1),
- b) wenn ein Mitglied zum Beamten auf Zeit, auf Probe oder auf Widerruf oder zum Sanitätsoffizier auf Zeit ernannt wird (§ 6 Abs. 4 Nr. 2).

Die gemäß § 6 Abs. 4 Nr. 1 und 2 befreiten Mitglieder können die Mitgliedschaft freiwillig fortsetzen (§ 7 Abs. 1), wenn sie diese Erklärung innerhalb von sechs Monaten nach dem Befreiungstermin gegenüber dem Versorgungswerk abgeben.

2.5 Ausscheiden aus der Pflichtmitgliedschaft

Das Ausscheiden aus der Pflichtmitgliedschaft ist im § 6 Abs. 3 der

Satzung geregelt. Danach scheidet Mitglieder aus der Versorgungseinrichtung aus,

- a) wenn die Zugehörigkeit zur Ärztekammer Westfalen-Lippe nicht mehr gegeben ist, z. B. durch Verzug aus dem Kammerbereich (§ 6 Abs. 3 Nr. 1),
- b) bei Übernahme in das Beamtenverhältnis auf Lebenszeit sowie bei Ernennung zum Berufssoldaten (§ 6 Abs. 3 Nr. 2),
- c) bei Einstellung der ärztlichen Tätigkeit. Eine zusammenhängende Unterbrechung der Berufstätigkeit von weniger als sechs Monaten Dauer führt allerdings nicht zum Ausscheiden aus der Versorgungseinrichtung. Wird die ärztliche Tätigkeit infolge von Arbeitslosigkeit, Inanspruchnahme der Elternzeit oder Gewährung einer Berufsunfähigkeitsrente unterbrochen, so endet auch dann die Mitgliedschaft nicht, wenn die dadurch bedingte Arbeitsunterbrechung länger als sechs Monate dauert (§ 6 Abs. 3 Nr. 3).

Die gemäß § 6 Abs. 3 der Satzung ausgeschiedenen Mitglieder können die Mitgliedschaft freiwillig fortsetzen (§ 7 Abs. 2). Die Erklärung über die Fortsetzung der freiwilligen Mitgliedschaft muss innerhalb einer Frist von sechs Monaten, beginnend mit dem Zeitpunkt des Ausscheidens, erfolgen.

3.0 DIE LEISTUNGEN

Die Leistungen der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe beruhen auf einem beitragsgerechten Rentensystem, d. h. die zu erwartenden Rentenleistungen sind von der Höhe der während der Mitgliedschaft eingezahlten Versorgungsabgaben abhängig.

Beweis für die Leistungsfähigkeit der Ärzteversorgung ist die Entwicklung der Rentenanwartschaften. Diese sind im Zeitraum von 1970 bis 2017 von einem Ausgangswert von 100 auf über 680 gestiegen, während die Preissteigerungsrate lediglich eine Steigerung auf etwa das Dreieinhalbfache aufwies. Die allgemeine Rentenbemessungsgrundlage betrug im Jahr 1970 6.943 Euro und wurde für das Jahr 2017 auf 47.388 Euro festgesetzt. Die laufenden Renten werden im Jahr 2017, bezogen auf den gleichen Zeitraum, ihren Ausgangswert circa vervierfacht haben.

3.1 Altersrente

3.1.1 Regelaltersrente Anspruch auf lebenslange Altersrente erwirbt das Mitglied auf Antrag mit Erreichen der Regelaltersgrenze. Mitglieder, die vor dem 01.01.1949 geboren sind, erreichen die Regelaltersgrenze mit Vollendung des 65. Lebensjahres. Für Mitglieder, die nach dem 31.12.1948 geboren sind, ist die Regelaltersgrenze wie folgt festgelegt:

Für den Geburtsjahrgang	erfolgt eine Anhebung um	auf Vollendung eines Lebensalters von (Regelaltersgrenze)
1949	2 Monate	65 Jahre und 2 Monate
1950	4 Monate	65 Jahre und 4 Monate
1951	6 Monate	65 Jahre und 6 Monate
1952	8 Monate	65 Jahre und 8 Monate
1953	10 Monate	65 Jahre und 10 Monate
1954	12 Monate	66 Jahre
1955	14 Monate	66 Jahre und 2 Monate
1956	16 Monate	66 Jahre und 4 Monate
1957	18 Monate	66 Jahre und 6 Monate
1958	20 Monate	66 Jahre und 8 Monate
1959	22 Monate	66 Jahre und 10 Monate
ab 1960	24 Monate	67 Jahre

Für den Geburtsjahrgang	erfolgt eine Anhebung um	auf Vollendung eines Lebensalters von
1949	2 Monate	60 Jahre und 2 Monate
1950	4 Monate	60 Jahre und 4 Monate
1951	6 Monate	60 Jahre und 6 Monate
1952	8 Monate	60 Jahre und 8 Monate
1953	10 Monate	60 Jahre und 10 Monate
1954	12 Monate	61 Jahre
1955	14 Monate	61 Jahre und 2 Monate
1956	16 Monate	61 Jahre und 4 Monate
1957	18 Monate	61 Jahre und 6 Monate
1958	20 Monate	61 Jahre und 8 Monate
1959	22 Monate	61 Jahre und 10 Monate
ab 1960	24 Monate	62 Jahre

Der Rentenanspruch ist unabhängig davon, ob der ärztliche Beruf noch ausgeübt wird oder nicht.

3.1.2 Vorgezogene Altersrente Mitglieder, die vor dem 01.01.1949 geboren sind, können die Altersrente bereits mit dem Erreichen des 60. Lebensjahres beantragen. Für Mitglieder, die nach dem 31.12.1948 geboren sind, ist die Altersgrenze, die erreicht sein muss, um die vorgezogene Altersrente beantragen zu können, wie folgt festgelegt:

Auch während des Bezuges einer vorgezogenen Altersrente kann die ärztliche Tätigkeit weiterhin ohne Einschränkungen ausgeübt werden. Der Antrag auf vorgezogene Altersrente muss allerdings spätestens in dem Monat vor dem gewünschten Rentenbeginn bei der Ärzteversorgung eingehen.

Getreu dem beitragsgerechten Leistungsprinzip kann jedoch nicht erwartet werden, dass die vorgezogene Altersrente in gleicher Höhe ausfällt, als würde diese erst ab der Regelaltersgrenze bezogen.

Vielmehr wird ein nach versicherungsmathematischen Grundsätzen errechneter Abschlag in Höhe von 0,4 Prozent für jeden Monat vorgenommen, der bis zum Beginn der Regelaltersrente fehlt. Der Abschlag erfolgt von dem Rentenwert, der sich zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der vorgezogenen Altersrente ergibt.

Der Beginn der vorgezogenen Altersrente muss nicht mit der jeweiligen Vollendung eines Lebensjahres erfolgen. Auch die zwischenzeitliche Beantragung ist möglich. Falls der vorzeitige Bezug der Altersrente erwogen wird, nimmt die Geschäftsstelle der Versorgungseinrichtung auf Wunsch eine Berechnung des zu erwartenden Rentenbetrages vor. Der versicherungsmathematische Abschlag beträgt wie folgt:

Abschlag in v. H.	
bei 1 Jahr vorziehen	4,8
bei 2 Jahren vorziehen	9,6
bei 3 Jahren vorziehen	14,4
bei 4 Jahren vorziehen	19,2
bei 5 Jahren vorziehen	24,0

Zur Regelaltersrente und vorgezogenen Altersrente zwei Beispiele:

BEISPIEL 1	
Geburtsdatum des Mitglieds	15.02.1948
Vollendung des 65. Lebensjahres	14.02.2013
Beginn der Zahlung der Regelaltersrente	01.03.2013

BEISPIEL 2	
Geburtsdatum des Mitglieds	15.02.1950
Vollendung der Regelaltersgrenze [65 Jahre und 4 Monate]	01.07.2015
Mitglied wünscht die Regelaltersrente bereits 4 Monate früher, d. h. zum	01.03.2015
Versicherungsmathematischer Abschlag in Höhe von 0,4 % pro Monat = 1,6 % von dem Rentenwert, der zum 01.03.2015 erreicht ist	

3.1.3 Hinausgeschobene Altersrente
 Daneben besteht für jedes Mitglied die Möglichkeit, die Altersrente zu einem späteren Zeitpunkt als zum Beginn der Regelaltersrente zu erhalten. Mitglieder, die vor dem 01.01.1949 geboren sind, können den Beginn der Zahlung der Regelaltersrente längstens bis zum 68. Lebensjahr hinausschieben. Für Mitglieder, die nach dem 31.12.1948 geboren sind, wird das Lebensalter, bis zu dem der Beginn der Zahlung der Regelaltersrente hinausgeschoben werden kann, wie folgt festgelegt:

Für den Geburtsjahrgang	erfolgt eine Anhebung um	auf Vollendung eines Lebensalters von
1949	2 Monate	68 Jahre und 2 Monate
1950	4 Monate	68 Jahre und 4 Monate
1951	6 Monate	68 Jahre und 6 Monate
1952	8 Monate	68 Jahre und 8 Monate
1953	10 Monate	68 Jahre und 10 Monate
1954	12 Monate	69 Jahre
1955	14 Monate	69 Jahre und 2 Monate
1956	16 Monate	69 Jahre und 4 Monate
1957	18 Monate	69 Jahre und 6 Monate
1958	20 Monate	69 Jahre und 8 Monate
1959	22 Monate	69 Jahre und 10 Monate
ab 1960	24 Monate	70 Jahre

Allerdings ist das Mitglied nicht berechtigt, während der Zeit des Hinausschiebens der Altersrente Versorgungsabgaben zu leisten. Für jeden Monat der späteren Inanspruchnahme der Altersrente wird ein versicherungsmathematischer Zuschlag in Höhe von 0,55 Prozent pro Monat auf die Rente, die es mit dem Erreichen der Regelaltersgrenze erhalten hätte, gewährt.

3.1.4 Kinderzuschuss zur Altersrente

Die Altersrente erhöht sich für jedes berechtigte Kind um einen Kinderzu-

schuss (§ 17) in Höhe von 10 Prozent dieser Rente. Der Kinderzuschuss wird ohne Einschränkung bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres und bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres für dasjenige Kind gewährt,

- a. das sich in einer Schul- oder Berufsausbildung befindet oder
- b. ein freiwilliges soziales oder ein freiwilliges ökologisches Jahr leistet oder
- c. Bundesfreiwilligendienst nach dem Gesetz über den Bundesfreiwilligendienst leistet oder
- d. das nach Vollendung des 18. Lebensjahres infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen außerstande ist, sich selbst zu unterhalten.

Der Kinderzuschuss wird auch während einer Übergangszeit von maximal vier Kalendermonaten zwischen zwei Ausbildungsabschnitten oder zwischen einem Ausbildungsabschnitt und der Ableistung des gesetzlichen Wehr- oder Zivildienstes oder eines freiwilligen Dienstes wie dem ökologischen oder sozialen Jahr geleistet.

Bei Unterbrechung oder Verzögerung der Berufsausbildung durch Ableistung des Pflichtwehrdienstes bzw. des Zivildienstes wird der Kinderzuschuss für eine entsprechende Zeit über das 27. Lebensjahr hinaus gewährt (§ 17 Abs. 2). Dies geschieht vor allem deshalb, weil die Zahlung des Kinderzuschusses während des Pflichtwehrdienstes bzw. des Zivildienstes ausgesetzt wird.

3.2 Berufsunfähigkeitsrente

3.2.1 Allgemeines zur Berufsunfähigkeitsrente Einen besonderen Raum im Leistungskatalog nimmt die Berufsunfähigkeitsrente ein. Ausgehend von dem Gedanken, dass vor allem jüngere Ärztinnen und Ärzte meistens noch nicht in der Lage sind, neben ihrer Mitgliedschaft zur Ärzteversorgung weitere Vorsorgemaßnahmen größeren Umfangs zu treffen, erhielt das Leistungsrecht für vorzeitige Versorgungsfälle (Berufsunfähigkeit, Tod) besonderes Gewicht. Falls ein Mitglied bereits in jüngeren Jahren aus gesundheitlichen Gründen gezwungen sein sollte, die ärztliche Tätigkeit auf Dauer oder vorübergehend einstellen zu müssen, kann es mit einer Rente rechnen, die in ihrer Höhe optimal ausgestattet ist. Denn das berufsunfähige Mitglied wird so gestellt, als hätte es bereits Versorgungsabgaben bis zum 60. Lebensjahr entrichtet. Zudem ist sichergestellt, dass bei wiederholter Gewährung einer zeitlich befristeten Berufsunfähigkeitsrente innerhalb von fünf Jahren die Höhe der nachfolgenden Rente nicht niedriger ausfällt als die zuletzt bezogene Berufsunfähigkeitsrente.

3.2.2 Keine Wartezeit für die Berufsunfähigkeitsrente Besonders hervorzuheben ist die Tatsache, dass im Gegensatz zur gesetzlichen Rentenversicherung für den Erwerb der Anwartschaft auf Berufsunfähigkeitsrente **keine Wartezeit** zu erfüllen ist; die Anwartschaft wird vielmehr

bereits mit der Zahlung der Versorgungsabgabe für nur einen Monat erworben.

3.2.3 Definition des Berufsunfähigkeitsbegriffs In § 10 Abs. 1 der Satzung ist eine Definition getroffen, wann der Versorgungsfall der Berufsunfähigkeit eintritt. Der Versorgungsfall ist eingetreten, wenn

- die Berufsunfähigkeit auf Dauer oder vorübergehend besteht,
- die gesamte ärztliche Tätigkeit eingestellt und
- der Antrag auf Gewährung einer Berufsunfähigkeitsrente gestellt worden ist.

Sind diese drei Voraussetzungen erfüllt, so gilt der Versorgungsfall der Berufsunfähigkeit als eingetreten.

3.2.4 Unterscheidung zwischen dauernder und vorübergehender Berufsunfähigkeit In der Satzung wird zwischen einer dauernden und einer vorübergehenden Berufsunfähigkeit unterschieden. Die Satzung definiert in § 10 Abs. 3, was unter dauernder und vorübergehender Berufsunfähigkeit zu verstehen ist.

Berufsunfähigkeit auf Dauer besteht, wenn nach ärztlicher Feststellung keine begründete Aussicht besteht, dass mit der Wiedererlangung der Berufsfähigkeit vor Ablauf von drei Jahren gerechnet werden kann.

Vorübergehende Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die Berufsfähigkeit

für mehr als sechs Monate umfassend entfallen ist, die Wiedererlangung der Berufsfähigkeit aber vor Ablauf von drei Jahren möglich ist.

Die **vorübergehende** Berufsunfähigkeitsrente wird gemäß § 10 Abs. 6 im Gegensatz zur dauernden Berufsunfähigkeitsrente befristet gewährt, weil davon auszugehen ist, dass die Berufsfähigkeit in absehbarer Zeit wieder hergestellt sein wird. Die Befristung erfolgt für längstens drei Jahre, gerechnet ab dem Beginn der Rentenzahlung. Sie kann wiederholt werden, darf jedoch bei sich anschließenden Befristungen die Gesamtdauer von sechs Jahren nicht überschreiten.

3.2.5 Beginn der Zahlung einer Berufsunfähigkeitsrente Gemäß § 10 Abs. 5 ist der Beginn der Rentenzahlung bei befristeter und dauernder Berufsunfähigkeit unterschiedlich geregelt. Während bei einer dauernden Berufsunfähigkeit die Zahlung der Rente bereits ab dem auf den Eintritt des Versorgungsfalles folgenden Monat beginnt, erfolgt bei vorübergehender Berufsunfähigkeit die Zahlung erst sechs Monate nach Eintritt des Versorgungsfalles. Dabei wird allerdings der Monat des Eintritts des Versorgungsfalles mitgezählt.

Etwaige Gehaltsfortzahlungen durch den Arbeitgeber werden nicht auf die Berufsunfähigkeitsrente angerechnet. Ebenso wenig wirkt sich die Weiterführung der Praxis durch einen Vertreter negativ auf die Berufsunfähigkeitsrente aus. Wird allerdings ein

Assistent in der Praxis beschäftigt, so wird die Berufsunfähigkeitsrente nicht gezahlt, weil das Mitglied anders als bei der Beschäftigung eines Vertreters, wo der Vertreter die Stelle des zu Vertretenden einnimmt, weiterarbeitet und sich dazu eines Assistenten bedient.

3.2.6 Der Arbeitsversuch während des Bezuges einer Berufsunfähigkeitsrente In der Vergangenheit ist das Versorgungswerk immer wieder damit konfrontiert worden, dass Mitglieder, die berufsunfähig waren und eine Berufsunfähigkeitsrente erhielten – teilweise auch aus therapeutischen Gründen –, einen sogenannten Arbeitsversuch starten wollten. In Anbetracht der Tatsache, dass Voraussetzung für die Gewährung der Berufsunfähigkeitsrente die Einstellung der gesamten ärztlichen Tätigkeit war, ergaben sich bei der Bewilligung solcher Arbeitsversuche erhebliche satzungsrechtliche Probleme. Zur Wiedererlangung der Berufsfähigkeit sind Arbeitsversuche allerdings durchaus sinnvoll, sodass die Möglichkeit eines befristeten Arbeitsversuches in die Satzung aufgenommen und dessen Bedingungen geregelt wurden.

Der Arbeitsversuch wird nicht der Wiederaufnahme der ärztlichen Tätigkeit gleichgestellt, solange der Fortfall der Berufsunfähigkeit nicht festgestellt ist. Demnach entfällt erst dann die Berufsunfähigkeitsrente, wenn als Ergebnis des Arbeitsversuches die Berufsfähigkeit

bestätigt wird.

Scheitert der Arbeitsversuch und kann die Berufsfähigkeit nicht festgestellt werden, gilt die ärztliche Tätigkeit trotz des Arbeitsversuches als eingestellt.

Fließen dem Mitglied während des Arbeitsversuches Einkünfte zu, so werden diese auf die Berufsunfähigkeitsrente angerechnet. Die aufgrund der erzielten Einkünfte fälligen Beiträge zur Ärzteversorgung werden gemäß § 27 Abs. 4 Buchstabe c nicht rentenwirksam, da das Mitglied bei der Berechnung der Berufsunfähigkeitsrente ohnehin so gestellt wird, als habe es Beiträge bis zum 60. Lebensjahr gezahlt.

3.2.7 Umwandlung der Berufsunfähigkeitsrente in die Altersrente

Bezieht ein Mitglied eine Berufsunfähigkeitsrente und wird es vor Vollendung der Regelaltersgrenze nicht wieder berufsfähig, so wird mit dem Erreichen der Regelaltersgrenze die zuletzt gezahlte Berufsunfähigkeitsrente in eine Altersrente in gleicher Höhe umgewandelt.

3.2.8 Kinderzuschuss zur Berufsunfähigkeitsrente

Die Berufsunfähigkeitsrente erhöht sich für jedes berechnete Kind um einen Kinderzuschuss in Höhe von 10 v. H. dieser Rente (§ 17). Im Übrigen gilt hierzu das Gleiche, was bereits zum Kinderzuschuss zur Altersrente ausgeführt wurde.

3.3 Hinterbliebenenrenten

Nach dem Tode des Mitglieds haben die Hinterbliebenen einen Anspruch auf Hinterbliebenenrente.

So beträgt die

- Witwen- bzw. Witwerrente 60 v. H.
- Vollwaisenrente 30 v. H.
- Halbwaisenrente 10 v. H.

folgender Rente bzw. Rentenanhwartschaft:

- a) Bezog das Mitglied vor seinem Tode Alters- oder Berufsunfähigkeitsrente, wird die Hinterbliebenenrente von dieser Rente berechnet.
- b) Bezog das Mitglied vor seinem Tode noch keine Rente, so erfolgt die Berechnung nach der fiktiven Berufsunfähigkeitsrente.

Der Witwe bzw. dem Witwer gleichgestellt ist ein überlebender eingetragener Lebenspartner. Der Ehe ist eine eingetragene Lebenspartnerschaft, der Wiederheirat die erneute Begründung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft und dem Ehegatten der Lebenspartner oder die Lebenspartnerin im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes gleichgestellt.

Der Anspruch auf Hinterbliebenenrente ist nicht an die Erfüllung einer Wartezeit gebunden. Es genügt die Zahlung eines Monatsbeitrags durch das Mitglied.

Heiratet ein Mitglied nach Vollendung des 62. Lebensjahres bzw.

nach Eintritt der Berufsunfähigkeit und verstirbt es vor Ablauf von einem Jahr, wird keine Witwen- bzw. Witwerrente gezahlt. Die Ein-Jahres-Frist ist dann ohne Bedeutung, wenn die Ursache für das Versterben des Mitglieds ein Unfall war.

Diese Einschränkung der Zahlung einer Witwen- bzw. Witwerrente besteht nur bei Heirat nach dem 62. Lebensjahr bzw. nach Eintritt einer Berufsunfähigkeit. Ansonsten wird stets eine Witwen- bzw. Witwerrente geleistet, auch wenn die Ehe kürzer als ein Jahr gedauert hat.

Witwen- oder Witwerrenten werden lebenslänglich bzw. bis zum Zeitpunkt einer Wiederheirat gezahlt. Heiratet die Witwe/der Witwer wieder, erhalten sie auf Antrag folgende Kapitalabfindung:

- a) Bei Wiederheirat vor Vollen-
dung des 35. Lebensjahres das
60-Fache der im Monat der
Wiederheirat bezogenen Mo-
natsrente,
- b) bei Wiederheirat bis zum voll-
endeten 45. Lebensjahr das
48-Fache der im Monat der
Wiederheirat bezogenen Mo-
natsrente,
- c) bei Wiederheirat nach Voll-
endung des 45. Lebensjahres
das 36-Fache der im Monat
der Wiederheirat bezogenen
Monatsrente.

Die Zahlung der Halbwaisen- und Vollwaisenrenten ist zeitlich be-
grenzt. Zur Dauer der Zahlung gilt
das Gleiche, was zur Zahlung von

Kinderzuschüssen zur Altersrente
ausgeführt ist.

3.4 Proratisierung

Mit der Einbeziehung der berufsständischen Versorgungswerke in die europäische Verordnung (EWG)1408/71 gilt ab dem 01.01.2005 das Lokalitätsprinzip. Das Lokalitätsprinzip besagt, dass die Ärztinnen bzw. Ärzte in dem Versorgungswerk Pflichtmitglied werden, in dessen Kammerbereich sie die ärztliche Tätigkeit ausüben. Eine Befreiung zugunsten der bisher zuständigen Versorgungseinrichtung ist nicht möglich. Dies kann dazu führen, dass Versorgungsanwartschaften bei mehreren Versorgungswerken oder auch bei Versorgungsträgern gemäß der europäischen Verordnung 1408/71 bestehen können. Für den Fall des vorzeitigen Renteneintritts (Berufsunfähigkeit, Tod) haben die Versorgungswerke durch entsprechende Satzungsvorschriften geregelt, dass die bei den verschiedenen Versorgungsträgern bestehenden Rentenansprüche anteilig im Verhältnis zu ihrer Mitgliedszeit gewährt werden. Mit Wirkung vom 01.05.2010 wurde die Verordnung (EWG)1408/71 durch die Europäische Verordnung (EU) 883/2004 ersetzt. Inhaltliche Veränderungen ergaben sich dadurch für die berufsständischen Versorgungswerke nicht.

3.5 Rehabilitationsmaßnahmen

3.5.1 Voraussetzungen Ein Zuschuss zu einer Reha-Maßnahme kann gewährt werden, wenn die Berufsfähigkeit erheblich gefährdet ist. Eine erhebliche Gefährdung liegt vor, wenn nach ärztlicher Feststellung damit gerechnet werden kann, dass ohne die Leistung der Rehabilitation Berufsunfähigkeit im Sinne von § 10 Abs. 2 der Satzung eintritt. Ein Zuschuss zur Rehabilitation ist nicht möglich, wenn das Mitglied bereits eine Altersrente bezieht.

3.5.2 Umfang der Reha-Leistungen Rehabilitationszuschüsse können geleistet werden für medizinische Leistungen und für berufsfördernde Leistungen, jedoch nicht für Kuren, für akut verlaufende Erkrankungen und für Umschulungsmaßnahmen in einen nicht ärztlichen Beruf. Die Ärzteversorgung gewährt die Zuschüsse nachrangig. Dies bedeutet, dass ein Zuschuss nur zu dem Teil gewährt wird, der nicht bereits von einem nach Gesetz, Satzung oder Vertrag zuständigen Kostenträger übernommen wird. Die Höhe des Zuschusses beträgt 60 Prozent der Kosten, für die das Mitglied selbst aufzukommen hat, abzüglich gesetzlicher Zuzahlungsverpflichtungen.

3.5.3 Antragstellung Der Antrag auf Gewährung eines Zuschusses zur Rehabilitation soll vor Beginn der Rehabilitation bei der Ärzteversor-

gung gestellt werden. Das Mitglied ist verpflichtet, die Notwendigkeit und die Erfolgsaussicht der beabsichtigten Rehabilitationsmaßnahme durch eine ärztliche Stellungnahme nachzuweisen. Da es sich bei dem Zuschuss um einen Versorgungsbezug im steuerrechtlichen Sinne handelt, muss der Betrag im Rahmen der Einkommensteuererklärung gegenüber dem Finanzamt erklärt werden.

3.6 Sterbegeld

Nach dem Tode eines Mitglieds erhält **die Witwe bzw. der Witwer** ein Sterbegeld. Das Sterbegeld in Höhe von zwei Monatsrenten bemisst sich allein aus den Rententeilen der Grundversorgung. Rententeile aus der Höherversicherung (§ 25) fließen nicht in die Berechnung des Sterbegeldes ein. Ferner werden auch die Kinderzuschüsse gemäß § 17 der Satzung nicht in die Berechnung des Sterbegeldes einbezogen. Maßgebend für die Festsetzung des Sterbegeldes ist der nach vorstehender Beschreibung anrechnungsfähige Teil der Alters- bzw. Berufsunfähigkeitsrente, die zuletzt vom Mitglied bezogen wurde. Bezog das Mitglied noch keine Rente, so richtet sich die Höhe des Sterbegeldes nach dem anrechnungsfähigen Teil der Rente, die das Mitglied bei Eintritt einer Berufsunfähigkeit zum gleichen Zeitpunkt bezogen hätte. **Ist eine Witwe oder ein Witwer nicht vorhanden**, so erhält derjenige, der

die Kosten der Bestattung getragen hat, auf Antrag einen Betrag in Höhe einer Monatsrente der nach dem oben beschriebenen Berechnungsverfahren ermittelten Rente. Da es sich bei dem Sterbegeld um einen Versorgungsbezug im steuerrechtlichen Sinne handelt, muss der Betrag im Rahmen der Einkommensteuererklärung gegenüber dem Finanzamt erklärt werden.

Exkurs: Kindererziehungszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung

Nach einem Urteil des Bundessozialgerichtes von Januar 2008 sowie zwischenzeitlich erfolgten Gesetzesänderungen haben auch Mitglieder berufsständischer Versorgungseinrichtungen gegenüber der gesetzlichen Rentenversicherung einen Anspruch auf Anerkennung von Kindererziehungszeiten. Dieser Anspruch wurde bisher verwehrt, weil die Mitglieder berufsständischer Versorgungseinrichtungen von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung zugunsten einer berufsständischen Versorgungseinrichtung befreit worden sind.

Allen Mitgliedern, die Kinder erzogen haben, wird empfohlen, sich an eine Auskunfts- und Beratungsstelle der Deutschen Rentenversicherung zu wenden. Zunächst werden dort die Kinder erfasst. Wenn die Wartezeit von 60 Monaten in der gesetzlichen Rentenversicherung trotz Anerkennung von

Kindererziehungszeiten noch nicht erfüllt ist, besteht abhängig vom Geburtsjahrgang des Mitgliedes die Möglichkeit, Beiträge bei Erreichen der Regelaltersgrenze nachzuzahlen oder regelmäßig freiwillige Beiträge zu entrichten, bis die für eine Regelaltersrente notwendige Wartezeit von 60 Monaten erfüllt ist. Die vorgenannten Möglichkeiten bestehen auch, wenn bereits die Regelaltersgrenze überschritten ist und eine Altersrente von der ÄVWL bezogen wird. Auf unserer Homepage www.aevwl.de kann zu diesem Thema ein Merkblatt heruntergeladen werden.

4.0 VERSORGUNGSABGABEN (§§ 22 BIS 25)

Das Verhältnis von Beiträgen und Leistungen ist „beitragsgerecht“ ausgestaltet. Das bedeutet, dass höhere Beiträge höhere Rentenleistungen und niedrigere Beiträge entsprechend niedrigere Rentenleistungen auslösen. Die Höhe der während der Zeit der aktiven Mitgliedschaft geleisteten Versorgungsabgaben bestimmt demzufolge die Höhe der späteren Rentenleistung.

Die Mitglieder leisten ihre fälligen Versorgungsabgaben grundsätzlich in monatlichen Beiträgen bis zum Letzten eines jeden Monats. Lediglich freiwilligen Mitgliedern ist es gestattet, ihre Versorgungsabgaben innerhalb des laufenden Geschäftsjahres zu entrichten.

4.1 Versorgungsabgaben für selbstständige Mitglieder

Gemäß § 22 Abs. 1 beträgt die allgemeine Versorgungsabgabe für Ärztinnen und Ärzte 14 v. H. der aus ärztlicher Tätigkeit erzielten Einkünfte (Einnahmen abzüglich Betriebskosten). Zum Zwecke der Veranlagung haben die Mitglieder jährlich den letzten Einkommensteuerbescheid vorzulegen (§ 22 Abs. 4), es sei denn, sie zahlen eine Versorgungsabgabe mindestens in Höhe des 1,1-Fachen der durchschnittlichen Versorgungsabgabe.

4.1.1 Pflichtabgabe (das 1,3-Fache der durchschnittlichen Versorgungsabgabe) Wenn kein Einkommensteuerbescheid vorgelegt wird, ist standardmäßig das 1,3-Fache der durchschnittlichen Versorgungsabgabe des vorletzten Geschäftsjahres (Pflichtabgabe) zu entrichten. Die Pflichtabgabe entspricht dem höchstmöglichen Beitrag, der in der Grundversorgung nach § 22 Abs. 2 eingezahlt werden kann.

DIE PFLICHTABGABE BETRÄGT IM JAHR 2017
17.612,40 Euro/Jahr
1.467,70 Euro/Monat

Auf formlosen Antrag hin kann die Versorgungsabgabe jederzeit auf das 1,2- oder 1,1-Fache reduziert werden. Auch in diesen Fällen erfolgt keine Einkommensüberprüfung, so-

dass auf die Vorlage des Einkommensteuerbescheides verzichtet werden kann. Wird der Einkommensteuerbescheid vorgelegt, und die Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit überschreiten im Jahr 2017 106.449 Euro, sind 14 Prozent der Einkünfte als Versorgungsabgabe zu entrichten.

4.1.2 Versorgungsabgabe bei Neuniederlassungen Bei Nichtvorlage des Einkommensteuerbescheides gibt es gemäß § 23 Abs. 4 der Satzung eine Ausnahme von der Zahlung der Pflichtabgabe. Diese Ausnahme gilt für neu niedergelassene Mitglieder. Diese sind berechtigt, im Jahr der Niederlassung und im darauffolgenden Geschäftsjahr lediglich die Mindestabgabe zu leisten.

DIE MINDESTABGABE BETRÄGT IM JAHR 2017
4.064,40 Euro/Jahr
338,70 Euro/Monat

Auch dieser Personenkreis kann eine Versorgungsabgabe leisten, die niedriger als die Mindestabgabe ist. Dazu ist es allerdings erforderlich, dass der Einkommensteuerbescheid vorgelegt wird. Weist der Einkommensteuerbescheid einen Verlust bzw. Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit aus, die im Jahr 2017 niedriger als 29.031 Euro sind, kann die Versorgungsabgabe unter die Mindestabgabe, unter Umständen bis auf null Euro abgesenkt werden.

In diesem Zusammenhang muss aber darauf hingewiesen werden, dass es in der Gründungsphase einer Praxis zwar eine willkommene finanzielle Erleichterung bedeuten kann, die Versorgungsabgaben bis auf ein Minimum abzusenken, dieser Schritt aber mit einer mehr oder weniger großen Absenkung der Alters-, Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenenrentenanwartschaft verbunden ist. **Bitte wenden Sie sich zwecks Beratung an die Mitgliederabteilung der Ärzteversorgung.**

4.1.3 Freiwillige Aufstockung der Versorgungsabgaben Jedes selbstständig tätige Mitglied ist berechtigt, Versorgungsabgaben bis zur Höhe von 17.612,40 Euro jährlich zu entrichten. Dadurch wird eine höhere Alters-, Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenenrentenanwartschaft erworben.

4.2 Die Versorgungsabgaben für angestellte Mitglieder

4.2.1 Für Mitglieder, die von der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind Sofern angestellte Ärztinnen und Ärzte sich gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) VI von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen oder der knappschaftlichen Rentenversicherung zugunsten der Ärzteversorgung befreien lassen, zahlen sie den Beitrag an die Ärzteversorgung, den sie bei Nichtbefreiung an die Deutsche

Rentenversicherung zu entrichten hätten. Angestellte der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft, Bahn, See zahlen in solchen Fällen ebenfalls Beiträge wie Versicherte der Deutschen Rentenversicherung Bund.

DIE BEITRAGSPFLICHT FÜR ANGESTELLTE IM JAHR 2017

Wenn die monatlichen Bruttobezüge den Betrag von 6.350 Euro erreichen oder überschreiten, beträgt die Versorgungsabgabe für Angestellte ab dem 01.01.2017 1.187,46 Euro/Monat. Erreicht das Bruttogehalt nicht die Beitragsbemessungsgrenze von 6.350 Euro, beträgt die Versorgungsabgabe ab dem 01.01.2017 18,7 Prozent des Bruttogehaltes.

4.2.1.1 Erneute Befreiung bei Beschäftigungswechsel Das Bundessozialgericht hat mit Urteil vom 31.10.2012 grundlegende Neuerungen zum Befreiungsverfahren judiziert. Danach müssen Mitglieder einer berufsständischen Versorgungseinrichtung zukünftig bei **jedem Wechsel ihrer Beschäftigung** zwingend einen neuen Befreiungsantrag von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI stellen.

Grund für diese Neuerung ist, dass das Bundessozialgericht einer einmal ausgesprochenen Befreiung nur noch eine begrenzte Rechtswirksamkeit zugesprochen hat, die

auf die jeweilige Beschäftigung, für die eine Befreiung seinerzeit einmal ausgesprochen worden ist, begrenzt ist. Damit wurde eine langjährige anders geartete Verwaltungspraxis der Deutschen Rentenversicherung Bund aufgehoben.

Damit die Rentenversicherungsbeiträge rückwirkend ab Beginn eines neuen Beschäftigungsverhältnisses an die Ärzteversorgung Westfalen-Lippe abgeführt werden können, muss der neue Befreiungsantrag **innerhalb von drei Monaten** nach Aufnahme dieser neuen ärztlichen Tätigkeit vom Mitglied gestellt werden. Wird der Antrag nicht innerhalb von drei Monaten nach Aufnahme der ärztlichen Tätigkeit gestellt, wirkt die Befreiung nicht rückwirkend ab Beschäftigungsbeginn, sondern erst ab Antragseingang bei der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe. Dies hat zur Folge, dass bis zum Wirksamwerden der Befreiung sowohl Pflichtmitgliedschaft in der gesetzlichen Rentenversicherung als auch Pflichtmitgliedschaft bei der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe besteht (Erläuterungen siehe 4.2.3).

4.2.2 Zuschuss des Arbeitgebers zum Rentenversicherungsbeitrag Der Arbeitgeber ist gemäß § 172 a SGB VI verpflichtet, dem Mitglied der Ärzteversorgung einen Zuschuss in Höhe von 50 Prozent des Beitrages zu zahlen, den die Ärztin bzw. der Arzt an die gesetzliche Rentenversicherung zu zahlen hätte.

4.2.3 Mitglieder, die nicht von der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind Ärztinnen und Ärzte, die angestellt tätig sind und sich nicht von der gesetzlichen Rentenversicherung zugunsten der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe befreien lassen, zahlen neben ihren Beiträgen zur gesetzlichen Rentenversicherung Versorgungsabgaben in Höhe von 14 Prozent ihrer Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit an die Ärzteversorgung Westfalen-Lippe. Aus diesen Beitragszahlungen entstehen satzungsgemäße Rentenansprüche.

4.2.4 Geringfügig Beschäftigte Mitglieder, die eine geringfügige Beschäftigung mit einem Entgelt bis zur Geringfügigkeitsgrenze in Höhe von 450 Euro monatlich aufnehmen, sind grundsätzlich versicherungspflichtig in der gesetzlichen Rentenversicherung.

Handelt es sich bei der geringfügigen Beschäftigung um eine **ärztliche Tätigkeit**, so bestehen folgende Möglichkeiten:

- a) **Die Rentenversicherungsbeiträge sollen rentenwirksam an die ÄVWL gezahlt werden.** Es muss für diese Beschäftigung ein Antrag auf Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherung zugunsten der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe gestellt werden. Ein solcher Befreiungsantrag ist auch dann notwendig, wenn bereits eine Befreiung von der Versicherungspflicht in der

gesetzlichen Rentenversicherung zugunsten der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe vorliegt. Der Arbeitgeber zahlt vom Entgelt der geringfügigen Beschäftigung einen Beitrag in Höhe von 15 Prozent und das Mitglied als Arbeitnehmer einen Beitrag in Höhe von 3,7 Prozent des Entgeltes.

- b) **Das Mitglied möchte sich von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreien lassen und aus dieser Beschäftigung auch keinen Beitrag zur Ärzteversorgung leisten.** In diesem Fall genügt es, wenn dem Arbeitgeber ein Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung eingereicht wird. Die Befreiung gilt vom Beginn des Monats an, in dem der Antrag dem Arbeitgeber zugegangen ist. Der Arbeitgeber ist verpflichtet, einen pauschalen Beitrag in Höhe von 15 Prozent an die gesetzliche Rentenversicherung zu leisten, ohne dass daraus Ansprüche entstehen. Das Mitglied als Arbeitnehmer zahlt keinen Beitrag zur Rentenversicherung aus dem geringfügigen Beschäftigungsverhältnis.

Handelt es sich bei der geringfügigen Beschäftigung um eine nichtärztliche Tätigkeit, kann sich

das Mitglied, wie unter b) beschrieben, befreien lassen. Wenn dies nicht geschieht oder versäumt wird, muss der Pauschalbeitrag des Arbeitgebers in Höhe von 15 Prozent vom Arbeitnehmer um 3,7 Prozent aufgestockt und an die gesetzliche Rentenversicherung entrichtet werden. Daraus entstehen dann Ansprüche gegenüber der gesetzlichen Rentenversicherung.

HINWEISE FÜR BERUFSANFÄNGER

Für jeden Berufsanfänger, der seine erste ärztliche Tätigkeit aufnimmt, stellt sich zu Beginn die Frage der Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung gem. § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI zugunsten der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe. Die nachfolgend aufgeführten Vorteile einer Befreiung sollen die Entscheidung erleichtern:

Die Ärzteversorgung Westfalen-Lippe sieht keine Wartezeit zur Erlangung des Anspruchs auf Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenenrente vor. Der Anspruch entsteht bereits, wenn Versorgungsabgaben für einen Monat entrichtet worden sind.

Demgegenüber schreibt die gesetzliche Rentenversicherung eine Wartezeit von 60 Beitragsmonaten vor, bevor ein Anspruch auf Alters-, Erwerbsminderungs- und Hinterbliebenenrente entsteht. Die Berufsunfähigkeitsrente ist bei der Ärzteversorgung so ausgestaltet, dass das Mitglied von Anfang an so gestellt wird, als habe es bis zum

60. Lebensjahr Beiträge gezahlt (siehe § 11 Abs. 3 Nr. 2).

Bisherige Vergleiche haben ergeben, dass bei gleichen Beitragsleistungen die Renten der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe wesentlich höher liegen als die Renten der gesetzlichen Rentenversicherung. Der Grund dafür liegt unter anderem darin, dass die Ärzteversorgung Westfalen-Lippe ihr Leistungsangebot auf wesentliche Kernleistungen konzentriert hat.

Wenn eine Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherung zugunsten der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe durchgeführt wird, entfällt ab dem Befreiungsdatum eine zusätzliche Abgabepflicht gem. § 23 Abs. 2 der Satzung in Höhe von 14 Prozent der Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit.

4.2.5 Freiwillige Aufstockung der Versorgungsabgaben Auch angestellte Mitglieder sind berechtigt, über ihren Pflichtbeitrag hinaus freiwillige Versorgungsabgaben zu leisten. Die Versorgungsabgaben können im Jahr 2017 bis zur höchstmöglichen Abgabe von 1.467,70 Euro/Monat aufgestockt werden, um so einen höheren Anspruch auf Alters-, Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenenrente zu erwerben.

4.3 Versorgungsabgaben für arbeitslose Mitglieder

Für angestellte Ärztinnen und Ärz-

te, die gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI von der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind und arbeitslos werden, übernimmt während des Bezuges von Arbeitslosengeld I oder Unterhaltsgeld die zuständige Arbeitsagentur auch die Versorgungsabgaben für die Ärzteversorgung. Dafür ist ein entsprechender Antrag notwendig, den das Mitglied bei der zuständigen Arbeitsagentur stellen muss.

Die Mitgliederabteilung der Ärzteversorgung gibt dazu nähere Auskünfte.

4.4 Versorgungsabgaben während der Mutterschutzfrist und bei Elternzeit

4.4.1 Voraussetzungen für die Anerkennung von Kinderbetreuungszeiten Während der Mutterschutzfrist (sechs Wochen vor und acht Wochen nach der Geburt des Kindes) muss das Mitglied keine Versorgungsabgaben an die Ärzteversorgung zahlen. Nach Ablauf der Mutterschutzfrist kann das Mitglied die Berücksichtigung von Kinderbetreuungszeiten geltend machen. Kinderbetreuungszeiten können

- bei Geburten nach dem 31.12.1991 für einen Zeitraum von längstens 36 Monaten und bei Geburten vor dem 01.01.1992 für einen Zeitraum von 15 Monaten, gerechnet ab der Geburt des Kindes, berücksichtigt werden;
- angestellte, beamtete und

selbstständige Ärztinnen und Ärzte in Anspruch nehmen.

Kernpunkt der Regelung von Kinderbetreuungszeiten ist die Tatsache, dass während der Kinderbetreuung keine Einkünfte erzielt werden können und damit die Möglichkeit, Versorgungsabgaben zu entrichten, sehr eingeschränkt ist mit der Folge, dass beitragsfreie bzw. beitragsarme Mitgliedschaftszeiten entstehen. Diese beitragsfreien bzw. beitragsarmen Mitgliedschaftszeiten würden sich ohne die „Berücksichtigung von Kinderbetreuungszeiten“ stark rentenmindernd auf die Höhe der Rentenanwartschaften auswirken. Die „Berücksichtigung von Kinderbetreuungszeiten“ erfolgt in der Weise, dass die beitragsfreien oder beitragsarmen Mitgliedschaftszeiten bei der Rentenberechnung ausgeklammert werden, sodass sie sich nicht mehr rentenmindernd auswirken können. Voraussetzung für die Berücksichtigung ist allerdings, dass während der Kinderbetreuungszeit nicht mehr als eine geringfügige Beschäftigung gemäß § 8 SGB IV ausgeübt wird.

4.4.2 Die Zahlung von freiwilligen Versorgungsabgaben während der Kinderbetreuungszeit Die Tatsache, dass die Zeiten der Kinderbetreuung ausgeklammert werden, bedeutet hingegen nicht, dass während dieser Zeiten die Möglichkeit der freiwilligen Beitragszahlung ausgeschlossen ist. Wer während der Kinderbetreuungszeiten freiwillig Ver-

sorgungsabgaben entrichtet, erwirbt anders als das Mitglied, das sich während des fraglichen Zeitraumes beitragsfrei stellen lässt, zusätzliche Rentenanwartschaften.

Wenden Sie sich wegen Klärung der Einzelheiten rechtzeitig vor Beginn des Mutterschutzes an die Mitgliederabteilung der Ärzteversorgung.

4.5 Versorgungsabgaben für Beamte auf Zeit, Widerruf oder Probe

Mitglieder, die Beamte auf Zeit, auf Widerruf oder auf Probe werden, können sich von der Pflichtmitgliedschaft befreien lassen (§ 6 Abs. 4 Nr. 2). Wer sich nicht befreien lässt, muss eine Versorgungsabgabe in Höhe der Mindestabgabe gemäß § 22 Abs. 3 leisten.

4.6 Versorgungsabgaben für Mitglieder, die als Pflegepersonen im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes tätig sind

Mitglieder, die nicht erwerbsmäßig eine pflegende Tätigkeit im Sinne der sozialen Pflegeversicherung ausüben und von der gesetzlichen Rentenversicherung zugunsten der Ärzteversorgung befreit sind, erhalten auf Antrag von der Pflegekasse den Rentenversicherungsbeitrag zur Ärzteversorgung erstattet.

4.7 Versorgungsabgaben für gesetzlich krankenversicherte Mitglieder, die Krankengeld beziehen

Für angestellte Mitglieder, die von der Rentenversicherungspflicht befreit sind und Krankengeld beziehen, übernimmt die Krankenkasse während des Krankengeldbezuges Beiträge zum berufsständischen Versorgungswerk. Die Beitragsübernahme ist jedoch an zwei Bedingungen geknüpft: Es bedarf einer Antragstellung bei der zuständigen Krankenkasse und das Mitglied muss bereit sein, einen eigenen Beitragsanteil zu tragen. Nähere Auskünfte hierzu gibt es in der Abteilung Mitglieder und Renten der Ärzteversorgung.

4.8 Versorgungsabgaben für freiwillige Mitglieder

4.8.1 Freiwillige Mitglieder, die ihren Beruf ausüben Hierbei handelt es sich um Mitglieder, die innerhalb des Zuständigkeitsbereiches der Ärztekammer Westfalen-Lippe ihre ärztliche Tätigkeit ausüben, aber von der Mitgliedschaft ausgenommen oder befreit sind und ihre freiwillige Mitgliedschaft erklärt haben. Diese Mitglieder sind verpflichtet, Versorgungsabgaben mindestens in Höhe der Mindestabgabe gemäß § 22 Abs. 3 (2017: 4.064,40 Euro/Jahr bzw. 338,70 Euro/Monat) und höchstens in Höhe der höchstmöglichen Abgabe gemäß

§ 22 Abs. 2 (2017: 17.612,40 Euro/Jahr bzw. 1.467,70 Euro/Monat) zu leisten.

Bei erstmaliger Aufnahme der freiwilligen Mitgliedschaft nach Vollendung des 50. Lebensjahres ist jedoch die Anhebung der freiwilligen Beitragszahlungen begrenzt. Dann dürfen die Beiträge nur noch auf den Betrag angehoben werden, der sich aus der durchschnittlichen Steigerungszahl ergibt, die das Mitglied mit dem 50. Lebensjahr erreicht hat. Diese Beschränkung gilt nicht für die Mitglieder, die am 01.01.2005 das 50. Lebensjahr bereits vollendet hatten.

4.8.2 Freiwillige Mitglieder, die ihren Beruf nicht ausüben Hierbei handelt es sich um Mitglieder, die wegen Nichtausübung ihres ärztlichen Berufes keine Pflichtmitglieder sind, aber ihre freiwillige Mitgliedschaft erklärt haben. Sie leisten Versorgungsabgaben entsprechend den unter 4.8.1 gemachten Ausführungen.

Die freiwillige Mitgliedschaft ist immer mit der Verpflichtung verbunden, Versorgungsabgaben zu entrichten. Die Begründung und Aufrechterhaltung einer freiwilligen Mitgliedschaft ohne Leistung von Versorgungsabgaben ist nicht möglich. Das Mitglied kann die freiwillige Mitgliedschaft kündigen. Die Ärzteversorgung kann die freiwillige Mitgliedschaft ebenfalls beenden, wenn das Mitglied seinen Zahlungsverpflichtungen nicht nachkommt und erfolglos gemahnt wurde.

5.0 HÖHERVERSICHERUNG (§ 25)

Jedes Mitglied, das eine über den höchstmöglichen Beitrag in der Grundversorgung (2017: 17.612,40 Euro/Jahr) hinausgehende Sicherung anstrebt, kann durch Teilnahme an der Höherversicherung seine Zukunftssicherung und die seiner Familie verbessern. Eine weitgehende Gestaltungsfreiheit nach persönlichen Wünschen und Vorstellungen ist dabei ein großer Vorzug der Höherversicherung. An der Höherversicherung können jedoch nur die Mitglieder teilnehmen, die in der Grundversorgung bereits die o.g. höchstmögliche Abgabe leisten.

5.1 Weitgehende Gestaltungsfreiheit

Die Höhe der zu zahlenden Beiträge kann das Mitglied innerhalb des vom Gesetz- und Satzungsgeber vorgegebenen Rahmens weitgehend selbst bestimmen. Das Mitglied kann jährlich neu entscheiden, ob und mit welchem Beitrag es an der Höherversicherung teilnehmen will.

Im Jahr 2017 sind für die Höherversicherung folgende Beitragszahlungen möglich:

Mindestbeitrag	4.064,40 Euro/Jahr
Maximalbeitrag	10.886,40 Euro/Jahr

Zwischen diesen Beitragsgrenzen

kann jeder beliebige Beitrag in die Höherversicherung eingezahlt werden. Es können Beiträge zur Höherversicherung nur in dem Kalenderjahr geleistet werden, für das sie gelten sollen. Nachentrichtungen für zurückliegende Jahre sind nicht möglich.

Durch die Zahlung von Beiträgen zur Höherversicherung erwirbt das Mitglied für jedes Geschäftsjahr einen Erhöhungsbetrag (§ 25 Abs. 2).

5.2 Berechnung des Erhöhungsbetrages

Der Erhöhungsbetrag für Einzahlungen im Jahr 2017 ergibt sich aus der folgenden Tabelle.

Alter im Jahr 2017	Monatliche Regelaltersrente für 1.000 Euro Einmalbeitrag im Jahr 2017
20	8,30 Euro
21	8,16 Euro
22	8,01 Euro
23	7,87 Euro
24	7,73 Euro
25	7,59 Euro
26	7,46 Euro
27	7,33 Euro
28	7,20 Euro
29	7,07 Euro
30	6,95 Euro
31	6,83 Euro
32	6,71 Euro

Alter im Jahr 2017	Monatliche Regelaltersrente für 1.000 Euro Einmalbeitrag im Jahr 2017
33	6,59 Euro
34	6,48 Euro
35	6,37 Euro
36	6,26 Euro
37	6,15 Euro
38	6,04 Euro
39	5,94 Euro
40	5,84 Euro
41	5,74 Euro
42	5,64 Euro
43	5,55 Euro
44	5,45 Euro
45	5,36 Euro
46	5,27 Euro
47	5,18 Euro
48	5,10 Euro
49	5,01 Euro
50	4,93 Euro
51	4,85 Euro
52	4,76 Euro
53	4,69 Euro
54	4,61 Euro
55	4,53 Euro
56	4,46 Euro
57	4,38 Euro
58	4,28 Euro
59	4,17 Euro
60	4,07 Euro
61	3,97 Euro
62	3,87 Euro
63	3,77 Euro
64	3,67 Euro
65	3,56 Euro

Alter im Jahr 2017	Monatliche Regelaltersrente für 1.000 Euro Einmalbeitrag im Jahr 2017
66	3,47 Euro
67	3,39 Euro

Folgendes Rechenbeispiel erläutert, wie die aufgeführte Tabelle zu lesen ist.

BEISPIEL	
Einzahlungsalter	40 Jahre (Ärztin/Arzt)
$10.886,40 / 1.000 * 5,84 = 63,58$ Euro monatlich = 762,96 Euro Jahresrente	

Durch Zahlung eines einmaligen Beitrages von 10.886,40 Euro (Maximalbeitrag) im Jahr 2017 wird eine lebenslängliche Altersrente in Höhe von 762,96 Euro pro Jahr bei Renteneintritt mit dem 67. Lebensjahr erworben. Bei einer Dynamisierung von zum Beispiel 1 Prozent pro Jahr würde die Altersrente aus der Höherversicherung circa 980 Euro pro Jahr betragen. Die Altersrente kann nur in Verbindung mit der Rente aus der Grundversorgung in Anspruch genommen werden. Dabei greifen versicherungsmathematische Ab- oder Zuschläge, wenn die Altersrente vorzeitig oder verspätet bezogen wird.

5.3 Der weitere Leistungsumfang und die Vorzüge der Höherversicherung

- a) Im Falle der Berufsunfähigkeit wird eine Rente in Höhe von 80 Prozent des zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit erworbenen Erhöhungsbetrages gezahlt.
- b) Der Erhöhungsbetrag erhöht sich für jedes zuschussberechtigte Kind um einen Kinderzuschuss von 10 Prozent.
- c) Für die Teilnahme an der Höherversicherung ist keine Gesundheitsprüfung und keine Wartezeit erforderlich.
- d) Nach dem Tode des Mitglieds erhält die Witwe bzw. der Witwer eine lebenslang zahlbare Hinterbliebenenrente in Höhe von 60 Prozent des Erhöhungsbetrages. Außerdem werden Halbwaisenrenten in Höhe von 10 Prozent und Vollwaisenrenten in Höhe von 30 Prozent für jedes nach den Bedingungen der Grundversorgung berechnete Kind gezahlt.
- e) Die Rententabelle der Höherversicherung enthält einen bereits eingerechneten Rechnungszins von 2 Prozent. Da sich die Kapitalanlage der ÄVWL nach wie vor am Rechnungszins von 4 Prozent in der Grundversorgung orientiert, sind bei Erreichen entsprechender Überschüsse ange-

messene Dynamisierungen möglich und beabsichtigt.

- f) Die Beiträge, die in die Höherversicherung eingezahlt werden, sind nach dem seit 2005 geltenden Alterseinkünftegesetz steuerlich begünstigt.

Eine nähere Übersicht über die aus der Teilnahme an der Höherversicherung zu erwartenden Renten wird auf Anfrage von der Mitgliederabteilung errechnet und übersandt.

6.0 ABGABENFREIE MITGLIEDSCHAFT UND ABGABENFREIE ANWARTSCHAFT

- a) Unterbricht ein Mitglied vorübergehend (weniger als sechs Monate) seine ärztliche Tätigkeit, so wird die Mitgliedschaft zur Ärzteversorgung Westfalen-Lippe davon grundsätzlich nicht berührt. Das Mitglied wird für diese Zeit lediglich von der Verpflichtung entbunden, Versorgungsabgaben leisten zu müssen. Oftmals haben diese Mitglieder allerdings einen Anspruch auf Arbeitslosengeld.
- b) Wenn die ärztliche Tätigkeit länger als sechs Monate unterbrochen wird, scheidet das Mitglied aus dem Versorgungswerk aus (§ 6 Abs. 3 Nr. 3). Erklärt das Mitglied nicht die

freiwillige Mitgliedschaft, tritt die abgabenfreie Anwartschaft ein. Diese hat zur Folge, dass bei Eintritt eines Versorgungsfalles während der abgabenfreien Anwartschaft die Rente nur nach den tatsächlich geleisteten Versorgungsabgaben während der aktiven Mitgliedschaft festgesetzt wird. Die Rentenanwartschaft verringert sich deutlich. Es ist deshalb zu empfehlen, freiwillige Versorgungsabgaben wenigstens in Höhe der Mindestabgabe zu entrichten, wenn die Arbeitsunterbrechung länger als sechs Monate dauert. Diese beschriebene Reduzierung der Rentenanwartschaft tritt nicht ein, wenn die Betroffenen bei Eintritt des vorzeitigen Versorgungsfalles (Berufsunfähigkeit, Tod) beitragszahlendes Mitglied bei einem auf Gesetz beruhenden Versorgungsträger im Geltungsbereich der Verordnung (EG 883/2004) sind (siehe Ziffer 3.4 auf Seite 15) und beide Versorgungswerke eine Pro-rata-Regelung in der Satzung verankert haben. Letzteres ist bei fast allen ärztlichen Versorgungswerken der Fall.

Nähere Auskünfte erteilt die Mitgliederabteilung der Ärzteversorgung.

7.0 NACHVERSICHERUNG

Beamte und Soldaten, die ohne Versorgungsanspruch aus ihrem Dienstverhältnis ausscheiden, haben gemäß § 8 SGB VI Anspruch auf Nachversicherung. Soweit die Anspruchsberechtigten einer berufsständischen Versorgungseinrichtung angehören, haben sie die Möglichkeit, die Nachversicherung nicht zur gesetzlichen Rentenversicherung, sondern zu ihrer zuständigen Ärzteversorgung durchführen zu lassen. Der entsprechende Antrag ist innerhalb eines Jahres nach dem Ausscheiden bei dem zuständigen Dienstherrn zu stellen. Das Antragsrecht steht auch den Hinterbliebenen eines verstorbenen Beamten oder Soldaten zu (§ 186 SGB VI). Die Mitglieder gelten nach erfolgter Nachversicherung rückwirkend ab dem Beginn der Nachversicherungszeit als Pflichtmitglieder der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe.

Die Nachversicherung zur Ärzteversorgung muss auch dann durchgeführt werden, wenn die Nachversicherungszeit noch keine 60 Monate beträgt. Bei der Ärzteversorgung hat die Witwe bzw. der Witwer in jedem Fall einen Rentenanspruch.

Im Einzelfall steht die Mitgliederabteilung der Ärzteversorgung jederzeit für nähere Auskünfte zur Verfügung.

8.0 ÜBERLEITUNG DER BEITRÄGE AN ANDERE VERSORGUNGSWERKE

Scheidet ein Mitglied aus der Ärztekammer Westfalen-Lippe aus und übt seine ärztliche Tätigkeit in einem anderen Kammerbereich aus, besteht die Möglichkeit der Überleitung. Auf Antrag können die bisher an die Ärzteversorgung Westfalen-Lippe entrichteten Versorgungsabgaben an die Versorgungseinrichtung des neuen Kammerbereiches übertragen werden. Der Antrag ist innerhalb von sechs Monaten nach Aufnahme der ärztlichen Tätigkeit im anderen Kammerbereich bei einer der beteiligten Versorgungseinrichtungen zu stellen. Die Überleitung ist ausgeschlossen, wenn das Mitglied

- a) zum Zeitpunkt der Pflichtmitgliedschaft in dem neu zuständigen Versorgungswerk das 50. Lebensjahr bereits vollendet hat,
- b) bei der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe bereits für mehr als 96 Monate Beiträge geleistet hat,
- c) in einer der beiden Versorgungseinrichtungen die Zahlung einer Berufsunfähigkeitsrente beantragt hat.

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

9.0 BESTEUERUNG DER RENTEN UND STEUERLICHE ABZUGSFÄHIGKEIT DER VERSORGUNGSABGABEN

Mit Wirkung vom 01.01.2005 ist das Alterseinkünftegesetz in Kraft getreten. Es stellt die Rentenbesteuerung auf völlig neue Grundlagen und sieht die nachgelagerte Besteuerung der Alterseinkünfte vor. Nachgelagerte Besteuerung heißt, dass die Altersvorsorgeaufwendungen in der Ansparphase von der Steuer freigestellt und die daraus bezogenen Rentenleistungen voll der Besteuerung unterworfen werden.

9.1 Besteuerung der Renten

Da in der Vergangenheit die Vorsorgebeiträge zumindest teilweise aus versteuertem Einkommen geleistet wurden, hat der Gesetzgeber zwecks Vermeidung einer Zweifachbesteuerung eine lange Übergangsregelung geschaffen. Diese sieht so aus, dass alle diejenigen, die schon Rente beziehen, und diejenigen, die im Jahr 2005 erstmals die Rente in Anspruch genommen haben, einen Besteuerungsanteil von 50 Prozent haben; d. h. 50 Prozent der Rente werden der Besteuerung mit dem individuellen Steuersatz unterworfen. Für diejenigen, die im Jahr 2017 in die Rente eintreten, beträgt der Besteuerungsanteil bereits 74 Prozent. Im Jahr 2020 ist ein Besteuerungsanteil von 80 Prozent erreicht, danach steigt

der Besteuerungsanteil nur noch um 1 Prozent p. a., sodass für diejenigen, die im Jahr 2040 erstmals in Rente gehen werden, eine volle Besteuerung von 100 Prozent vorgesehen ist. Wichtig ist dabei, dass je nach Renteneintritt der Besteuerungsanteil festgeschrieben wird und nicht weiter ansteigt. Ausgenommen davon sind die Rentendynamisierungen; diese werden der vollen Besteuerung unterworfen.

9.2 Steuerliche Abzugsfähigkeit der Versorgungsabgaben

Im Gegenzug zur Besteuerung der Renten können die Versorgungsabgaben, die zur Ärzteversorgung Westfalen-Lippe geleistet werden, steuermindernd bei der Einkommensteuererklärung berücksichtigt werden. Auch hier können nicht sofort 100 Prozent der geleisteten Versorgungsabgaben steuermindernd in Abzug gebracht werden, sondern das Gesetz sieht vor, dass im Jahr 2017 84 Prozent von maximal 23.362 Euro bei Ledigen bzw. 46.724 Euro bei Verheirateten zu berücksichtigen sind, wenn Vorsorgeaufwendungen in dieser Höhe nachgewiesen werden. Dieser Prozentsatz wird im Gegensatz zum Besteuerungsanteil nicht festgeschrieben, sondern steigt pro Jahr um 2 Prozentpunkte an, bis im Jahr 2025 die Versorgungsabgaben in voller Höhe Berücksichtigung finden. Dies bedeutet, dass unsere Mitglieder im Jahr 2017 84 Prozent,

im Jahr 2018 86 Prozent usw. der Vorsorgeaufwendungen steuermindernd in ihrer Einkommensteuererklärung absetzen können. Die steuerliche Abzugsfähigkeit der Beiträge zur Ärzteversorgung Westfalen-Lippe gilt sowohl für Beitragszahlungen in die Grundversorgung als auch für Zahlungen in die Höherversicherung.

Für nähere Informationen kann unser Merkblatt zum Alterseinkünftegesetz von unserer Homepage unter www.aevwl.de heruntergeladen werden.

HINWEIS

Persönliche Fragen zur Steuererklärung und zur Steuerschuld können und dürfen nur von einem Steuerberater, der die persönlichen Einkommensverhältnisse des Mitgliedes bzw. Rentenbeziehers kennt, beantwortet werden.

10.0 BERATUNG UND INFORMATION DER MITGLIEDER

Zu individueller Beratung stehen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe jederzeit telefonisch, durch persönliche Rücksprache und auf schriftliche Anfrage zur Verfügung.

Aktuelle Informationen finden Sie auch auf unserer Homepage unter:

www.aevwl.de

**Satzung der
Ärzteversorgung
Westfalen-Lippe**

**SATZUNG
DER ÄRZTEVERSORGUNG WESTFALEN-LIPPE
VOM 29. SEPTEMBER 2001
(MBL.NRW.2002, 1047 FF.)**

Die Kammerversammlung der Ärztekammer Westfalen-Lippe hat in ihrer Sitzung am 29. September 2001 aufgrund des § 23 des Heilberufsgesetzes vom 09. 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.

ÄNDERUNG DER SATZUNG

Lfd. Nummer	Beschluss der Kammer-versammlung	Genehmigung der Aufsichtsbehörde	Fundstelle	Geänderte Paragraphen	Art der Änderung
1	14.09.2002	Finanzministerium des Landes NRW 15.10.2002 Vers.35-00-1.(24) III B 4	MBL.NRW 02 1224	8 Abs. 1 10 Abs. 7 11 16 Abs. 1 18 Abs. 1, 2 19 Abs. 2 23 Abs. 7 26 Abs. 4 28 31 Ziff. 1.4 ZV	geändert geändert geändert geändert geändert eingefügt geändert geändert geändert geändert
2	11.10.2003	Finanzministerium des Landes NRW 11.11.2003 Vers.35-00-1 (U 24) IV C 4	MBL.NRW 04 74	2 10 Abs. 8 Satz 4 Nr. 2 26 Abs. 5 30 Abs. 4 Satz 1	geändert geändert eingefügt geändert
3	27.11.2004	Finanzministerium des Landes NRW 04.01.2005 Vers.35-00-1 (U 24) IV C 4	MBL.NRW 05 150 ff.	1 Abs. 5 6 7 8 11 Abs. 2 Satz 3 Nr. 1 11 Abs. 3 Satz 8 13 Abs. 2 16 Abs. 1 18 20 Abs. 4	geändert geändert geändert geändert geändert geändert geändert geändert geändert gestrichen

Lfd. Nummer	Beschluss der Kammerversammlung	Genehmigung der Aufsichtsbehörde	Fundstelle	Geänderte Paragraphen	Art der Änderung
noch 3				21 Abs. 1 23 Abs. 4 24 26 Abs. 2 29 Abs. 1 31 41 42 Ziff. 1.4 ZV Ziff. 2.7 ZV Ziff. 3.1 ZV Ziff. 3.2 ZV Ziff. 3.3, 3.4, 3.5, 3.6, 3.7. ZV Ziff. 4.0, 4.1, 4.2, 4,3 ZV	geändert geändert geändert eingefügt geändert gestrichen geändert eingefügt geändert geändert geändert geändert gestrichen gestrichen
4	24.09.2005	Finanzministerium des Landes NRW 14.11.2005 Vers.35-00-1 (U 24) IV C 4	MBL.NRW 05 1381 ff.	11 Abs. 3 15 Abs. 1 16 Abs. 1 17 Abs. 1 32	geändert geändert geändert geändert gestrichen
5	23.09.2006	Finanzministerium des Landes NRW 12.10.2006 Vers.35-00-1 (U 24) III B 4	MBL.NRW 06 560 ff.	1 8 Abs. 3 bis 9 9 10 12 15 16 17 30 31 36 und 37	geändert eingefügt geändert geändert geändert geändert geändert geändert eingefügt gestrichen
6	20.08.2008	Finanzministerium des Landes NRW 06.10.2008 Vers.35-00-1-10/08 (U 24) III B 4	MBL.NRW 08 543 ff.	1 Abs. 2, 3 2 a 6 Abs. 2 9 Abs. 2, 3, 4 10 Abs. 9 11 Abs. 3, 4 11 Abs. 5 bis 8 12 Abs. 9 14 Abs. 1, 5 16 Abs. 1 19 Abs. 2 21 Abs. 5 26 Abs. 2	geändert eingefügt geändert geändert gestrichen geändert eingefügt gestrichen geändert geändert geändert eingefügt geändert

Lfd. Nummer	Beschluss der Kammerversammlung	Genehmigung der Aufsichtsbehörde	Fundstelle	Geänderte Paragraphen	Art der Änderung
noch 6				29 Abs. 1 31 Ziff. 2.1 ZV Ziff. 2.3 ZV	geändert gestrichen geändert geändert
7	21.03.2009	Finanzministerium des Landes NRW 30.04.2009 Vers.35-00-1-04/09 (U 24) III B 4	MBL.NRW 09 264	5 Abs. 1	geändert
8	19.09.2009	Finanzministerium des Landes NRW 13.10.2009 Vers.35-00-1-10/09 (U 24) III B 4	MBL.NRW 09 518	3 Abs. 1 Nr. 5 21 Abs. 1 bis 5 30 Abs. 4 Ziff. 4.0 ZV	geändert geändert geändert geändert
9	03.07.2010	Finanzministerium des Landes NRW 16.07.2010 Vers.35-00-1-10/09 U 24 III B 4	MBL.NRW 10 699 ff.	8 Abs. 9 8 Abs. 10 10 Abs. 5, 7, 9 10 Abs. 8 11 Abs. 3 bis 8 12 Abs. 6, 7 14 Abs. 5 14 Abs. 6 15 Abs. 1 17 Abs. 2 18 Abs. 4, 8 23 Abs. 1 23 Abs. 3 26 Abs. 3 27 Abs. 4, 5 28 30 Abs. 3 40 Ziff. 4.1 ZV Ziff. 4.2 ZV Anlage 3 ZV	geändert eingefügt geändert eingefügt geändert geändert geändert eingefügt geändert geändert geändert geändert gestrichen geändert geändert geändert geändert gestrichen geändert geändert gestrichen
10	23.06.2012	Finanzministerium des Landes NRW 03.07.2012 Vers. 35-00-1-07/12 U 24 III B 4	MBL.NRW 12 581	15 Abs. 1 17 Abs. 2 18 Abs. 1, 2, 4, 5	geändert geändert geändert
11	30.11.2013	Finanzministerium des Landes NRW 18.12.2013 Vers. 35-00-1 U 24 III B 4	MBL.NRW 04 59	41 Abs. 5, 6	geändert

Lfd. Nummer	Beschluss der Kammerversammlung	Genehmigung der Aufsichtsbehörde	Fundstelle	Geänderte Paragraphen	Art der Änderung
12	13.06.2015	Finanzministerium des Landes NRW 15.07.2015 Vers. 35-00-1 U 24 III B 4	MBL.NRW 23 500 ff.	Überschrift 1 Abs. 5 3 Abs. 1 4 Abs. 1, 2 4 Abs. 9, 10 5 Abs. 1 5 Abs. 7, 8, 9 10 Abs. 7 11 Abs. 1, 3 19 Abs. 2 21 Abs. 7 22 Abs. 4 22 Abs. 5 25 26 Abs. 2 27 Abs. 2, 7 29 30 Abs. 1, 2, 3 40 Anlage 1, Anlage 1.1, Anlage 1.2, Anlage 1.3, Anlage 1.4, Anlage 2.1, Anlage 2.2	geändert eingefügt geändert geändert eingefügt geändert eingefügt geändert geändert eingefügt geändert eingefügt geändert geändert geändert geändert gestrichen geändert eingefügt gestrichen

I. AUFGABEN DER VERSORGUNGSEINRICHTUNG UND KREIS IHRER MITGLIEDER

§ 1 Sitz, Aufgaben und Rechtsnatur

- (1) ¹Die Ärzteversorgung Westfalen-Lippe ist eine Einrichtung der Ärztekammer Westfalen-Lippe, Körperschaft des öffentlichen Rechts. ²Sie hat ihren Sitz in Münster (Westfalen).
- (2) ¹Die Ärzteversorgung Westfalen-Lippe wird gerichtlich und außergerichtlich durch die Präsidentin oder den Präsidenten der Ärztekammer Westfalen-Lippe vertreten (§ 26 des Heilberufsgesetzes). ²Die Vorsitzende oder der Vorsitzende des Verwaltungsausschusses vertritt die Präsidentin oder den Präsidenten im Falle ihrer oder seiner Verhinderung.
- (3) ¹Die Ärzteversorgung Westfalen-Lippe hat die Aufgabe, für die Angehörigen der Ärztekammer Westfalen-Lippe und ihre Familienmitglieder gemäß den Bestimmungen des § 6 a des Heilberufsgesetzes Versorgung nach Maßgabe dieser Satzung zu gewähren. ²Die Ärzteversorgung Westfalen-Lippe kann im Rechtsverkehr unter ihrem Namen – Ärzteversorgung Westfalen-Lippe, Einrichtung der Ärztekammer Westfalen-Lippe, Körperschaft des öffentlichen Rechts – klagen und verklagt werden. ³Sie verwaltet zweckgebunden (§ 30) ein eigenes Vermögen, das nicht für Verbindlichkeiten der Ärztekammer Westfalen-Lippe haftet. ⁴Erklärungen, die die Ärzteversorgung Westfalen-Lippe vermögensrechtlich verpflichten, bedürfen der Schriftform. ⁵Sie sind nur rechtsverbindlich, wenn sie von der Präsidentin oder dem Präsidenten der Ärztekammer Westfalen-Lippe und einem Mitglied des Verwaltungsausschusses oder der hauptamtlichen Hauptgeschäftsführerin oder dem hauptamtlichen Hauptgeschäftsführer unterzeichnet sind.
- (4) ¹Die Satzung der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe, Geschäftsordnungen oder sonstige Satzungen sind im „Westfälischen Ärzteblatt“ zu veröffentlichen. ²Soweit Satzungen oder Satzungsänderungen einer Genehmigung bedürfen, werden sie nach ihrer Genehmigung im Ministerialblatt für das Land Nordrhein-Westfalen bekannt gegeben. ³Im 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.

- (5) Die Ärzteversorgung Westfalen-Lippe gibt sich einen Kodex, in dem Grundprinzipien und Regeln der Unternehmensführung transparent gemacht werden.
- (6) ¹Soweit die Voraussetzungen des Verwaltungszustellungsgesetzes für das Land Nordrhein-Westfalen vorliegen, kann eine öffentliche Zustellung durch öffentliche Bekanntmachung erfolgen. ²Das zuzustellende Schriftstück ist dazu in der Geschäftsstelle der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe unter der Überschrift „Öffentliche Bekanntmachungen“ auszuhängen. ³Das Schriftstück ist an dem Tage als zugestellt anzusehen, an dem seit dem Tage des Aushängens zwei Wochen verstrichen sind.
- (7) ¹Die Kammermitglieder sind verpflichtet, der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe die nach dieser Satzung notwendigen Auskünfte zu erteilen. ²Erklärungen nach der Satzung sind schriftlich und, soweit ausdrücklich nicht etwas anderes geregelt ist, gegenüber der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe abzugeben.

§ 2 Verwaltungsorgane

- (1) ¹Verwaltungsorgane der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe sind:
1. Die Kammerversammlung,
 2. der Aufsichtsausschuss,
 3. der Verwaltungsausschuss.
- (2) ¹Die Mitglieder der Verwaltungsorgane der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe sowie die Präsidenten der Ärztekammer Westfalen-Lippe und die Mitglieder des Vorstandes der Ärztekammer Westfalen-Lippe haften nur für den Schaden, der der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe aus einer vorsätzlichen oder grob fahrlässigen Verletzung der ihnen nach Gesetz, Satzung der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe oder Vertrag obliegenden Pflichten entsteht.

§ 2 a Geschäftsführung

- (1) ¹Zur Erledigung der laufenden Geschäfte der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe wird eine hauptamtliche Geschäftsführung bestellt.
- (2) ¹Die Bestellung einer hauptamtlichen Hauptgeschäftsführerin oder ei-

nes hauptamtlichen Hauptgeschäftsführers sowie mindestens einer hauptamtlichen Geschäftsführerin oder mindestens eines hauptamtlichen Geschäftsführers erfolgt durch den Vorstand der Ärztekammer Westfalen-Lippe auf Vorschlag des Verwaltungsausschusses.

- (3) ¹Das Aufgabengebiet der hauptamtlichen Hauptgeschäftsführerin oder des hauptamtlichen Hauptgeschäftsführers sowie der hauptamtlichen Geschäftsführerin(nen) oder der (des) hauptamtlichen Geschäftsführer(s) richtet sich nach der Stellenbeschreibung zur Konkretisierung der dienstvertraglichen Pflichten. ²Einzelheiten zu Stellung, Aufgabenbereiche und Befugnisse regelt der Arbeitsvertrag.
- (4) ¹Die hauptamtliche Hauptgeschäftsführerin oder der hauptamtliche Hauptgeschäftsführer sowie die hauptamtliche(n) Geschäftsführerin(nen) oder der(die) hauptamtliche(n) Geschäftsführer haften nur für den Schaden, der der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe aus einer vorsätzlichen oder grob fahrlässigen Verletzung der ihnen nach Gesetz, Satzung der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe oder Vertrag obliegenden Pflichten entsteht.

§ 3 Kammerversammlung

- (1) ¹Die Kammerversammlung hat folgende Aufgaben:
1. Die Beschlussfassung über Änderungen dieser Satzung mit 2/3-Mehrheit der anwesenden Mitglieder, sofern dabei mindestens die Mehrheit der gewählten Mitglieder der Kammerversammlung erreicht wird.
 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. 9, 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

- (1) ¹Der Aufsichtsausschuss besteht aus 12 Angehörigen der Ärztekammer Westfalen-Lippe, die Mitglieder der Versorgungseinrichtung sein müssen. ²Zu wählen sind mindestens 4 im Krankenhaus angestellte Ärzte und mindestens 4 in der vertragsärztlichen Versorgung tätige Ärzte. ³Verliert ein Mitglied des Aufsichtsausschusses diese Voraussetzung der Wählbarkeit, erlischt dadurch die Mitgliedschaft im Aufsichtsausschuss nicht.
- (2) ¹Die Wahl der Mitglieder des Aufsichtsausschusses erfolgt durch die Kammerversammlung für die Dauer von 5 Jahren 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.
- (3) ¹Der Aufsichtsausschuss wählt aus seiner Mitte seinen Vorsitzenden und seinen stellvertretenden Vorsitzenden mit einfacher Stimmenmehrheit.
- (4) 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.
- (5) ¹Der Aufsichtsausschuss ist beschlussfähig, wenn mindestens acht seiner Mitglieder anwesend sind. ²Er fasst seine Beschlüsse mit einfacher Mehrheit. ³Eine Stimmenthaltung ist nicht zulässig. ⁴Stimmgleichheit gilt als Ablehnung.

- (6) ¹Aufgaben des Aufsichtsausschusses sind:
1. die Überwachung der Geschäftstätigkeit,
 2. die Wahl und Bestellung des Abschlussprüfers,
 3. die Entgegennahme des Jahresabschlusses nebst Lagebericht,
 4. die Aufstellung von Richtlinien für die Kapitalanlage der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe,
 5. die Beschlussfassung über den Geschäftsplan und seine Änderungen.
- (7) ¹Die Tätigkeit der Mitglieder des Aufsichtsausschusses ist ehrenamtlich. ²Aufwandsentschädigungen und Kostenerstattungen werden durch Beschluss der Kammerversammlung geregelt.
- (8) ¹Zu den Sitzungen des Aufsichtsausschusses sind die Aufsichtsbehörde sowie der Kammerpräsident und im Falle seiner Verhinderung sein Stellvertreter einzuladen.
- (9) ¹Der Aufsichtsausschuss kann Unterausschüsse bilden. ²Er gibt sich eine Geschäftsordnung.
- (10) ¹Der Aufsichtsausschuss kann für die Erfüllung seiner Aufgaben sachkundige Personen hinzuziehen. ²Sie können an den Sitzungen des Aufsichtsausschusses ohne Stimmrecht teilnehmen.

§ 5 Verwaltungsausschuss

- (1) ¹Der Verwaltungsausschuss besteht aus 8 Mitgliedern, von denen 5 Mitglied (Pflichtmitglied, freiwilliges Mitglied oder Rentner) der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe sein müssen (ärztliche Mitglieder). ²Mindestens ein ärztliches Mitglied muss ein im Krankenhaus angestellter Arzt sein, mindestens ein weiteres ärztliches Mitglied in der vertragsärztlichen Versorgung tätig sein. ³Entscheidend ist der Berufsstatus zum Zeitpunkt der Wahl. ⁴Je ein weiteres Mitglied muss die Befähigung zum Richteramt haben, über fundierte Kenntnisse der Versicherungsmathematik mit entsprechender Berufserfahrung - zum Beispiel als Aktuar - verfügen, im Bereich der Kapitalanlage erfahren sein.
- (2) 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 rich-

tet 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. ⁹Stimmgleichheit gilt als Ablehnung.

- (3) ¹Die Mitglieder des Verwaltungsausschusses können nicht gleichzeitig Mitglieder des Aufsichtsausschusses sein.
- (4) ¹Bei Ausscheiden eines Mitgliedes des Verwaltungsausschusses wählt die Kammerversammlung in ihrer nächsten Sitzung den Nachfolger bzw. bestellt der Kammervorstand ein neues Mitglied durch Vertrag.
- (5) ¹Die Tätigkeit der nicht durch Vertrag bestellten Mitglieder des Verwaltungsausschusses ist ehrenamtlich. ²Aufwandsentschädigungen und Kostenerstattungen werden durch Beschluss der Kammerversammlung geregelt.
- (6) 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 7 Monate nach Beendigung des Geschäftsjahres den Jahresabschluss nebst Lagebericht nach den vorgeschriebenen Formblättern und Nachweisungen aufzustellen und dem Aufsichtsausschuss vorzulegen.
- (7) ¹Der Verwaltungsausschuss kann Unterausschüsse bilden. ²Er gibt sich eine Geschäftsordnung.
- (8) ¹Der Verwaltungsausschuss kann für die Erfüllung seiner Aufgaben sachkundige Personen hinzuziehen. ²Sie können an den Sitzungen des Verwaltungsausschusses ohne Stimmrecht teilnehmen.
- (9) ¹Der Verwaltungsausschuss kann in einzelnen besonderen Ausnahmefällen aus Billigkeitsgründen Leistungen bewilligen, auf die nach der Satzung der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe kein Anspruch besteht.

²Nähere Kriterien regelt der Verwaltungsausschuss in seiner Geschäftsordnung, insbesondere hinsichtlich der maximal zulässigen Leistungshöhe. ³Über Entscheidungen nach § 5 Abs. 9 Satz 1 ist dem Aufsichtsausschuss zu berichten.

§ 6 Mitgliedschaft

- (1) ¹Pflichtmitglieder der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe sind – vorbehaltlich der in § 41 getroffenen Übergangsregelungen – alle Angehörigen der Ärztekammer Westfalen-Lippe, die
1. im Landesteil Westfalen-Lippe des Landes Nordrhein-Westfalen eine ärztliche Tätigkeit ausüben oder
 2. falls sie dort keine ärztliche Tätigkeit ausüben, aber zum Wehr- oder Zivildienst eingezogen werden, am Tage vor ihrer Einberufung dort ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.
- (2) ¹Ausgenommen von der Mitgliedschaft sind diejenigen, die zum Zeitpunkt des Erwerbs der Mitgliedschaft:
1. die für sie nach § 9 Abs. 1 maßgebliche Regelaltersgrenze bereits vollendet haben.
 2. Beamte auf Lebenszeit und Sanitätsoffiziere als Berufssoldaten sind. Endet das Beamtenverhältnis oder das Dienstverhältnis als Soldat und wird eine ärztliche Tätigkeit ausgeübt, besteht Pflichtmitgliedschaft gemäß Abs. 1 Nr. 1.
- (3) ¹Aus der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe scheiden aus, Mitglieder die
1. der Ärztekammer Westfalen-Lippe nicht mehr angehören, mit dem Zeitpunkt des Verlustes ihrer Zugehörigkeit zur Ärztekammer Westfalen-Lippe,
 2. zu Beamten auf Lebenszeit oder Berufssoldaten ernannt werden, mit dem Zeitpunkt der Ernennung. Endet das Beamtenverhältnis als Soldat und wird eine ärztliche Tätigkeit ausgeübt, besteht Pflichtmitgliedschaft gemäß Abs. 1 Nr. 1,
 3. ihren ärztlichen Beruf nicht mehr ausüben. ²Eine zusammenhängende Unterbrechung der ärztlichen Berufsausübung von weniger als 6 Monaten führt nicht zum Ausscheiden aus der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe. ³Soweit der ärztliche Beruf deshalb nicht ausgeübt wird, weil
 - a. ein gesetzliches Beschäftigungsverbot nach § 3 Abs. 2 oder § 6 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes oder entsprechenden beam-

tenrechtlichen Regelungen besteht oder nach § 3 Abs. 2 oder § 6 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes bestehen würde, wenn das betroffene Mitglied nicht selbstständig, sondern unselbstständig tätig sein würde,

- b. 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,
- c. das Mitglied arbeitslos im Sinne des Sozialgesetzbuches III gemeldet ist,
- d. 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 6 Monaten überschritten wird.

⁴Als Kinder im Sinne von Buchstabe b. gelten die in § 15 Abs. 2 aufgeführten Kinder.

(4) ¹Auf Antrag werden Angehörige der Ärztekammer Westfalen-Lippe von der Pflichtmitgliedschaft befreit, die

- 1. 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. Endet der Anstellungs- oder Dienstvertrag und wird eine ärztliche Tätigkeit ausgeübt, besteht Pflichtmitgliedschaft gemäß Abs. 1 Nr. 1.
- 2. Beamte auf Zeit, auf Widerruf oder auf Probe oder Sanitätsoffiziere als Soldaten auf Zeit sind. Endet das Beamtenverhältnis oder das Dienstverhältnis als Soldat und wird eine ärztliche Tätigkeit ausgeübt, besteht Pflichtmitgliedschaft gemäß Abs. 1 Nr. 1.

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.

(5) ¹Die Pflichtmitgliedschaft endet mit dem Ablauf des Monats, in dem das Mitglied verstorben ist.

§ 7 Freiwillige Mitgliedschaft

- (1) ¹Angehörige der Ärztekammer Westfalen-Lippe, die
1. nach § 6 Abs. 2 Nr. 2 von der Mitgliedschaft ausgenommen oder
 2. nach § 6 Abs. 4 Nr. 1 oder 2 befreit worden sind,
- können innerhalb einer Frist von 6 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
 2. nach § 6 Abs. 4 Nr. 1 oder 2 von der Mitgliedschaft befreit worden ist,
- kann innerhalb einer Frist von 6 Monaten, beginnend mit dem Zeitpunkt des Ausscheidens bzw. der Befreiung von der Mitgliedschaft seine freiwillige Mitgliedschaft erklären.
- (3) ¹Die freiwillige Mitgliedschaft endet:
1. mit dem Eintritt der Voraussetzungen für die Pflichtmitgliedschaft bei der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe,
 2. durch Kündigung des freiwilligen Mitgliedes,
 3. 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. dem Ablauf des Monats, in dem das Mitglied verstorben ist.
- (4) ¹Die Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft wird wirksam mit dem:
1. Eintritt der in Abs. 3 Nr. 1 oder Nr. 4 genannten Voraussetzungen,
 2. Ablauf des Monats, in dem die Kündigung nach Abs. 3 Nr. 2 oder 3 zugegangen ist.

II. LEISTUNGEN DER VERSORGUNGSEINRICHTUNG

§ 8 Leistungen

- (1) ¹Die Versorgungseinrichtung gewährt Rechtsanspruch auf folgende Leistungen:

1. Altersrente,
 2. Berufsunfähigkeitsrente,
 3. Rehabilitation,
 4. Hinterbliebenenrente,
 5. Kinderzuschuss,
 6. Überleitung der Versorgungsabgabe,
 7. Kapitalabfindung im Falle der Wiederheirat,
 8. Sterbegeld
- (2) ¹Soweit die Leistungen auf Antrag gewährt werden, ist dieser schriftlich zu stellen.
- (3) ¹Wer Leistungen beantragt oder erhält, hat
1. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe der Erteilung der erforderlichen Auskunft durch Dritte zuzustimmen.
 2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen.
 3. Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen.
- ²Satz 1 gilt entsprechend für diejenigen, der Leistungen zu erstatten hat.
- (4) ¹Wer Leistungen beantragt oder erhält, soll auf Verlangen der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe
1. sich ärztlichen und psychologischen Untersuchungsmaßnahmen unterziehen, soweit diese für die Entscheidung über die Leistung erforderlich sind.
 2. sich einer Heilbehandlung unterziehen.
 3. an berufsfördernden Maßnahmen teilnehmen,
- wenn zu erwarten ist, dass dies zur Erhaltung oder Wiedererlangung der Berufsfähigkeit im ärztlichen Beruf führt. ²Soweit die Ärzteversorgung Westfalen-Lippe Maßnahmen nach Satz 1 Nr. 1 angeordnet hat, trägt sie deren Kosten. ³Demjenigen, der einem Verlangen der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe nach Satz 1 Nr. 1 nachkommt, können zur Vermeidung besonderer Härten auf Antrag die aus Anlass der Untersuchungsmaßnahmen notwendigen Reisekosten erstattet werden.
- (5) ¹Die Mitwirkungspflichten nach Abs. 3 und 4 bestehen nicht, soweit
1. ihre Erfüllung nicht in einem angemessenen Verhältnis zu der in An-

- spruch genommenen Leistung oder ihrer Erstattung steht oder
2. ihre Erfüllung dem Betroffenen aus einem wichtigen Grund nicht zugemutet werden kann oder
 3. die Ärzteversorgung Westfalen-Lippe sich durch einen geringeren Aufwand als der Antragsteller oder Leistungsberechtigte die erforderlichen Kenntnisse selbst beschaffen kann.

²Behandlung und Untersuchungen,

1. bei denen im Einzelfall ein Schaden für Leben oder Gesundheit nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann,
2. mit erheblichen Schmerzen verbunden sind oder
3. die einen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeuten,

können abgelehnt werden. ³Angaben, die dem Antragsteller, dem Leistungsberechtigten oder ihnen nahestehenden Personen (§ 383 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 Zivilprozessordnung) die Gefahr zuziehen würde, wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden, können verweigert werden.

- (6) ¹Kommt derjenige, der eine Leistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach Absatz 3 oder Absatz 4 Nr. 1 nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert, kann die Ärzteversorgung Westfalen-Lippe ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. ²Dies gilt in gleicher Weise, wenn der Antragsteller oder der Leistungsberechtigte in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert.
- (7) ¹Kommt derjenige, der eine Leistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach Absatz 4 Nr. 2 oder 3 nicht nach und ist unter Würdigung aller Umstände mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass deshalb die Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung oder die Berufsfähigkeit beeinträchtigt oder nicht verbessert wird, kann die Ärzteversorgung Westfalen-Lippe die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen.
- (8) ¹Leistungen dürfen wegen fehlender Mitwirkung nur versagt oder entzogen werden, nachdem der Leistungsberechtigte auf diese Folgen schriftlich hingewiesen worden ist und seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb der von ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist. ²Wird die Mitwirkung nachgeholt und liegen die Leistungsvoraussetzungen vor,

kann die Ärzteversorgung Westfalen-Lippe Leistungen, die sie versagt oder entzogen hat, nachträglich ganz oder teilweise erbringen.

- (9) ¹Geldleistungen werden durch Überweisung auf ein Konto bei einem Geldinstitut erbracht. ²Sofern Gebühren anfallen, gehen diese zu Lasten des Zahlungsempfängers.
- (10) ¹Ansprüche auf Leistungen verjähren in 4 Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie entstanden sind. ²Für die Hemmung, den Neubeginn und die Wirkung der Verjährung gelten die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches entsprechend.

§ 9 Altersrente

- (1) ¹Mit dem Erreichen der Regelaltersgrenze haben Mitglieder auf Antrag einen Anspruch auf Zahlung einer lebenslangen Altersrente (Regelaltersrente) ²Mitglieder, die vor dem 01.01.1949 geboren worden sind, erreichen die Regelaltersgrenze mit Vollendung des 65. Lebensjahres. ³Für Mitglieder, die nach dem 31.12.1948 geboren worden sind, wird die Regelaltersgrenze wie folgt angehoben:

Für den Geburtsjahrgang	erfolgt eine Anhebung um ... Monate	auf Vollendung eines Lebensalters von (Regelaltersgrenze)
1949	2	65 Jahre und 2 Monate
1950	4	65 Jahre und 4 Monate
1951	6	65 Jahre und 6 Monate
1952	8	65 Jahre und 8 Monate
1953	10	65 Jahre und 10 Monate
1954	12	66 Jahre
1955	14	66 Jahre und 2 Monate
1956	16	66 Jahre und 4 Monate
1957	18	66 Jahre und 6 Monate
1958	20	66 Jahre und 8 Monate
1959	22	66 Jahre und 10 Monate
ab 1960	24	67 Jahre

⁴Mit dem Ablauf des Monats, in dem die Regelaltersgrenze nach Abs. 1 erreicht ist, entfällt der Anspruch auf Gewährung einer Berufsunfähigkeitsrente. ⁵Eine bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze nach Abs. 1

gewährte Berufsunfähigkeitsrente wird dem Mitglied als Altersrente in Höhe der zuletzt gezahlten Berufsunfähigkeitsrente weitergewährt.

- (2) ¹Mitglieder, die vor dem 01.01.1949 geboren worden sind, können die Altersrente bereits mit dem Erreichen des 60. Lebensjahres beantragen (vorgezogene Altersrente). ²Für Mitglieder, die nach dem 31.12.1948 geboren worden sind, wird die Altersgrenze, die erreicht sein muss, um die vorgezogene Altersrente beantragen zu können, wie folgt angehoben:

Für den Geburtsjahrgang	erfolgt eine Anhebung um ... Monate	auf Vollendung eines Lebensalters von (Altersgrenze)
1949	2	60 Jahre und 2 Monate
1950	4	60 Jahre und 4 Monate
1951	6	60 Jahre und 6 Monate
1952	8	60 Jahre und 8 Monate
1953	10	60 Jahre und 10 Monate
1954	12	61 Jahre
1955	14	61 Jahre und 2 Monate
1956	16	61 Jahre und 4 Monate
1957	18	61 Jahre und 6 Monate
1958	20	61 Jahre und 8 Monate
1959	22	61 Jahre und 10 Monate
ab 1960	24	62 Jahre

³Wird die Mitgliedschaft zur Ärzteversorgung Westfalen-Lippe nach dem 31.12.2011 erworben, kann ungeachtet der Regelung des Satzes 2 die Altersrente erst mit Vollendung des 62. Lebensjahres beantragt werden. ⁴Für 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 v. H. gekürzt. ⁵Neben der vorgezogenen Altersrente wird eine Berufsunfähigkeitsrente nicht gewährt.

- (3) ¹Mitglieder, die vor dem 01.01.1949 geboren worden sind, können den Beginn der Zahlung der Regelaltersrente hinausschieben, längstens bis zum Ablauf des Monats, in dem sie das 68. Lebensjahr vollendet haben (hinausgeschobene Altersrente). ²Für Mitglieder, die nach dem 31.12.1948 geboren worden sind, wird das Lebensalter, bis zu dem der Beginn der Zahlung der Regelaltersrente hinausgeschoben werden kann, wie folgt angehoben:

Für den Geburtsjahrgang	erfolgt eine Anhebung um ... Monate	auf Vollendung eines Lebensalters von (Altersgrenze)
1949	2	68 Jahre und 2 Monate
1950	4	68 Jahre und 4 Monate
1951	6	68 Jahre und 6 Monate
1952	8	68 Jahre und 8 Monate
1953	10	68 Jahre und 10 Monate
1954	12	69 Jahre
1955	14	69 Jahre und 2 Monate
1956	16	69 Jahre und 4 Monate
1957	18	69 Jahre und 6 Monate
1958	20	69 Jahre und 8 Monate
1959	22	69 Jahre und 10 Monate
ab 1960	24	70 Jahre

³Während dieser Zeit des Hinausschiebens ist das Mitglied nicht berechtigt, Versorgungsabgaben zu entrichten. ⁴Für jeden Monat der späteren Inanspruchnahme der Regelaltersrente erhält das Mitglied einen Zuschlag in Höhe von 0,55 v. H. auf die mit dem Erreichen der Regelaltersrente erworbene Regelaltersrente.

- (4) ¹Die Altersrente wird in monatlichen Beträgen, die den zwölften Teil der Jahresrente darstellen, gezahlt.

²Die Altersrente wird geleistet vom Beginn des Kalendermonats an,

1. der dem Monat folgt, in dem das Mitglied die Regelaltersgrenze erreicht hat.
2. den das Mitglied mit seinem Antrag auf Gewährung einer vorgezogenen oder hinausgeschobenen Altersrente bestimmt hat.

³Auf eine Leistung vor Antragstellung besteht kein Anspruch. ⁴Die Zahlung der Altersrente endet mit dem Ablauf des Monats, in dem das Mitglied verstirbt.

§ 10 Berufsunfähigkeitsrente

- (1) ¹Jedes Mitglied der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe, das für einen Monat seine Versorgungsabgabe geleistet hat, hat, wenn der Versorgungsfall der Berufsunfähigkeit eingetreten ist, Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente. ²Der Versorgungsfall der Berufsunfähigkeit 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.
- (2) 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.
- (3) 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.
- (4) ¹Die Berufsunfähigkeitsrente wird in monatlichen Beträgen, die den zwölften Teil der Jahresrente darstellen, gezahlt.
- (5) ¹Die Berufsunfähigkeitsrente wird geleistet
 1. bei voraussichtlich dauernder Berufsunfähigkeit von dem Beginn des Kalendermonats an, der dem Monat folgt, in dem der Versorgungsfall eingetreten ist.
 2. bei vorübergehender Berufsunfähigkeit nach Ablauf des sechsten Kalendermonats nach Eintritt des Versorgungsfalls, wobei der Monat des Eintritts des Versorgungsfalls als voller Monat mitgezählt wird.
²Der Anspruch auf Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente ruht, solange die ärztliche Tätigkeit mit Hilfe eines Assistenten fortgeführt wird.
- (6) 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.

- (7) ¹Die Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente endet
1. mit dem Ablauf des Monats,
 - a. in dem das Mitglied verstorben ist.
 - b. der dem Beginn der Zahlung der Altersrente vorausgeht.
 - c. des Fortfalls der Berufsunfähigkeit im Sinne des Abs. 2.
 - d. in welchem der Entzug der Berufsunfähigkeitsrente festgestellt wird, weil das Mitglied sich einer angeordneten Begutachtung nicht unterzieht.
 2. mit dem Beginn des Monats, in dem die Voraussetzungen für den Anspruch auf Gewährung einer Berufsunfähigkeitsrente gemäß Abs. 1 entfallen sind.
- ²Unbeschadet der in Satz 1 in den Nummern 1 und 2 aufgeführten Gründe endet die Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente mit dem Ablauf der Befristung der Rente nach Abs. 6. ³Hat ein Mitglied vor Ablauf eines Zeitraums von fünf Jahren nach dem Ende der Zahlung einer Berufsunfähigkeitsrente (Satz 1 Nr. 2) für die Zeit ab dem 1.1.2016 erneut Anspruch auf Gewährung einer Berufsunfähigkeitsrente, darf diese der Höhe nach die vorhergehende Berufsunfähigkeitsrente nicht unterschreiten.
- (8) Dem Verwaltungsausschuss obliegt die Feststellung über
1. das Vorliegen bzw. den Fortfall der Berufsunfähigkeit im Sinne von Abs. 2,
 2. das Vorliegen der Voraussetzungen im Sinne des Abs. 3,
 3. den Entzug der Berufsunfähigkeitsrente gemäß Abs. 7 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe d.
- (9) ¹Mit Genehmigung des Verwaltungsausschusses kann das Mitglied zur Wiederherstellung der Berufsfähigkeit einen befristeten Arbeitsversuch unternehmen. ²Sofern und solange dem Mitglied während des Arbeitsversuches Einkünfte zufließen, werden diese auf die Berufsunfähigkeitsrente angerechnet. ³Wird 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. 1 Buchstabe c.

§ 11 Berechnung der Alters- und Berufsunfähigkeitsrente

- (1) ¹Jedes Mitglied erwirbt durch Leistung von Versorgungsabgaben für jedes Geschäftsjahr eine Steigerungszahl, die mit vier Stellen nach dem Komma kaufmännisch gerundet gerechnet wird. ²Ausgenommen davon sind Versorgungsabgaben, die die Ärzteversorgung Westfalen-Lippe unter den Voraussetzungen des § 27 Abs. 4 und als Abgaben zur Höherversicherung gemäß § 25 entgegengenommen hat, sowie die für das Mitglied im Zuge einer Nachversicherung gemäß § 181 Absatz 4 SGB VI geleisteten Dynamisierungszuschläge. 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.
- (2) 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 bleiben bei Mitgliedszeiten
1. vor dem 1.1.2003 die Zeiten des Bezuges einer Berufsunfähigkeitsrente und
 2. ab dem 1.1.2003 die Zeiten vom Beginn des Monats, der auf den Eintritt des Versorgungsfalles der Berufsunfähigkeit (§ 10 Abs. 1) folgt, bis zum Ende der Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente unberücksichtigt. ³Sofern dies einen höheren Wert ergibt, 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 Fälle einer Überleitung oder Nachversicherung gemäß § 18. 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
 - a. 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 selbständig, sondern unselbständig tätig gewesen wäre,

- b. 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. 2 Buchstabe a. oder b. 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. 2 Buchstabe a) oder b) genannten Zeiten freiwillige Versorgungsabgaben oder Beiträge aufgrund einer nicht erwerbsmäßigen Pflegetätigkeit 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.

- [3] ¹Ist das Mitglied im Zeitpunkt des Eintritts des Versorgungsfalles beitragszahlendes Mitglied der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe und besitzt es gegenüber keinen anderen auf Gesetz beruhenden Versorgungsträgern im Geltungsbereich der Verordnung (EG) 883/2004 Versorgungsansprüche, wird der Jahresbetrag der individuellen Rente aus der Gesamtsumme aller Steigerungszahlen errechnet. ²Diese wird gebildet aus:

1. der Summe der Steigerungszahlen, die durch Leistung von Versorgungsabgaben erworben sind (Abs. 1),
2. der Summe der für Zurechnungszeiten hinzuzurechnenden durchschnittlich jährlich erworbenen Steigerungszahlen.

Zurechnungszeiten sind:

- a. Für die Ermittlung der Altersrente für Zeiten vor dem 01.01.2003 der Zeitraum des Bezuges einer Berufsunfähigkeitsrente und für Zeiten ab dem 01.01.2003 der Zeitraum vom Beginn des Monats, der auf den Eintritt des Versorgungsfalles der Berufsunfähigkeit (§ 10 Abs. 1) folgt, bis zum Ende der Zahlung der Berufsun-

- fähigkeitsrente. Für diese Zurechnungszeiten erhält das Mitglied 50 von Hundert der durchschnittlich jährlich erworbenen Steigerungszahl hinzugerechnet.
- b. 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. Für diese Zurechnungszeiten erhält das Mitglied die durchschnittlich jährlich erworbene Steigerungszahl hinzugerechnet. ³Tritt der Versorgungsfall der Berufsunfähigkeit nach dem 31.12.2015 ein, findet Buchstabe a für die Ermittlung der Berufsunfähigkeitsrente Anwendung.
3. Dem Vielfachen der durchschnittlich jährlich erworbenen Steigerungszahl entsprechend den nachfolgend in Buchstaben a. und b. enthaltenen Regelungen.
- a. Mitglieder, die sowohl im Jahr 2003 als auch in der vor dem 1. Januar 2003 liegenden Zeit bereits Mitglied des Versorgungswerkes waren, erhalten ein durch ihr Alter im Jahr 2003 bestimmtes Vielfaches. Das Alter im Jahr 2003 wird bestimmt durch den Unterschied zwischen dem Jahr 2003 und dem Geburtsjahr des Mitglieds. Das Vielfache ergibt sich aus der nachstehenden Tabelle.

Alter des Mitgliedes im Jahr	Vielfaches der durchschnittlich jährlich erworbenen Steigerungszahl bei Eintritt des Versorgungsfalles im Jahr						
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009 u. danach
22 bis 31	7	6	5	4	3	2	1
32 bis 36	7	6	5	4	3	2	2
37 bis 39	7	6	5	4	3	3	3
40 bis 42	7	6	5	4	4	4	4
43 bis 45	7	6	5	5	5	5	5
46 bis 48	7	6	6	6	6	6	6
49 bis 51	7	7	7	7	7	7	7
52 und älter	8	8	8	8	8	8	8

- b. Mitglieder, die nach dem 31. Dezember 2002 die Mitgliedschaft zur Ärzteversorgung Westfalen-Lippe erworben haben, erhalten bei Eintritt eines Versorgungsfalles das Vielfache entsprechend der nachfolgenden Tabelle:

Eintritt des Versorgungsfalles im Jahr	Vielfaches der durchschnittlich jährlich erworbenen Steigerungszahl
2003	7
2004	6
2005	5
2006	4
2007	3
2008	2
2009	1
2010 und danach	0

³Die Gesamtsumme der Steigerungszahlen ergibt den Jahresbetrag der Rente als Vmhundertersatz der allgemeinen Rentenbemessungsgrundlage nach Abs. 9.

- (4) ¹Ist das Mitglied im Zeitpunkt des Eintritts des Versorgungsfalles sowohl bei der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe als auch bei einem oder mehreren anderen auf Gesetz beruhenden Versorgungsträgern im Geltungsbereich der Verordnung (EG) 883/2004 beitragszahlendes Mitglied, und besitzt es sowohl gegenüber der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe als auch gegenüber einem oder mehreren anderen auf Gesetz beruhenden Versorgungsträgern im Geltungsbereich der Verordnung (EG) 883/2004 Versorgungsansprüche, gilt Absatz 3 entsprechend.
- (5) ¹Ist das Mitglied im Zeitpunkt des Eintritts des Versorgungsfalles bei der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe, nicht aber bei einem oder mehreren anderen auf Gesetz beruhenden Versorgungsträgern im Geltungsbereich der Verordnung (EG) 883/2004 beitragszahlendes Mitglied, und besitzt es wegen vor Eintritt des Versorgungsfalles geleisteter Versorgungsabgaben gegenüber einem oder mehreren anderen Versorgungsträgern im Geltungsbereich der Verordnung (EG) 883/2004 Versorgungsansprüche, gilt Absatz 3 entsprechend mit der Maßgabe, dass die nach Abs. 3 Satz 2 Nr. 2 zu ermittelnde Zurechnungszeit nur anteilig entsprechend der Mitgliedszeit bei der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe zur gesamten Mitgliedszeit bei allen auf Gesetz beruhenden Versorgungsträgern entsprechend Artikel 52 der Verordnung (EG) 883/2004 gewährt wird, wenn auch der oder die anderen auf Gesetz beruhenden Versorgungsträger im Geltungsbereich der Verordnung (EG) 883/2004 ihre Versorgungsleistungen dieser Regelung entsprechend berechnen.
- (6) ¹Ist das Mitglied im Zeitpunkt des Eintritts des Versorgungsfalles bei

einem oder mehreren anderen auf Gesetz beruhenden Versorgungsträgern im Geltungsbereich der Verordnung (EG) 883/2004, nicht aber bei der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe beitragszahlendes Mitglied, und besitzt es wegen vor Eintritt des Versorgungsfalles geleisteter Versorgungsabgaben gegenüber der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe Versorgungsansprüche, gilt Absatz 3 entsprechend mit der Maßgabe, dass sowohl die nach Abs. 3 Satz 2 Nr. 2 zu ermittelnde Zurechnungszeit als auch das nach Abs. 3 Satz 2 Nr. 3 zu gewährende Vielfache der durchschnittlich jährlich erworbenen Steigerungszahl nur anteilig entsprechend der Mitgliedszeit bei der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe zur gesamten Mitgliedszeit bei allen auf Gesetz beruhenden Versorgungsträgern entsprechend Artikel 52 der Verordnung (EG) 883/2004 gewährt wird, wenn auch der oder die anderen auf Gesetz beruhenden Versorgungsträger im Geltungsbereich der Verordnung (EG) 883/2004 ihre Versorgungsleistungen dieser Regelung entsprechend berechnen.

- (7) ¹Ist das Mitglied im Zeitpunkt des Eintritts des Versorgungsfalles weder bei der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe noch bei einem oder mehreren anderen auf Gesetz beruhenden Versorgungsträgern im Geltungsbereich der Verordnung (EG) 883/2004 beitragszahlendes Mitglied, und besitzt es wegen vor Eintritt des Versorgungsfalles geleisteter Versorgungsabgaben sowohl gegenüber der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe als auch gegenüber einem oder mehreren anderen Versorgungsträgern im Geltungsbereich der Verordnung (EG) 883/2004 Versorgungsansprüche, wird der Jahresbetrag der individuellen Rente nur aus der Summe der Steigerungszahlen, die durch Leistung von Versorgungsabgaben erworben sind (Abs. 1), errechnet.
- (8) ¹Soweit in den Regelungen der Absätze 3 bis 7
1. darauf abgestellt wird, dass das Mitglied beitragszahlendes Mitglied ist, gelten diese Regelungen auch für den Fall, dass die Gewährung von Zurechnungszeiten nur von einer Mitgliedschaft, nicht aber davon abhängt, ob das Mitglied auch Versorgungsabgaben leistet.
 2. die Verordnung (EG) 883/2004 nicht auf die Staaten Island, Liechtenstein, Norwegen und die Schweiz angewandt werden kann, gilt die Verordnung (EWG) 1408/71 entsprechend.
- (9) 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

- (1) 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.
- (2) 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.
- (3) 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. Berufsfördernden 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 besonderen Ausnahmefällen kann der Zuschuss über diesen Zeitraum, jedoch nicht über zwei weitere Jahre hinaus, gewährt werden.
- (4) 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 nicht ärztlichen Berufes abzielen.

- (5) 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.
- (6) 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, Bundesagentur für Arbeit, Krankenversicherung) übernommen wird. ³Leistet auch der andere Kostenträger nur nachrangig, wird ein Zuschuss nicht gewährt.
- (7) 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 beträgt der Zuschuss 60 v. H. ³Zur Vermeidung außergewöhnlicher Härten kann nach Prüfung aller mit der Rehabilitationsmaßnahme zusammenhängender Umstände ein Zuschuss bis zu 100 v. H. gewährt werden.
- (8) 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.

§ 13 Hinterbliebenenrente

- (1) ¹Hinterbliebenrenten sind:
1. Witwenrenten
 2. Witwerrenten
 3. Waisenrenten
- (2) ¹Hinterbliebenenrenten werden auf Antrag gewährt, wenn zum Zeitpunkt des Todes Anspruch auf Altersrente oder Anwartschaft auf Berufsunfähigkeitsrente bestand bzw. Alters- oder Berufsunfähigkeitsrente bezogen wurde.

§ 14 Witwen- und Witwerrente

- (1) ¹Nach dem Tode des nach § 13 Abs. 2 Berechtigten erhält die Witwe eine Witwenrente und der Witwer eine Witwerrente. ²Wurde die Ehe nach
1. Vollendung des 62. Lebensjahres oder
 2. Eintritt der Berufsunfähigkeit
- des Berechtigten geschlossen und bestand die Ehe nicht mindestens 1 Jahr, so besteht kein Anspruch auf Rente, es sei denn, dass der Tod des Berechtigten durch ein zeitlich begrenztes, von außen auf den Körper einwirkendes Ereignis (Unfall) eingetreten ist.
- (2) ¹Einem früheren Ehegatten des Berechtigten, dessen Ehe mit dem Berechtigten vor dem 01. 07. 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.
- (3) 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.
- (4) ¹Die Zahlung der Witwen-, Witwerrente endet mit dem Ablauf des Monats
1. des Todes der Witwe, des Witwers,
 2. der Wiederheirat der Witwe, des Witwers.
- (5) ¹Heiraten die Witwe, der Witwer wieder, erhalten sie auf Antrag eine Kapi-

talabfindung. Diese beträgt bei Wiederheirat:

1. vor Vollendung des 35. Lebensjahres das Sechzigfache,
2. bis zum vollendeten 45. Lebensjahr das Achtundvierzigfache,
3. nach Vollendung des 45. Lebensjahres das Sechsuunddreißigfache

der im Monat der Wiederheirat bezogenen Monatsrente.

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

(6) Der Witwe bzw. dem Witwer stehen Hinterbliebene einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, der Ehe eine eingetragene Lebenspartnerschaft, der Wiederheirat die erneute Begründung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft und dem Ehegatten der Lebenspartner oder die Lebenspartnerin im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes gleich.

§ 15 Waisenrente

(1) 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

1. sich in Schul- oder Berufsausbildung befindet oder
2. sich in einer Übergangszeit von höchstens vier Kalendermonaten befindet, die zwischen zwei Ausbildungsabschnitten oder zwischen einem Ausbildungsabschnitt und der Ableistung des gesetzlichen Wehr- oder Zivildienstes oder der Ableistung eines freiwilligen Dienstes im Sinne der Nr. 3 oder 4 liegt, oder
3. ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Gesetzes zur Förderung von Jugendfreiwilligendiensten leistet oder
4. Bundesfreiwilligendienst nach dem Gesetz über den Bundesfreiwilligendienst leistet oder
5. nach Vollendung des 18. Lebensjahres infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen außerstande ist, sich selbst zu unterhalten, solange dieser Zustand dauert.

³Eine Schul- oder Berufsausbildung im Sinne des Satzes 2 liegt nur vor, wenn die Ausbildung einen tatsächlichen zeitlichen Aufwand von wöchentlich mehr als 20 Stunden erfordert und ein anerkanntes Ausbildungsziel zum Inhalt hat. ⁴Im Falle der Absolvierung eines Praktikums muss dieses insoweit in Zusammenhang mit dem Schul- oder Berufsausbildungsziel stehen. ⁵Wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Ab-

leistung 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.

- (2) ¹Als Kinder gelten
1. die ehelichen Kinder,
 2. die für ehelich erklärten Kinder,
 3. die an Kindes statt angenommenen Kinder,
 4. die nicht ehelichen Kinder einer Berechtigten bzw. eines Berechtigten, wenn die Unterhaltspflicht festgestellt ist.

§ 16 Berechnung und Zahlung der Hinterbliebenenrenten

- (1) ¹Die Witwen- und Witwerrente gemäß § 14 Abs. 1 und 2 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 eine Alters- oder Berufsunfähigkeitsrente, so erfolgt die Berechnung nach dieser Rente.
 2. Bezog das Mitglied im Zeitpunkt seines Todes weder eine Alters- noch eine Berufsunfähigkeitsrente, so erfolgt die Berechnung nach der Rente, die das Mitglied bezogen hätte, wenn im Zeitpunkt des Todes der Versorgungsfall der Berufsunfähigkeit eingetreten wäre.
 3. Ist die Mitgliedschaft gemäß § 6 oder § 41 entfallen und freiwillige Mitgliedschaft nicht aufrechterhalten, gelten die Regelungen der Nr. 1 oder 2 entsprechend.
- (2) 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.
- (3) ¹Die Hinterbliebenenrenten werden auch gewährt, wenn das Mitglied der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe für tot erklärt ist.

- (4) ¹Hinterbliebene haben keinen Anspruch auf Rente, wenn sie den Tod des Mitglieds der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe vorsätzlich herbeigeführt haben.
- (5) ¹Die Hinterbliebenenrente wird in monatlichen Beträgen, die den zwölften Teil der Jahresrente darstellen, gezahlt und vom Beginn des Kalendermonats an, der dem Monat folgt, in dem das Mitglied verstorben ist, geleistet.

§ 17 Kinderzuschuss

- (1) ¹Die Alters- und Berufsunfähigkeitsrente erhöhen sich für jedes Kind im Sinne des § 15 Abs. 2 um einen Kinderzuschuss.
- (2) 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
1. sich in Schul- oder Berufsausbildung befindet oder
 2. sich in einer Übergangszeit von höchstens vier Kalendermonaten befindet, die zwischen zwei Ausbildungsabschnitten oder zwischen einem Ausbildungsabschnitt und der Ableistung des gesetzlichen Wehr- oder Zivildienstes oder der Ableistung eines freiwilligen Dienstes im Sinne der Nr. 3 oder 4 liegt, oder
 3. ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Gesetzes zur Förderung von Jugendfreiwilligendiensten leistet oder
 4. Bundesfreiwilligendienst nach dem Gesetz über den Bundesfreiwilligendienst leistet oder
 5. nach Vollendung des 18. Lebensjahres infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen außerstande ist, sich selbst zu unterhalten, solange dieser Zustand dauert.
- ³Eine Schul- oder Berufsausbildung im Sinne des Satzes 2 liegt nur vor, wenn die Ausbildung einen tatsächlichen zeitlichen Aufwand von wöchentlich mehr als 20 Stunden erfordert und ein anerkanntes Ausbildungsziel zum Inhalt hat. ⁴Im Falle der Absolvierung eines Praktikums muss dieses insoweit in Zusammenhang mit dem Schul- oder Berufsausbildungsziel stehen. ⁵Wird 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.

- (3) ¹Der Kinderzuschuss beträgt für jedes Kind im Sinne des § 15 Abs. 2 10 v. H. der Rente, die vom Berechtigten bezogen wird.

§ 18 Überleitung von Versorgungsabgaben, Nachversicherung

- (1) 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 Mitglieds die in Abs. 4 aufgeführten Geldleistungen, die bisher an die Ärzteversorgung Westfalen-Lippe geleistet worden sind, an die neue Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung übergeleitet. ²Diese Beiträge werden in Abhängigkeit vom Zeitpunkt ihrer Zahlungen durch einen Faktor erhöht, der einer Verzinsung in Höhe von 2 v. H. jährlich entspricht. ³Voraussetzung für die Überleitung ist, dass zwischen der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe und der anderen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung ein Überleitungsvertrag gemäß Abs. 3 besteht. ⁴Mit der Überleitung erlöschen die Rechte und Pflichten des Mitgliedes gegenüber der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe. ⁵Die Verpflichtung des Mitglieds zur Zahlung rückständiger Beiträge an die Ärzteversorgung Westfalen-Lippe 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 Ärzteversorgung Westfalen-Lippe geworden sind, können, soweit zwischen der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe und der anderen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung ein Überleitungsvertrag gemäß Abs. 3 besteht, beantragen, dass die in Abs. 4 aufgeführten Geldleistungen, die bisher an die andere Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung geleistet worden sind, zur Ärzteversorgung Westfalen-Lippe übergeleitet werden. ²Diese Beiträge werden in Abhängigkeit vom Zeitpunkt ihrer Zahlungen durch einen Faktor erhöht, der einer Verzinsung in Höhe von 2 v. H. jährlich entspricht. ³Als Folge der Überleitung gelten die Mitglieder rückwirkend ab dem Beginn des Überleitungszeitraumes als Pflichtmitglieder der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe. ⁴Die übergeleiteten Versorgungsabgaben werden so behandelt, als seien sie während

des Überleitungszeitraumes statt zur bisherigen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung zur Ärzteversorgung Westfalen-Lippe entrichtet worden. Sie werden durch den Erhöhungsfaktor nach Satz 2 nicht erhöht.

- (3) ¹Überleitungsverträge werden vom Verwaltungsausschuss mit Zustimmung des Aufsichtsausschusses abgeschlossen. ²Sie sind gemäß § 1 Absatz 4 Satz 1 bekannt zu geben.
- (4) ¹Die Überleitung erstreckt sich auf die vom Mitglied oder für das Mitglied entrichteten Geldleistungen. ²Zu 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. Pflegeversicherungsbeiträge,
 3. von der Bundesagentur für Arbeit geleistete Beiträge,
 4. Beiträge für Wehr- und Zivildienstleistungen sowie Wehr- und Eignungsübungen und
 5. vom Bundesversicherungsamt für den Mutterschaftsurlaub geleistete Beiträge.
- ³Von der Überleitung ausgenommen sind die
1. Zinsen, die der abgebenden Versorgungseinrichtung aus den Geldleistungen gemäß Abs. 1 erwachsen sind.
 2. Beiträge, die den Anwartschaften oder Renten zugrunde liegen, die im Zuge einer Versorgungsausgleichsentscheidung zugunsten der Anwartschaften des die Überleitung beantragenden Mitgliedes begründet worden sind. Sie werden auf Antrag des ausgleichspflichtigen Mitgliedes unter Beachtung der Regelungen des § 37 VersAusglG zugunsten des ausgleichspflichtigen Mitgliedes an das Versorgungswerk, bei dem das ausgleichspflichtige Mitglied im Zeitpunkt des Eintritts der Voraussetzungen des § 37 VersAusglG Mitglied ist, übergeleitet, sobald die Voraussetzungen des § 37 VersAusglG eingetreten sind. Der Antrag ist bei dem Versorgungswerk zu stellen, bei dem der Ausgleichspflichtige im Zeitpunkt des Eintritts der Voraussetzungen des § 37 VersAusglG Mitglied ist. Dieses ist für die Feststellung der Ansprüche aus § 37 VersAusglG zuständig.
 3. Säumniszuschläge, Stundungszinsen oder Kosten, die zugunsten des Mitgliedes 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 hat. Begann oder endete die Mitgliedschaft während eines Monats, wird der Monat als voller Monat gerechnet; gleiches gilt, wenn nicht für einen vollen Monat Beiträge entrichtet worden sind. Sofern das Mitglied bei der abgebenden Versorgungseinrichtung nachversichert worden ist oder zugunsten des Mitgliedes bei der abgebenden Versorgungseinrichtung eine Überleitung stattgefunden hat, sind die Nachversicherungs- oder Überleitungszeiten entsprechend zu berücksichtigen;
 3. in dem Zeitpunkt, in dem seine Mitgliedschaft in der abgebenden Versorgungseinrichtung endete, bei der abgebenden oder aufnehmenden Versorgungseinrichtung bereits einen Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente gestellt hat.
- ²Die Überleitung ist ferner ausgeschlossen, sofern und solange Ansprüche des Mitgliedes gegen die Versorgungseinrichtung gepfändet worden sind.
- (6) ¹Die Überleitung ist nicht dadurch ausgeschlossen, dass
1. während der Zeit der Mitgliedschaft als Folge eines bereits rechtskräftig abgeschlossenen Scheidungsverfahrens
 - a) zu Lasten der Anwartschaften des die Überleitung beantragenden Mitgliedes bei der abgebenden Versorgungseinrichtung Anwartschaften zugunsten eines oder einer Ausgleichsberechtigten bei der abgebenden oder einer anderen Versorgungseinrichtung oder einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung begründet worden sind.
 - b) zugunsten des Mitgliedes Anwartschaften bei der abgebenden Versorgungseinrichtung begründet worden sind.
 2. in dem Zeitpunkt, in dem die Mitgliedschaft des die Überleitung beantragenden Mitgliedes in der abgebenden Versorgungseinrichtung endet, ein Ehescheidungsverfahren anhängig, aber noch nicht rechtskräftig abgeschlossen ist.
- (7) 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 Antrages bei einer der beiden Versorgungseinrichtungen abgestellt. ³Macht das Mitglied innerhalb der zuvor genannten Frist von seinem Recht, die zu der abgebenden Versorgungseinrichtung entrich-

teten 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) ¹Mitglieder, die nach den Bestimmungen des Sozialgesetzbuches VI einen Antrag auf Nachversicherung zur Ärzteversorgung Westfalen-Lippe gestellt haben und nachversichert werden, gelten rückwirkend ab dem Beginn der Nachversicherungszeit als Pflichtmitglieder der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe. ²Die Ärzteversorgung Westfalen-Lippe nimmt die Nachversicherungsbeiträge entgegen und behandelt diese so, als seien sie als Versorgungsabgaben gemäß § 27 rechtzeitig in der Zeit entrichtet worden, für die die Nachversicherung durchgeführt wird. ³Das Ruhen der Pflicht zur Leistung von Versorgungsabgaben oder der Eintritt des Versorgungsfalles stehen der Nachversicherung nicht entgegen. ⁴Hat das Mitglied während des Nachversicherungszeitraumes Versorgungsabgaben zur Ärzteversorgung Westfalen-Lippe entrichtet, und übersteigen diese zusammen mit dem Nachversicherungsbeitrag den Höchstbeitrag gemäß § 22 Absatz 2, werden die vom Mitglied geleisteten Versorgungsabgaben in Höhe des den Höchstbeitrag übersteigenden Teils dem Mitglied ohne Zinsen erstattet. ⁵Bei der Berechnung des den Höchstbetrag übersteigenden Teils bleiben Dynamisierungszuschläge, die im Zuge der Nachversicherung an die Ärzteversorgung Westfalen-Lippe geleistet worden sind, außer Betracht.

§ 19 Sterbegeld

- (1) ¹Nach dem Tode eines nach § 13 Abs. 2 Berechtigten erhalten auf Antrag die Witwe oder der Witwer Sterbegeld.
- (2) ¹Das Sterbegeld beträgt das Zweifache der nachstehend unter Nr. 1 bis Nr. 3 zu errechnenden Monatsrente ohne Kinderzuschuss (§ 17) und ohne die aus der Höherversicherung (§ 25) sowie ohne die aus der freiwilligen Höherversorgung (§ 25 in der bis zum 31.12.2015 geltenden Fassung) 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 nach 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.
- (3) 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

- (1) 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.

§ 21 Versorgungsausgleich

- (1) ¹Ist ein Mitglied in einem Versorgungsausgleichsverfahren ausgleichspflichtig, findet die interne Teilung nach Maßgabe des Versorgungsausgleichsgesetzes und der ergänzenden Regelungen dieser Satzung statt.
- (2) ¹Hat das Familiengericht ein Anrecht in Höhe des Ausgleichswerts für die ausgleichsberechtigte Person rechtskräftig begründet, wird die Rentenanwartschaft bzw. die Rente der ausgleichspflichtigen Person (Mitglied) um den Ausgleichswert gekürzt und der ausgleichsberechtigten Person zugeteilt. ²Sind die Geschiedenen beide Mitglieder der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe und sind derer beider Anrechte intern geteilt, findet der Ausgleich nach Verrechnung statt. ³Durch die interne Teilung wird eine Mitgliedschaft für die ausgleichsberechtigte Person, die nicht Mitglied bei der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe ist, nicht begründet.
- (3) ¹Bei der internen Teilung ist der Anspruch der ausgleichsberechtigten Person, die nicht Mitglied der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe ist, auf die Altersrente nach § 9 beschränkt. ²Der Anspruch erhöht sich hierfür um 14 v. H., es sei denn, dass die ausgleichsberechtigte Person zum Ende der Ehezeit das Lebensalter für die Gewährung einer Regelaltersrente vollendet hat. ³Für gemeinsame Kinder der Ehegatten besteht aus dem durch die interne Teilung begründeten Anrecht Anspruch auf Waisenrente nach § 15 in Höhe von 10 v. H. für Halbweisen und 30 v. H. für Vollweisen.
- (4) ¹Das ausgleichspflichtige Mitglied kann seine aufgrund des Versorgungsausgleichs gekürzte Rentenanwartschaft ganz oder teilweise durch zusätzliche Zahlung wieder ergänzen. ²Die Höhe des Kapitalbetrages zur Wiederauffüllung der gekürzten Rentenanwartschaft ist abhängig vom Jahr der Einzahlung unter Zugrundelegung der satzungsgemäßen Bestimmungen.
- (5) ¹Erfolgt der Versorgungsausgleich nach dem Gesetz zur Regelung von Härten im Versorgungsausgleich (VAHRG), gilt § 21 in der bis zum 31. August 2009 geltenden Fassung.
- (6) ¹Der Verwaltungsausschuss wird ermächtigt, Richtlinien zur Durchführung des Versorgungsausgleichs zu erlassen.
- (7) ¹Hinsichtlich der Abgaben, die das Mitglied zur Höherversicherung nach § 25 geleistet hat, gelten für die Durchführung des Versorgungsaus-

gleichs die nachfolgenden Regelungen. ²Zunächst wird der Ehezeitanteil des ausgleichspflichtigen Mitglieds aus dem in der Ehezeit erworbenen Rentenanspruch in Form eines Kapitalwerts anhand einer nach versicherungsmathematischen Grundsätzen erstellten Umrechnungstabelle zum Versorgungsausgleich ermittelt, die dem versicherungsmathematischen Gutachten der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe in jährlich aktualisierter Fassung als Anlage beigefügt wird. ³Nach Rechtskraft der Entscheidung des Familiengerichts wird der für das ausgleichspflichtige Mitglied ermittelte Kapitalwert um den Kapitalwert des Ausgleichsbetrages gekürzt und der ausgleichsberechtigten Person, die kein Mitglied der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe ist, als eigener Kapitalwert zugeteilt (interne Teilung). ⁴Die Umrechnung des Kapitalwertes in einen Rentenanspruch erfolgt anhand der Umrechnungstabelle zum Versorgungsausgleich nach Satz 2. ⁵Im Fall der Beschränkung auf die Altersrente nach Absatz 3 Satz 2 erhöht sich der Anspruch um 10,5 v.H.. ⁶Sind die Geschiedenen beide Mitglieder der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe und wurde für sie jeweils ein Kapitalwert aus der Höherversicherung ermittelt, erfolgt der interne Ausgleich nach Verrechnung dieser Kapitalwerte. ⁷Im Übrigen finden die Absätze 1 bis 6 Anwendung.

III. VERSORGUNGSABGABEN FÜR DIE VERSORGUNGSEINRICHTUNG

§ 22 Allgemeine Versorgungsabgabe

- (1) 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.
- (2) 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 Körperschaftsteuer zulässigen Betrag nicht überschreiten darf. ²Der monatliche Höchstbetrag ist 1/12 des sich aus Abs. 1 ergebenden Betrages.
- (3) ¹Die Mindestversorgungsabgabe beträgt das 0,3-fache der durchschnittlichen Versorgungsabgabe des vorletzten Geschäftsjahres.
- (4) 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 Einkommensteuerbescheid vorzulegen. ²Statt des Einkommensteuerbescheides kann das Mitglied eine schriftliche Auskunft eines Steuerbevollmächtigten, der das Mitglied nach den Steuergesetzen rechtsgültig vertreten kann, vorlegen. ³Mitglieder, die das 1,3-fache der durchschnittlichen Versorgungsabgabe des vorletzten Geschäftsjahres entrichten, sind von der Verpflichtung zur Vorlage des Einkommensteuerbescheides befreit. ⁴Bei Nichtvorlage des Einkommensteuerbescheides beträgt die Pflichtabgabe das 1,3-fache der durchschnittlichen Versorgungsabgabe des vorletzten Geschäftsjahres. ⁵Auf formlosen Antrag hin wird eine Versorgungsabgabe in Höhe des 1,1-fachen oder 1,2-fachen der durchschnittlichen Versorgungsabgabe des vorletzten Geschäftsjahres zugelassen; auch in diesen Fällen sind die Mitglieder von der Verpflichtung zur Vorlage des Einkommensteuerbescheides befreit.

- (5) ¹Mitglieder, die einer geringfügigen Beschäftigung im Sinne des § 8 SGB IV nachgehen, sind nicht verpflichtet, Versorgungsabgaben zu entrichten.
- (6) ¹Mitglieder sind berechtigt, über den jeweiligen Pflichtbeitrag hinaus Versorgungsabgaben bis zur Höchstgrenze nach Abs. 2 zu entrichten.

§ 23 Besondere Versorgungsabgabe

- (1) ¹Mitglieder, die angestellt tätig und gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 1 Satz 1 SGB VI von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind,
 - 1. leisten als Versorgungsabgabe den jeweils gültigen Beitrag zur gesetzlichen Rentenversicherung.
 - 2. und während einer Arbeitslosigkeit oder während einer Rehabilitation Ansprüche gegen die Bundesagentur für Arbeit oder gegen den zuständigen Träger der Rehabilitation haben, leisten während dieser Zeit Versorgungsabgaben in der Höhe, in der ihnen Beiträge von der Bundesagentur für Arbeit oder vom Rehabilitationsträger zu gewähren sind.
 - 3. und trotz Aufforderung keinen Nachweis über die Höhe ihres Bruttoarbeitsentgeltes erbringen, werden unter Zugrundelegung des für die gesetzliche Rentenversicherung jeweils geltenden Beitragsatzes und der jeweils geltenden Beitragsbemessungsgrenze zur Leistung von Versorgungsabgaben herangezogen.

- (2) 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.
- (3) ¹Beamte auf Zeit, auf Widerruf oder auf Probe oder Sanitätsoffiziere als Soldaten auf Zeit die nicht gemäß § 6 Abs. 4 Nr. 2 befreit sind, leisten eine Versorgungsabgabe in Höhe der Mindestversorgungsabgabe gemäß § 22 Abs. 3.
- (4) 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.
- (5) 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.
- (6) ¹Mitglieder, die als Pflegepersonen im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes tätig sind, leisten während der pflegenden Tätigkeit eine Versorgungsabgabe in der Höhe, in der ihnen wegen dieser Tätigkeit nach § 44 Abs. 1 SGB XI 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. ³Nach Vollendung des 50. Lebensjahres ist die Berechtigung nach Satz 2 auf maximal die Versorgungsabgabe beschränkt, die zu zahlen ist, um die bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres jährlich durchschnittlich erworbene Steigerungszahl zu erreichen. ⁴Satz 3 gilt nicht für diejenigen Mitglieder, die vor dem 01.01.2005 das 50. Lebensjahr vollendet hatten.

§ 25 Höherversicherung

- (1) ¹Mitglieder, die das 1,3-fache der durchschnittlichen Versorgungsabgabe des vorletzten Geschäftsjahres gemäß § 22 Abs. 2 (Höchstgrenze) leisten, sind mit Wirkung vom 1.1.2016 berechtigt, darüber hinaus Abgaben zur Höherversicherung zu entrichten. ²Diese Abgaben dürfen zusammen mit den gemäß §§ 22 bis 24 geleisteten Versorgungsabgaben den für die Befreiung von der Körperschaftsteuer zulässigen Betrag nicht übersteigen. ³Die Teilnahme an der Höherversicherung setzt eine entsprechende Erklärung des Mitglieds voraus.
- (2) ¹Durch die Leistung von Abgaben zur Höherversicherung erwirbt das Mitglied für jedes Geschäftsjahr einen Erhöhungsbetrag. ²Der Erhöhungsbetrag ist das Produkt aus der im Geschäftsjahr geleisteten Abgabe und dem in der für das jeweilige Geschäftsjahr geltenden Rententabelle unter dem jeweiligen Einzahlungsalter ausgewiesenen Jahresrentenwert. ³Einzahlungsalter ist das Lebensalter, welches das Mitglied am 31. Dezember des jeweiligen Geschäftsjahres vollendet hat. ⁴Die jeweils für das Mitglied gültigen Werte sind nach versicherungsmathematischen Grundsätzen ermittelt und werden dem versicherungsmathematischen Gutachten der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe in jährlich aktualisierter Fassung als Anlage beigefügt. ⁵§ 11 findet keine Anwendung.
- (3) ¹Beantragt das Mitglied die vorgezogene Altersrente, wird der vom Mitglied erworbene Erhöhungsbetrag in Abweichung von § 9 Abs. 2 Satz 4 um 0,39 v.H. gekürzt. ²Im Falle der hinausgeschobenen Altersrente erhält das Mitglied in Abweichung von § 9 Abs. 3 Satz 4 einen Zuschlag in Höhe von 0,39 v.H. auf den mit Erreichen der Regelaltersrente erworbenen Erhöhungsbetrag.
- (4) Für den Fall der Gewährung einer Berufsunfähigkeitsrente wird diese in Höhe von 80 v. H. des Erhöhungsbetrages gewährt.
- (5) Für den Fall der Überleitung nach § 18 oder der Nachversicherung nach § 18 werden die für vergangene Geschäftsjahre geleisteten Versorgungsabgaben, welche die für die betreffenden Geschäftsjahre jeweils gültigen Höchstbeträge nach § 22 Abs. 2 übersteigen, als Abgaben zur Höherversicherung nach Absatz 1 angenommen, sofern sie nach dem 31.12.2015 bei der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe eingehen.

§ 26 Berechnung der jährlichen durchschnittlichen Versorgungsabgabe

- (1) 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.
- (2) ¹Bei der Ermittlung der im Geschäftsjahr insgesamt eingegangenen Versorgungsabgaben bleiben unberücksichtigt:
 1. Überleitungs- und Nachversicherungsbeiträge der Vorjahre – § 18.
 2. Abgaben zur Höherversicherung – § 25.
 3. Zahlungen zum Ausgleich der Kürzung infolge des Versorgungsausgleichs – § 21 Abs. 4.
 4. Versorgungsabgaben, die während eines Leistungsbezuges gemäß § 27 Abs. 4 entrichtet werden.
- (3) ¹Bei der Bestimmung der Anzahl der Mitglieder, die Versorgungsabgaben geleistet haben, werden
 1. 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.
 2. freiwillige Mitglieder, die nach § 24 Versorgungsabgaben 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.

²Maßgebend dabei ist der Status am Jahresletzten des betreffenden Geschäftsjahres.
- (4) ¹Die durchschnittliche Versorgungsabgabe ist auf den nächsten durch 12 teilbaren Betrag aufzurunden.
- (5) ¹Für den Fall, dass die nach den Absätzen 1 bis 4 errechnete durchschnittliche Versorgungsabgabe des Geschäftsjahres hinter dem maßgeblichen Betrag des Vorgeschäftsjahres zurückbleibt, ist für die Berechnung der jährlichen Steigerungszahl gemäß § 11 Abs. 1 Satz 3 und 4 solange der maßgebliche Betrag des Vorgeschäftsjahres zugrunde zu legen, bis die nach den Absätzen 1 bis 4 errechnete durchschnittliche Versorgungsabgabe des Geschäftsjahres einen höheren Wert ergibt.

§ 27 Versorgungsabgabeverfahren

- (1) ¹Die nach §§ 22 und 23 zu leistenden Versorgungsabgaben sind in monatlichen Beträgen bis zum Letzten eines jeden Monats zu entrichten.
- (2) ¹Freiwillige Versorgungsabgaben sowie Abgaben zur Höherversicherung gemäß § 25 müssen innerhalb des laufenden Geschäftsjahres geleistet worden sein.
- (3) ¹Das Recht und die Pflicht der Mitglieder, Versorgungsabgaben zu leisten, beginnt mit dem Beginn
 - a. der Mitgliedschaft,
 - b. 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:
 - a. mit dem Ende der Mitgliedschaft,
 - b. mit dem Ablauf des Monats des Eintritts des Versorgungsfalls 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:
 - a. aus Anlass einer Arbeitslosigkeit,
 - b. aus Anlass einer pflegenden Tätigkeit im Rahmen der Pflegeversicherung,
 - c. aus Anlass eines Arbeitsversuches sowie
 - d. wegen einer Gehaltsfortzahlung im Krankheitsfall,
 die für die Zeit nach Eintritt des Versorgungsfalles im Sinne des § 10 Abs. 1 geleistet werden, entgegen.
- (5) Die Versorgungsabgabe gilt nur als geleistet, wenn sie auf ein Bankkonto der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe eingezahlt und gutgeschrieben ist.
- (6) ¹Erfüllungsort für die Versorgungsabgabe ist der Sitz der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe in Münster (Westfalen).
- (7) ¹Die Mitglieder erhalten jährlich eine Bescheinigung über die geleisteten Versorgungsabgaben und die daraus errechneten Steigerungszahlen sowie die gemäß § 25 als Abgabe zur Höherversicherung geleisteten Beträge und die sich daraus errechneten Rentenwerte.

§ 28 Säumniszuschlag, Stundung

- (1) ¹Von 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 Basiszinssatz nach § 247 des Bürgerlichen Gesetzbuches erhoben werden. ²Außer dem Säumniszuschlag sind die durch Einziehung der Versorgungsabgabe entstandenen Kosten durch das Mitglied zu tragen.
- (2) ¹Versorgungsabgaben können, auch gegen angemessene Verzinsung, auf Antrag insoweit gestundet werden, als die Entrichtung bei Fälligkeit für das Mitglied eine besondere Härte bedeuten würde, es sei denn, dass durch eine Stundung die Durchsetzung des Anspruchs gefährdet wäre.

§ 29 (gestrichen)

IV. ZWECK UND VERWENDUNG DER MITTEL

§ 30

- (1) Die Mittel der Versorgungseinrichtung dürfen nur zur Bestreitung der satzungsmäßigen Leistungen, der notwendigen Verwaltungskosten, der sonstigen zur Erfüllung der Aufgabe der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe erforderlichen Aufwendungen sowie zur Bildung der erforderlichen Rückstellungen und Rücklagen (u.a. geschäftsplanmäßige Deckungsrückstellung, Rückstellung für Anpassungen an veränderte Rechnungsgrundlagen, Rückstellung für Leistungsverbesserungen, Sicherheitsrücklage) verwendet werden.
- (2) ¹Das Vermögen der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe ist unter Beachtung der Bestimmungen des Landesversicherungsaufsichtsgesetzes (VAG NRW) und der Versicherungsaufsichtsverordnung (VersAufsVO NRW) anzulegen. ²Soweit an deren Stelle andere Bestimmungen treten, finden diese Anwendung.
- (3) ¹Die Ärzteversorgung Westfalen-Lippe hat jährlich eine versicherungsmathematische Bilanz durch einen Sachverständigen aufstellen zu las-

sen. ²Ergibt sich nach dieser Bilanz ein Überschuss, so ist dieser einer Sicherheitsrücklage zuzuweisen, bis diese 4 v. H. der Deckungsrückstellung erreicht oder nach Inanspruchnahme wieder erreicht hat. ³Über die in Satz 2 geregelte pflichtgemäße Zuweisung hinaus kann der Verwaltungsausschuss durch Beschluss weitere Überschüsse der Sicherheitsrücklage zuweisen, bis diese als Zielgröße 8 v. H. der Deckungsrückstellung erreicht oder nach Inanspruchnahme wieder erreicht hat. ⁴Die Sicherheitsrücklage darf nur zur Deckung von Verlusten in Anspruch genommen werden. ⁵Der verbleibende Überschuss ist der Rückstellung für Leistungsverbesserungen, der Beträge ausschließlich zur Verbesserung der Versorgungsleistungen entnommen werden dürfen, oder einer sonstigen Rücklage zuzuweisen, der Beträge zur Auffüllung der Deckungsrückstellung wegen erwarteter Änderungen der Rechnungsgrundlagen oder zum Ausgleich von Zinsschwankungen entnommen werden dürfen. ⁶Zur Deckung von Verlusten ist vor Inanspruchnahme der Sicherheitsrücklage auf die Rückstellung für Leistungsverbesserungen und, wenn diese in Anspruch genommen worden ist, auf die sonstige Rücklage zurückzugreifen.

- (4) ¹Die Erhöhung des Bemessungsmultiplikators gemäß § 11 Abs. 9 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.
- (5) 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.
- (6) ¹Die Jahresabschlussprüfung sollte spätestens 4 Monate nach Beendigung des Geschäftsjahres durch den öffentlich bestellten Wirtschaftsprüfer beendet sein.

V. SCHLUSSBESTIMMUNGEN

§ 31 (gestrichen)

§ 32 (gestrichen)

§ 33

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

§ 34

- (1) ¹Der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe obliegt die allgemeine Aufklärung ihrer Mitglieder und Rentner über ihre Rechte und Pflichten.
- (2) ¹Für die An-, Um- und Abmeldung gelten die allgemeinen Vorschriften der Ärztekammer Westfalen-Lippe.

§ 35 Allgemeine Berechnungsvorschriften

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

VI. ÜBERGANGSBESTIMMUNGEN

§ 37 (gestrichen)

§ 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 Inkrafttreten 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 Freiwillige Höherversorgung; Freiwillige Zusatzversorgung

- (1) Für Abgaben, die bis zum 31.12.2015 zur freiwilligen Höherversorgung geleistet worden sind, ist § 25 in seiner bis zum 31.12.2015 geltenden Fassung anzuwenden.
- (2) Für Abgaben, die bis zum 31.12.2015 zur freiwilligen Zusatzversorgung geleistet worden sind, ist § 29 in seiner bis dahin geltenden Fassung anzuwenden einschließlich der Anlage 1 („Bedingungen der freiwilligen Zusatzversorgung gemäß § 29 der Satzung der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe (ÄVWL)“) sowie der Anlagen 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 2.1 und 2.2.

§ 41 Übergangsregelung wegen der Aufhebung der Altersgrenze 45. Lebensjahr

- (1) ¹Ärztinnen und Ärzte, die am 31.12.2004 das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten und vor dem 01.01.2005 aus der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe ausgeschieden 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, aber von der dort entstandenen Pflichtmitgliedschaft befreit worden sind, weil sie ihre Mitgliedschaft bei der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe aufrechterhalten haben, bleiben Pflichtmitglieder der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe. ²Für die nach Satz 1

aufrechterhaltene Mitgliedschaft gelten die Vorschriften des § 6 entsprechend. ³Die nach Satz 1 aufrechterhaltene Mitgliedschaft endet mit dem Zeitpunkt, zu dem

1. eine Pflichtmitgliedschaft bei einer anderen öffentlich-rechtlichen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung ihrer Berufsgruppe begründet worden ist oder
2. die ärztliche Tätigkeit außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgeübt wird.

⁴Diejenigen, bei denen die Mitgliedschaft nach Satz 3 endet, können gemäß § 7 die freiwillige Mitgliedschaft erklären. ⁵Nehmen diejenigen, deren Mitgliedschaft nach Satz 3 Nr. 2 endete, ihre ärztliche Tätigkeit außerhalb des Bereiches der Ärztekammer Westfalen-Lippe, aber im Bereich einer anderen öffentlich-rechtlichen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung ihrer Berufsgruppe wieder auf, können sie, sofern sie nicht Pflichtmitglieder einer anderen öffentlich-rechtlichen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung ihrer Berufsgruppe außerhalb des Bereiches der Ärztekammer Westfalen-Lippe geworden sind, ihre Mitgliedschaft als Pflichtmitgliedschaft zur Ärzteversorgung erklären mit der Folge, dass eine bis dahin bestehende freiwillige Mitgliedschaft endet. ⁶Diese Erklärung ist innerhalb einer Frist von 6 Monaten, beginnend ab dem Zeitpunkt der Wiederaufnahme der ärztlichen Tätigkeit, abzugeben.

- (2) ¹Ärztinnen und Ärzte, die am 31.12.2004 das 45. Lebensjahr vollendet hatten und vor dem 01.01.2005 aus der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe ausgeschieden 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, aber von der dort entstandenen Pflichtmitgliedschaft befreit worden sind, weil sie ihre Mitgliedschaft bei der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe aufrechterhalten haben, bleiben Pflichtmitglieder der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe. ²Für die nach Satz 1 aufrechterhaltene Pflichtmitgliedschaft gelten die Vorschriften des § 6 entsprechend. ³Die nach Satz 1 aufrechterhaltene Mitgliedschaft endet mit dem Zeitpunkt, zu dem

1. eine Pflichtmitgliedschaft bei einer anderen öffentlich-rechtlichen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung ihrer Berufsgruppe begründet worden ist oder
2. die Bedingungen des § 6 Abs. 3 eintreten.

⁴Diejenigen, bei denen die Mitgliedschaft nach Satz 3 endet, können gemäß § 7 die freiwillige Mitgliedschaft erklären. ⁵Nehmen diejenigen,

deren Mitgliedschaft nach Satz 3 Nr. 2 endete, ihre ärztliche Tätigkeit innerhalb oder außerhalb des Bereiches der Ärztekammer Westfalen-Lippe wieder auf, endet eine bis dahin bestehende freiwillige Mitgliedschaft.⁶ Die Betroffenen können, sofern sie nicht Pflichtmitglieder einer anderen öffentlich-rechtlichen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung ihrer Berufsgruppe außerhalb des Bereiches der Ärztekammer Westfalen-Lippe geworden sind, ihre Mitgliedschaft als Pflichtmitgliedschaft zur Ärzteversorgung erklären.⁷ Für Ärztinnen und Ärzte, die am 31.12.2004 das 45. Lebensjahr vollendet hatten und nach dem 01.01.2005 gemäß § 6 Abs. 3 Nr. 1 aus der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe ausscheiden, gelten die Sätze 4, 5 und 6 entsprechend.⁸ Diese Erklärung ist innerhalb einer Frist von 6 Monaten, beginnend ab dem Zeitpunkt der Wiederaufnahme der ärztlichen Tätigkeit, abzugeben.⁹ Wird die Erklärung nicht abgegeben, besteht kein Recht, nach § 7 die freiwillige Mitgliedschaft zu erklären.

- (3) 1 Ärztinnen und Ärzte, die am 31.12.2004 das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten und
1. vor dem 01.01.2005 von der Pflichtmitgliedschaft bei der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe gemäß § 6 Abs. 2 in der bis zum 31.12.2004 geltenden Fassung ausgenommen oder gemäß § 6 Abs. 4 Nr. 2, 3 oder 4 in der bis zum 31.12.2004 geltenden Fassung befreit worden oder aus der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe gemäß § 6 Abs. 3 in der bis zum 31.12.2004 geltenden Fassung ausgeschieden sind, bleiben von der Pflichtmitgliedschaft ausgenommen, befreit oder gelten als ausgeschieden, solange der Grund für
 - a. die Ausnahme oder Befreiung von der Pflichtmitgliedschaft besteht oder
 - b. das Ausscheiden aus der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe andauert.
 - 2 Üben die Betroffenen nach dem Fortfall des Grundes für die Ausnahme, für die Befreiung oder für das Ausscheiden eine ärztliche Tätigkeit aus
 - a. im Bereich der Ärztekammer Westfalen-Lippe, gelten für die Mitgliedschaft die Regelungen des § 6.
 - b. im Bereich einer anderen öffentlich-rechtlichen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung ihrer Berufsgruppe, können sie, wenn sie
 - aa. nicht Mitglied einer anderen öffentlich-rechtlichen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung ihrer Berufsgruppe werden können und
 - bb. gegenüber der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe einen

Rechtsanspruch auf satzungsgemäße Leistungen haben, erklären, ihre Mitgliedschaft als Pflichtmitgliedschaft bei der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe fortzuführen. ³Die Erklärung ist innerhalb einer Frist von sechs Monaten, beginnend mit dem Zeitpunkt des Fortfalls des Befreiungsgrundes, abzugeben. ⁴Wird die Erklärung nicht abgegeben, besteht kein Recht, nach § 7 die freiwillige Mitgliedschaft zu erklären.

2. vor dem 01.01.2005 von der Pflichtmitgliedschaft bei der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe gemäß § 6 Abs. 4 Nr. 1 in der bis zum 31.12.2004 geltenden Fassung zugunsten einer anderen öffentlich-rechtlichen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung ihrer Berufsgruppe befreit waren, bleiben befreit, solange die Pflichtmitgliedschaft in dieser anderen öffentlich-rechtlichen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung ihrer Berufsgruppe besteht. ²Endet die Pflichtmitgliedschaft bei der anderen öffentlich-rechtlichen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung ihrer Berufsgruppe, und üben die Betroffenen eine ärztliche Tätigkeit im Bereich der Ärztekammer Westfalen-Lippe aus, gelten für die Mitgliedschaft die Regelungen des § 6.
- (4) ¹Ärztinnen und Ärzte, die am 31.12.2004 das 45. Lebensjahr vollendet hatten und
1. vor dem 01.01.2005 von der Pflichtmitgliedschaft bei der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe gemäß § 6 Abs. 2 in der bis zum 31.12.2004 geltenden Fassung ausgenommen oder gemäß § 6 Abs. 4 Nr. 2, 3 oder 4 in der bis zum 31.12.2004 geltenden Fassung befreit worden oder aus der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe gemäß § 6 Abs. 3 in der bis zum 31.12.2004 geltenden Fassung ausgeschieden sind, bleiben von der Pflichtmitgliedschaft ausgenommen, befreit oder gelten als ausgeschieden, solange der Grund für
 - a. die Ausnahme oder Befreiung von der Pflichtmitgliedschaft besteht oder
 - b. das Ausscheiden aus der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe andauert.²Nach Fortfall des Grundes für die Ausnahme, die Befreiung oder das Ausscheiden können die Betroffenen, wenn sie
 - a. eine ärztliche Tätigkeit ausüben,
 - b. nicht Mitglied einer öffentlich-rechtlichen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung ihrer Berufsgruppe werden können und gegenüber der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe einen Rechtsanspruch auf satzungsgemäße Leistungen haben oder gemäß
 - c.

- § 18 Abs. 8 nachversichert werden, erklären, ihre Mitgliedschaft als Pflichtmitgliedschaft bei der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe fortzuführen. ³Die Erklärung ist innerhalb einer Frist von sechs Monaten, beginnend mit dem Zeitpunkt des Fortfalls des Befreiungsgrundes, abzugeben. ⁴Wird die Erklärung nicht abgegeben, besteht kein Recht, nach § 7 die freiwillige Mitgliedschaft zu erklären.
2. vor dem 01.01.2005 von der Pflichtmitgliedschaft bei der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe gemäß § 6 Abs. 4 Nr. 1 in der bis zum 31.12.2004 geltenden Fassung zugunsten einer anderen öffentlich-rechtlichen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung ihrer Berufsgruppe befreit waren, bleiben befreit, solange die Pflichtmitgliedschaft in dieser anderen öffentlich-rechtlichen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung ihrer Berufsgruppe besteht. ²Endet die Pflichtmitgliedschaft bei der anderen öffentlich-rechtlichen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung ihrer Berufsgruppe, können die Betroffenen, wenn sie
- a. eine ärztliche Tätigkeit im Bereich der Ärztekammer Westfalen-Lippe ausüben und
 - b. gegenüber der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe einen Rechtsanspruch auf satzungsgemäße Leistungen haben,
- erklären, ihre Mitgliedschaft als Pflichtmitgliedschaft bei der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe fortzuführen. ³Die Erklärung ist innerhalb einer Frist von sechs Monaten beginnend mit dem Zeitpunkt des Fortfalls des Befreiungsgrundes abzugeben. ⁴Wird die Erklärung nicht abgegeben, besteht kein Recht, nach § 7 die freiwillige Mitgliedschaft zu erklären.
- (5) ¹Deutsche Staatsangehörige, die am 31.12.2004 das 45. Lebensjahr vollendet hatten und danach im Bereich der Ärztekammer Westfalen-Lippe erstmals eine ärztliche Tätigkeit ausüben, sind von der Mitgliedschaft ausgenommen. ²Satz 1 findet keine Anwendung, wenn nach dem 31.10.2012 eine neue sozialversicherungspflichtige ärztliche Tätigkeit im Bereich der Ärztekammer Westfalen-Lippe ausgeübt wird und Versorgungsanwartschaften bei einer anderen öffentlich-rechtlichen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung ihrer Berufsgruppe bestehen.
- (6) ¹Angehörige der Ärztekammer Westfalen-Lippe, die vor dem 01.01.2005 wegen Vollendens ihres 45. Lebensjahres von der Pflichtmitgliedschaft bei der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe ausgenommen waren, bleiben auch nach dem 31.12.2004 von der Mitgliedschaft ausgenommen. ²Absatz

5 Satz 2 gilt entsprechend.

VII. INKRAFTTRETEN DER SATZUNG

§ 42

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.

IMPRESSUM

HERAUSGEBER:

Ärzteversorgung Westfalen-Lippe
Einrichtung der Ärztekammer Westfalen-Lippe
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Scharnhorststraße 44
48151 Münster

Tel.: 0251 5204-0
Fax: 0251 5204-149
info@aewl.de
www.aewl.de

LAYOUT:

Simone Gosing, ÄVWL; Sarah Schmitz, ÄVWL

DRUCK:

Druckerei Stelljes, Münster



ÄRZTEVERSORGUNG
Westfalen-Lippe

Einrichtung der Ärztekammer Westfalen-Lippe
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Scharnhorststraße 44
48151 Münster
Tel.: 0251 5204-0
Fax: 0251 5204-149
info@aevwl.de
www.aevwl.de