



SATZUNG

Satzung der Nordrheinischen Ärzteversorgung
(Im Nachstehenden Versorgungseinrichtung genannt)
vom 23. Oktober 1993

Die Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein hat in ihrer Sitzung am 23. Oktober 1993 aufgrund § 6 Abs. 1 Buchstabe h in Verbindung mit § 20 des Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 9. März 1989 (GV.NW. S. 170), geändert durch Gesetz vom 14. Dezember 1989 (GV.NW. S. 678) – SGV.NW. 2122 – folgende Satzung der NORDRHEINISCHEN ÄRZTEVERSORGUNG beschlossen, die durch Erlass des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein Westfalen v. 6.12.1993 – VB3 – 0810.46 – genehmigt worden ist.

Veröffentlicht im „Rheinischen Ärzteblatt“ am 25. Dezember 1993.

1. Satzungsänderung vom 28.10.1995 (*veröffentlicht „Rheinisches Ärzteblatt“ 2/31.01.1996*)
2. Satzungsänderung vom 13.03.1999 (*veröffentlicht „Rheinisches Ärzteblatt“ 8/30.07.1999*)
3. Satzungsänderung vom 28.10.2000 (*veröffentlicht „Rheinisches Ärzteblatt“ 1/22.12.2000*)
4. Satzungsänderung vom 23.11.2002 (*veröffentlicht „Rheinisches Ärzteblatt“ 2/31.01.2003*)
5. Satzungsänderung vom 22.03.2003 (*veröffentlicht „Rheinisches Ärzteblatt“ 7/30.06.2003*)
6. Satzungsänderung vom 20.11.2004 (*veröffentlicht „Rheinisches Ärzteblatt“ 1/23.12.2004*)
7. Satzungsänderung vom 18.11.2006 (*veröffentlicht „Rheinisches Ärzteblatt“ 2/31.01.2007*)
8. Satzungsänderung vom 17.11.2007 (*veröffentlicht „Rheinisches Ärzteblatt“ 3/28.02.2008*)
9. Satzungsänderung vom 19.04.2008 (*veröffentlicht „Rheinisches Ärzteblatt“ 9/29.08.2008*)
10. Satzungsänderung vom 20.06.2009 (*veröffentlicht „Rheinisches Ärzteblatt“ 9/31.08.2009*)
11. Satzungsänderung vom 20.11.2010 (*veröffentlicht „Rheinisches Ärzteblatt“ 2/31.01.2011*)
12. Satzungsänderung vom 19.11.2011 (*veröffentlicht „Rheinisches Ärzteblatt“ 2/31.01.2012*)
13. Satzungsänderung vom 17.03.2012 (*veröffentlicht „Rheinisches Ärzteblatt“ 7/22.06.2012*)
14. Satzungsänderung vom 23.11.2013 (*veröffentlicht „Rheinisches Ärzteblatt“ 2/31.01.2014*)
15. Satzungsänderung vom 08.03.2014 (*veröffentlicht „Rheinisches Ärzteblatt“ 6/30.05.2014*)
16. Satzungsänderung vom 22.11.2014 (*veröffentlicht „Rheinisches Ärzteblatt“ 2/30.01.2015*)
17. Satzungsänderung vom 18.11.2017 (*veröffentlicht „Rheinisches Ärzteblatt“ 3/28.02.2018*)
18. Satzungsänderung vom 21.03.2020 (*veröffentlicht „Rheinisches Ärzteblatt“ 7/30.06.2020*)
19. Satzungsänderung vom 14.11.2020 (*veröffentlicht „Rheinisches Ärzteblatt“ 2/29.01.2021*)

I Aufgaben der Versorgungseinrichtung und Kreis ihrer Mitglieder

§ 1

Sitz, Aufgaben und Rechtsnatur

- (1) Die Versorgungseinrichtung ist eine Einrichtung der Ärztekammer Nordrhein, Körperschaft des öffentlichen Rechts.
Sie hat ihren Sitz in Düsseldorf.
- (2) Die Versorgungseinrichtung wird gerichtlich und außergerichtlich durch den Kammerpräsidenten/die Kammerpräsidentin vertreten.
- (3) Die Versorgungseinrichtung hat die Aufgabe, für die Angehörigen der Ärztekammer Nordrhein und ihre Familienmitglieder gemäß den Bestimmungen des § 6 Abs. 1 Buchstabe h des Heilberufsgesetzes (HeilberG) i. d. F. der Bekanntmachung vom 9. März 1989 (GV.NW. S. 170) Versorgung nach Maßgabe dieser Satzung zu gewähren.
- (4) Bekanntmachungen der Versorgungseinrichtung erfolgen nach Ermessen des Verwaltungsausschusses durch Einzelnachrichten oder durch Veröffentlichung im „Rheinischen Ärzteblatt“.

§ 2

Verwaltungsorgane

Verwaltungsorgane der Versorgungseinrichtung sind:

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

§ 3

Kammerversammlung

Die Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein ist das oberste Organ der Versorgungseinrichtung. Sie hat insbesondere folgende Aufgaben:

- a) die Wahl und Abberufung des Aufsichtsausschusses und des Verwaltungsausschusses,
- b) die Entgegennahme und Feststellung des Jahresabschlusses,
- c) die Entlastung des Verwaltungs- und des Aufsichtsausschusses,
- d) die Beschlussfassung über eine Änderung der Versorgungsabgabe und der Leistungen, über die jährliche Festsetzung der Rentenbemessungsgrundlagen gemäß § 9 Abs. 2 und über die Veränderung der Versorgungsanrechte und der Versorgungsleistungen gemäß § 33 Abs. 4,
- e) die Beschlussfassung über die Auflösung der Versorgungseinrichtung und die im Zuge der Liquidation erforderlichen Maßnahmen,
- f) die Beschlussfassung über die Änderung dieser Satzung. Der Beschluss über die Änderung dieser Satzung bedarf der Mehrheit der gewählten Mitglieder der Kammerversammlung.

§ 4

Aufsichtsausschuss

- (1) Der Aufsichtsausschuss besteht aus 9 Angehörigen der Ärztekammer Nordrhein, die dieser als Pflichtmitglied angehören und gleichzeitig Pflichtmitglied oder Bezieher einer Altersrente der Versorgungseinrichtung sind. Dem Aufsichtsausschuss müssen mindestens 3 angestellte Ärztinnen/Ärzte und mindestens 3 in eigener Praxis niedergelassene Ärztinnen/Ärzte angehören. Entscheidend ist der Berufs- und Mitgliedschaftsstatus der Mitglieder des Aufsichtsausschusses im Zeitpunkt der Wahl.
- (2) Die Wahl der Mitglieder des Aufsichtsausschusses durch die Kammerversammlung erfolgt für die Dauer der Legislaturperiode der Kammerversammlung. Der Aufsichtsausschuss führt die Geschäfte bis zur Übernahme durch den von der neuen Kammerversammlung gewählten neuen Aufsichtsausschuss weiter.
- (3) Der Aufsichtsausschuss wählt aus seiner Mitte den Vorsitzenden/die Vorsitzende und den stellvertretenden Vorsitzenden/die stellvertretende Vorsitzende mit einfacher Stimmenmehrheit.

- (4) Der Aufsichtsausschuss tritt jeweils regelmäßig einen Monat nach Vorlage des Jahresabschlusses, des Lageberichtes und des Prüfberichtes zusammen, im Übrigen jederzeit auf Verlangen von mindestens 3 Mitgliedern des Aufsichtsausschusses oder von zwei Mitgliedern des Verwaltungsausschusses. Die Einberufung des Aufsichtsausschusses erfolgt durch seinen Vorsitzenden/seine Vorsitzende oder bei dessen/deren Verhinderung durch den Stellvertreter/die Stellvertreterin, im Falle von Satz 1, 2. Halbsatz innerhalb von 2 Wochen.
- (5) Der Aufsichtsausschuss ist beschlussfähig, wenn mindestens fünf seiner Mitglieder anwesend sind. Die Sitzung des Aufsichtsausschusses wird grundsätzlich als Präsenzsitzung durchgeführt; sie kann auch ganz oder teilweise als Audio- oder Videokonferenz durchgeführt werden. Als anwesend gilt auch, wer im Wege der elektronischen Kommunikation an einer Audio- oder Videokonferenz teilnimmt. Der Aufsichtsausschuss fasst seine Beschlüsse mit einfacher Mehrheit. Bei Stimmgleichheit entscheidet die Stimme des/der Vorsitzenden oder bei seiner/ihrer Verhinderung die des Stellvertreters/der Stellvertreterin. Eine Stimmenthaltung ist nicht zulässig. Beschlüsse können auch im Umlaufverfahren schriftlich, in Textform oder in elektronischer Form gefasst werden, wenn $\frac{3}{4}$ der Mitglieder des Aufsichtsausschusses dieser Art der Beschlussfassung zustimmen, wobei diese Zustimmung auch schriftlich, in Textform oder in elektronischer Form erteilt werden kann.
- (6) Beim Ausscheiden eines Mitgliedes wählt die Kammerversammlung in ihrer nächsten Sitzung den Nachfolger/die Nachfolgerin.
- (7) Aufgaben des Aufsichtsausschusses sind:
- a) die Überwachung der Geschäftstätigkeit,
 - b) die Prüfung des Jahresabschlusses mit dem Lagebericht,
 - c) die Erteilung von Richtlinien für die Kapitalanlage der Versorgungseinrichtung,
 - d) aufgehoben
 - e) die vorläufige Vornahme dringlicher Änderungen des Geschäftsplanes mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde. Diese Änderungen sind der Kammerversammlung in ihrer nächsten Sitzung vorzulegen und außer Kraft zu setzen, wenn diese es verlangt,
 - f) die Wahl und Bestellung des Wirtschaftsprüfers,
 - g) aufgehoben
- (8) Das Amt der Mitglieder des Aufsichtsausschusses ist ein Ehrenamt. Sie erhalten Aufwandsentschädigungen nach den Beschlüssen der Kammerversammlung.
- (9) Zu den Sitzungen des Aufsichtsausschusses ist die Aufsichts- und Versicherungsaufsichtsbehörde einzuladen.

Verwaltungsausschuss

- (1) Der Verwaltungsausschuss besteht aus dem Kammerpräsidenten/der Kammerpräsidentin als Vorsitzenden/Vorsitzende, dem Kammervizepräsidenten/der Kammervizepräsidentin als stellvertretenden Vorsitzenden/stellvertretende Vorsitzende sowie aus weiteren 7 Beisitzern, von denen 4 der Ärztekammer Nordrhein als Pflichtmitglied angehören und gleichzeitig Pflichtmitglied oder Bezieher einer Altersrente der Versorgungseinrichtung sein müssen, eine Person die Befähigung zum Richteramt, eine weitere Person die Prüfung eines Diplom-Mathematikers/einer Diplom-Mathematikerin oder eine gleichwertige Prüfung abgelegt haben muss, und einer weiteren Person, die auf dem Gebiet des Bank- und Hypothekenswesens erfahren ist. Von den gewählten Beisitzern muss mindestens ein Beisitzer in eigener Praxis niedergelassene Ärztin oder in eigener Praxis niedergelassener Arzt und mindestens ein Beisitzer angestellte Ärztin oder angestellter Arzt sein. Entscheidend ist der Berufs- und Mitgliedschaftsstatus der Mitglieder des Verwaltungsausschusses im Zeitpunkt der Wahl.
- (2) Die sieben Beisitzer des Verwaltungsausschusses werden durch die Kammerversammlung entweder für die Dauer der Legislaturperiode der Kammerversammlung gewählt oder durch Vertrag bestellt. Die Zugehörigkeit der durch Vertrag bestellten Beisitzer zum Verwaltungsausschuss richtet sich nach der Zeitdauer des Vertrages. Der Verwaltungsausschuss führt die Geschäfte bis zur Übernahme durch den von der neuen Kammerversammlung zu bestellenden neuen Verwaltungsausschuss weiter.
- (3) Der Verwaltungsausschuss ist beschlussfähig, wenn mindestens fünf seiner Mitglieder anwesend sind. Die Sitzung des Verwaltungsausschusses wird grundsätzlich als Präsenzsitzung durchgeführt; sie kann auch ganz oder teilweise als Audio- oder Videokonferenz durchgeführt werden. Als anwesend gilt auch, wer im Wege der elektronischen Kommunikation an einer Audio- oder Videokonferenz teilnimmt. Der Verwaltungsausschuss fasst seine Beschlüsse mit einfacher Mehrheit. Beschlüsse können auch im Umlaufverfahren schriftlich, in Textform oder in elektronischer Form gefasst werden, wenn $\frac{3}{4}$ der Mitglieder des Verwaltungsausschusses dieser Art der Beschlussfassung zustimmen, wobei diese Zustimmung auch schriftlich, in Textform oder in elektronischer Form erteilt werden kann.
- (4) Beim Ausscheiden eines Mitgliedes des Verwaltungsausschusses wählt die Kammerversammlung in ihrer nächsten Sitzung den Nachfolger/die Nachfolgerin.
- (5) Aufgabe des Verwaltungsausschusses ist die Führung der Geschäfte, soweit sie nicht durch diese Satzung anderen Organen oder aufgrund einer von ihm zu erlassenden Geschäftsordnung der Geschäftsführung übertragen ist. Er ist für die Durchführung der Beschlüsse der Kammerversammlung und des Aufsichtsausschusses verantwortlich. Insbesondere ist er verpflichtet, jährlich spätestens 6 Monate nach Beendigung des Geschäftsjahres den Jahresabschluss (Bilanz, Gewinn- und Verlustrechnung, Bildung/Entnahme der Rücklagen gem. § 33 (3), Anhang) und den Lagebericht dem Aufsichtsausschuss zur Prüfung vorzulegen.
- (6) Das Amt der nicht durch Vertrag bestellten Mitglieder des Verwaltungsausschusses ist ein Ehrenamt. Sie erhalten Aufwandsentschädigungen nach den Beschlüssen der Kammerversammlung.

- (7) Die Mitglieder des Verwaltungsausschusses können nicht gleichzeitig Mitglieder des Aufsichtsausschusses sein.

§ 6

Mitgliedschaft

- (1) Mitglieder der Versorgungseinrichtung sind alle Angehörigen der Ärztekammer Nordrhein, die dieser als Pflichtmitglied angehören und bei Inkrafttreten der Versorgungseinrichtung das 68. Lebensjahr nicht vollendet haben. Personen, die ausschließlich aufgrund des Versorgungsausgleichs gemäß § 19 a der Satzung der Nordrheinischen Ärzteversorgung Anrechte erwerben, sind nicht Mitglieder der Versorgungseinrichtung.
- (2) Ärzte und Ärztinnen, die nach Inkrafttreten der Versorgungseinrichtung Angehörige der Ärztekammer Nordrhein werden, werden Mitglieder der Versorgungseinrichtung, soweit sie das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- (3) Ausgenommen von der Mitgliedschaft sind:
- a) Angehörige der Ärztekammer Nordrhein, die als Beamte/Beamtinnen oder Festangestellte Anspruch auf Ruhegehalt und Hinterbliebenenversorgung nach beamtenrechtlichen Bestimmungen haben, und Sanitätsoffiziere, die Soldaten/Soldatinnen auf Zeit oder Berufssoldaten/Berufssoldatinnen sind,
 - b) Ärztinnen und Ärzte, die am 31.12.2004 das 45. Lebensjahr bereits vollendet hatten und zu diesem Zeitpunkt nicht Mitglied der Versorgungseinrichtung waren. Abweichend davon werden Angehörige der Ärztekammer Nordrhein, die am 31.12.2004 das 45. Lebensjahr bereits vollendet hatten, Mitglied der Versorgungseinrichtung, wenn sie nach dem 31.10.2012 eine ärztliche Tätigkeit im Angestelltenverhältnis aufnehmen und zu diesem Zeitpunkt Mitglied eines anderen deutschen berufsständischen Versorgungswerkes ihrer Berufsgruppe sind und bei diesem - nicht nur aufgrund eines durchgeführten Versorgungsausgleichs - Versorgungsanwartschaften bestehen,
 - c) Angehörige der Ärztekammer Nordrhein, die bei Beginn der Pflichtmitgliedschaft in der Ärztekammer Nordrhein keine ärztliche Tätigkeit im Bereich der Ärztekammer Nordrhein ausüben, bis sie eine ärztliche Tätigkeit im Bereich der Ärztekammer Nordrhein aufnehmen.
- (4) Aus der Versorgungseinrichtung scheidet aus:
- a) Mitglieder, die der Ärztekammer Nordrhein nicht mehr als Pflichtmitglied angehören,
 - b) Mitglieder, bei denen die Voraussetzungen nach Absatz 3 a) während der Mitgliedschaft eintreten.

- (5) Auf ihren Antrag werden ganz oder teilweise von der Mitgliedschaft befreit:
- a) Ärztinnen und Ärzte, die bis zum 31.12.2004 Angehörige der Ärztekammer Nordrhein geworden sind und die aufgrund einer durch Gesetz angeordneten oder auf Gesetz beruhenden Verpflichtung Mitglieder einer öffentlich-rechtlichen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung ihrer Berufsgruppe außerhalb des Landesteils Nordrhein sind und ihre Mitgliedschaft noch aufrechterhalten, falls sie dort Beiträge mindestens in Höhe der in der Nordrheinischen Ärzteversorgung zu entrichtenden Versorgungsabgabe leisten.
 - b) aufgehoben
 - c) aufgehoben
 - d) aufgehoben
 - e) Ärzte und Ärztinnen, die Beamte/Beamtinnen auf Probe oder Widerruf sind,
 - f) Ärzte und Ärztinnen, die keine ärztliche Tätigkeit ausüben.
- (6) a) Über Befreiungsanträge nach Absatz 5 entscheidet der Verwaltungsausschuss.
- b) Wer nach Absatz 5 Buchstaben a bis e von der Mitgliedschaft zur Versorgungseinrichtung befreit ist, kann durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Verwaltungsausschuss auf die Befreiung mit Wirkung vom Beginn des nächsten Monats an verzichten, soweit diese Person das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Dieser Verzichterklärung ist nur stattzugeben, wenn eine vom Verwaltungsausschuss geforderte ärztliche Untersuchung durchgeführt worden ist. Aufgrund dieses Untersuchungsergebnisses entscheidet der Verwaltungsausschuss über die Wirksamkeit der Verzichterklärung.
- (7) Angehörige der Ärztekammer Nordrhein, bei denen der Grund der Nichtmitgliedschaft nach Absatz 3 beziehungsweise der Befreiung nach Absatz 5 entfällt, werden nur dann Mitglieder des Versorgungswerkes, wenn sie das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. § 6 (3) b) Satz 2 gilt entsprechend.

§ 7

Freiwillige Mitgliedschaft

- (1) Wer aufgrund der Bestimmungen dieser Satzung Mitglied der Versorgungseinrichtung war und aufgrund der Bestimmungen des § 6 Abs. 4 Buchstaben a bis b aus der Versorgungseinrichtung ausscheidet, oder wer aufgrund des § 6 Abs. 5 Buchstaben a bis e befreit wurde, kann die Mitgliedschaft freiwillig fortsetzen. Dies gilt nicht, wenn das Mitglied aufgrund einer durch Gesetz angeordneten oder auf Gesetz beruhenden Verpflichtung beitragspflichtiges Mitglied einer anderen öffentlich-rechtlichen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung

seiner Berufsgruppe innerhalb der Bundesrepublik Deutschland ist oder als Beamter/Beamtin oder Festangestellter/Festangestellte Anspruch auf Ruhegehalt und Hinterbliebenenversorgung nach beamtenrechtlichen Bestimmungen hat oder als Sanitätsoffizier Soldat/Soldatin auf Zeit oder Berufssoldat/Berufssoldatin ist. Voraussetzung für diese freiwillige Mitgliedschaft ist, dass eine entsprechende Willenserklärung binnen sechs Monaten nach Ausscheiden des Pflichtmitgliedes oder nach Wirksamwerden der Befreiung aufgrund des § 6 Abs. 5 Buchstaben a bis e abgegeben wird.

- (2) Ein Mitglied, welches aus dem Bereich der Ärztekammer Nordrhein verzieht, kann die Mitgliedschaft zur Versorgungseinrichtung freiwillig fortsetzen. Abs. 1 Satz 2 gilt entsprechend. Eine entsprechende Willenserklärung ist seitens des verziehenden Mitgliedes binnen sechs Monaten nach Wegzug abzugeben.
- (3) Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 Satz 2 gelten nicht für freiwillige Mitgliedschaften, die bis zum 31.12.2004 begründet wurden.

II Leistungen der Versorgungseinrichtung

§ 8

- (1) Die Versorgungseinrichtung gewährt Rechtsanspruch auf folgende Leistungen:
 - a) Altersrente,
 - b) Berufsunfähigkeitsrente,
 - c) Hinterbliebenenrente,
 - d) Kinderzuschuss,
 - e) aufgehoben,
 - f) Abfindung für Witwen und Witwer,
 - g) Sterbegeld.
- (2) Die Versorgungseinrichtung kann Maßnahmen zur Erhaltung und Wiederherstellung der Berufsfähigkeit durchführen.
- (3) Ansprüche auf Versorgungsleistungen verjähren in vier Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie entstanden sind. Für die Hemmung, den Neubeginn und die Wirkung der Verjährung gelten die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches entsprechend. Sofern bei Antragstellung bzw. Widerspruchserhebung die geltend gemachten Versorgungsleistungen nicht verjährt sind, beginnt die Verjährung auch mit der schriftlichen Antragstellung sowie der Widerspruchserhebung neu. Maßgeblicher Zeitpunkt ist der Eingang des Antrages bzw. des Widerspruchs bei der Versorgungseinrichtung.

Altersrente

- (1) Jedes Mitglied der Versorgungseinrichtung hat mit Vollendung des 67. Lebensjahres (Regelaltersgrenze) Anspruch auf lebenslängliche Altersrente. Bei Überschreiten der Regelaltersgrenze tritt anstelle einer Berufsunfähigkeitsrente die Altersrente in gleicher Höhe.
- (2) Die Festsetzung der Altersrente erfolgt bei Rentenbeginn unter Zugrundelegung der allgemeinen Rentenbemessungsgrundlage oder der für die Geburtsjahrgänge 1943 bis 1951 mit Rentenbeginn ab dem 01.04.2008 geltenden Rentenbemessungsgrundlagen. Über die Festsetzung der Rentenbemessungsgrundlagen nach Satz 1 sowie die Anpassung der laufenden Versorgungsleistungen für das Folgejahr entscheidet jährlich die Kammerversammlung aufgrund des Jahresabschlusses des vorausgegangenen Geschäftsjahres auf einen gemeinsamen Vorschlag des Verwaltungs- und Aufsichtsausschusses, wobei die Festsetzungen und Anpassungen durch einheitlichen Vomhundertsatz erfolgen. Sowohl die Festsetzung der Rentenbemessungsgrundlagen als auch die Anpassung der laufenden Versorgungsleistungen bedürfen der Genehmigung der Aufsichtsbehörden.
- (3) Jedes Mitglied erwirbt durch seine Versorgungsabgabe für jedes Geschäftsjahr eine Steigerungszahl. Diese jährliche Steigerungszahl ist der zweifache Wert, der sich ergibt aus der geleisteten Versorgungsabgabe geteilt durch die gemäß § 26 zu berechnende durchschnittliche Versorgungsabgabe.
- (4) Der Jahresbetrag der individuellen Altersrente errechnet sich bei Rentenbeginn für jeden Anspruchsberechtigten aus der Summe seiner Steigerungszahlen, vermehrt um den Grundbetrag. Der Grundbetrag ist das Produkt aus den vom Mitglied durchschnittlich jährlich durch eigene Beitragszahlung erworbenen Steigerungszahlen und dem Faktor gemäß § 42 Abs. 7. Bei der Errechnung des Durchschnitts seiner durch Versorgungsabgaben erworbenen Steigerungszahlen werden neben den Jahren der Mitgliedschaft bei der Nordrheinischen Ärzteversorgung auch diejenigen Jahre mitberücksichtigt, in denen keine Versorgungsabgabe an diese geleistet wurde. Zu diesen Jahren zählen für Mitglieder,
 - deren Mitgliedschaft ohne Beitragserstattung oder ohne Beitragsüberleitung beendet und später wieder aufgenommen wurde, die Zeiten zwischen Beendigung und Wiederaufnahme des Mitgliedschaftsverhältnisses,
 - deren Mitgliedschaft bei der Nordrheinischen Ärzteversorgung vor Rentenanspruchnahme beendet wurde, die Zeit von der Beendigung der Mitgliedschaft bis zum tatsächlichen Rentenbezugsbeginn, längstens bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze bei der Nordrheinischen Ärzteversorgung,
 - die ab dem 01.01.2015 erstmalig oder nach Beendigung der Mitgliedschaft bei der Nordrheinischen Ärzteversorgung mit anschließender Beitragserstattung oder Beitragsüberleitung erneut Mitglied bei der Nordrheinischen Ärzteversorgung

werden und die bei Beginn der Mitgliedschaft das 45. Lebensjahr vollendet haben, die Zeit vom Beginn der erstmaligen Mitgliedschaft in einer öffentlich-rechtlichen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung ihrer Berufsgruppe innerhalb der Bundesrepublik Deutschland bis zum tatsächlichen Rentenbezugsbeginn, längstens bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze bei der Nordrheinischen Ärzteversorgung.

Ausgenommen hiervon sind Zeiten der Unterbrechung der Abgabepflicht infolge des Bezuges einer Berufsunfähigkeitsrente und der Ableistung des gesetzlichen Wehr- oder Zivildienstes. Zeiten eines Beschäftigungsverbotes nach den Vorschriften der §§ 3 Abs. 2 und 6 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes und Zeiten einer Elternzeit gemäß § 15 des Bundeserziehungsgeldgesetzes sind bei der Errechnung des Durchschnitts der Steigerungszahlen nicht zu berücksichtigen, sofern dieser sich dadurch erhöht. Zeiten bis zum Ablauf des Kalenderjahres, das der Vollendung des 32. Lebensjahres vorausgeht, sowie Zeiten, in denen Beiträge nach § 21 Abs. 2 zu zahlen waren, beziehungsweise Zeiten, in denen Befreite nach § 6 Abs. 5 Buchstabe e die Mitgliedschaft freiwillig fortgesetzt haben, können ebenfalls hiervon ausgenommen werden, wenn der Durchschnitt der Steigerungszahlen des Mitgliedes dadurch höher ist. Zeiten der Abgabepflicht nach § 21 Abs. 2 bzw. Zeiten, in denen Befreite nach § 6 Abs. 5 Buchstabe e freiwillig Versorgungsabgaben geleistet haben, können jedoch dann nicht ausgenommen werden, wenn die Nachversicherung gemäß den Bestimmungen der §§ 8 und 186 SGB VI bei der Versorgungseinrichtung möglich war bzw. ist. Werden bei der Errechnung des Durchschnitts Zeiten nach Satz 6 oder 7 ausgenommen, sind die auf den entsprechenden Zeitraum entfallenden Steigerungszahlen nur bei der Ermittlung der Gesamtsumme der Steigerungszahlen zu berücksichtigen; sie bleiben bei der Errechnung des Durchschnitts unberücksichtigt. Die Gesamtsumme dieser Steigerungszahlen ergibt den Jahresbetrag als V Hundertsatz der bei Rentenbeginn geltenden Rentenbemessungsgrundlage nach Abs. 2.

- (5) Die Altersrente wird in monatlichen Beträgen, die den 12. Teil der Jahresrente darstellen, gezahlt. Der Anspruch auf Zahlung beginnt mit dem Anfang des Monats, der auf den Monat folgt, in dem der Anspruch entsteht, und endet mit dem Monat, in dem dieser entfällt.
- (6) aufgehoben
- (7) Die Altersrente kann von jedem Mitglied bereits mit dem Monat bezogen werden, der dem Monat, in dem das 62. Lebensjahr vollendet wird, folgt. Mitglieder, deren Mitgliedschaft vor dem 01.01.2012 begonnen hat, können abweichend von Satz 1 die Altersrente ab dem Monat beziehen, der dem Monat, in dem das 60. Lebensjahr vollendet wird, folgt. Die Zahlung beginnt mit dem auf den Eingang des Rentenantrages folgenden Monat, wobei sich die Rente um einen nach versicherungsmathematischen Grundsätzen errechneten Abschlag gemäß nachfolgender Tabelle vermindert:

**Rentenabschlag nach Zeitspanne vor Entstehen des Anspruchs
gemäß § 9 Abs. 1 Satz 1, Abs. 5 Satz 2, i. V. m. § 42 Abs. 9**

Zeitspanne in Monaten	Kürzung in %	Zeitspanne in Monaten	Kürzung in %	Zeitspanne in Monaten	Kürzung in %
1	0,5	29	12,6	57	23,0
2	0,9	30	13,0	58	23,3
3	1,4	31	13,4	59	23,7
4	1,8	32	13,8	60	24,0
5	2,3	33	14,2	61	24,4
6	2,7	34	14,6	62	24,7
7	3,2	35	15,0	63	25,0
8	3,7	36	15,4	64	25,3
9	4,1	37	15,7	65	25,7
10	4,6	38	16,1	66	26,0
11	5,0	39	16,5	67	26,3
12	5,5	40	16,9	68	26,7
13	5,9	41	17,2	69	27,0
14	6,3	42	17,6	70	27,3
15	6,8	43	18,0	71	27,6
16	7,2	44	18,3	72	28,0
17	7,6	45	18,7	73	28,3
18	8,1	46	19,1	74	28,6
19	8,5	47	19,5	75	28,9
20	8,9	48	19,8	76	29,2
21	9,3	49	20,2	77	29,5
22	9,8	50	20,5	78	29,8
23	10,2	51	20,9	79	30,1
24	10,6	52	21,2	80	30,4
25	11,0	53	21,6	81	30,7
26	11,4	54	21,9	82	31,0
27	11,8	55	22,3	83	31,3
28	12,2	56	22,6	84	31,6

(8) Das nach Abs. 1 anspruchsberechtigte Mitglied, das bei Erreichen der Regelaltersgrenze keine Beitragsrückstände hat, kann den Rentenbezug längstens bis zur Vollendung des 70. Lebensjahres, höchstens jedoch drei Jahre über die Regelaltersgrenze hinausschieben. Keine Beitragsrückstände im Sinne von Satz 1 sind Versorgungsabgaben, die vom Arbeitgeber oder der Kassenärztlichen Vereinigung schuldhaft nicht abgeführt wurden. Beitragszahlungen und Leistungen von Versorgungsabgaben gemäß § 19 a Abs. 4 Satz 1 sind nach Ende des Monats, in dem der Regelrentenaltersanspruch nach Abs. 1 in Verbindung mit § 42 Abs. 9 dieser Satzung entsteht, nicht mehr möglich. Mitglieder, die vor dem 01.01.2011 begonnen haben, den Rentenbezug über die Regelaltersgrenze hinauszuschieben, leisten Beiträge nach § 23 dieser Satzung. Das Hinausschieben ist der Versorgungseinrichtung schriftlich spätestens bis zum Entstehen des Rentenanspruches zu erklären. Der Anspruch auf Zahlung der Rente beginnt mit dem auf den Eingang des Rentenanspruches folgenden Monat. Das Mitglied erwirbt Steigerungszahlen nach Abs. 3; weiter erhält es einen nach versicherungsmathematischen Grundsätzen errechneten Zuschlag gemäß nachfolgender Tabelle:

Rentenzuschlag nach Zeitspanne nach Entstehen des Anspruchs gemäß § 9 Abs. 1 Satz 1, Abs. 5 Satz 2, i. V. m. § 42 Abs. 9

Zeitspanne in Monaten	Erhöhung in %	Zeitspanne in Monaten	Erhöhung in %	Zeitspanne in Monaten	Erhöhung in %
1	0,7	13	8,9	25	17,1
2	1,4	14	9,6	26	17,8
3	2,1	15	10,3	27	18,5
4	2,7	16	10,9	28	19,1
5	3,4	17	11,6	29	19,8
6	4,1	18	12,3	30	20,5
7	4,8	19	13,0	31	21,2
8	5,5	20	13,7	32	21,9
9	6,2	21	14,4	33	22,6
10	6,8	22	15,0	34	23,2
11	7,5	23	15,7	35	23,9
12	8,2	24	16,4	36	24,6

Mitglieder, die vor dem 01.04.2008 begonnen haben, den Rentenbezug über die Regelaltersgrenze hinauszuschieben, erhalten Zuschläge nach der Tabelle gemäß § 9 Abs. 8 in der zum 01.01.2005 gültigen Fassung.

Berufsunfähigkeitsrente und Maßnahmen zur Erhaltung und Wiederherstellung der Berufsfähigkeit

(1) Jedes Mitglied der Versorgungseinrichtung, das mindestens für einen Monat seine Versorgungsabgabe geleistet hat und im Zeitpunkt der Stellung des Antrags auf Berufsunfähigkeitsrente weder das 62. Lebensjahr vollendet hat noch eine Altersrente gemäß § 9 (7) Satz 2 bezieht, hat Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente, wenn es berufsunfähig ist und die Ausübung des ärztlichen Berufes aufgibt. Berufsunfähig ist ein Mitglied, wenn es infolge eines körperlichen Gebrechens oder wegen Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte auf Dauer außerstande ist, eine ärztliche Tätigkeit auszuüben. Ärztliche Tätigkeit ist jede Tätigkeit, bei der die ärztliche Vorbildung ganz oder teilweise verwandt werden kann. Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente besteht nicht, wenn die ärztliche Praxis durch Vertreter oder Assistenten weitergeführt wird. Bestehen Zweifel über die Unfähigkeit des Mitgliedes, eine ärztliche Tätigkeit ausüben zu können, so ist das Mitglied verpflichtet, sich nach Weisung des Verwaltungsausschusses untersuchen und beobachten zu lassen. Aufgrund dieses Ergebnisses entscheidet der Verwaltungsausschuss.

(2) aufgehoben

(3) Der Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente beginnt bei Vorliegen der Voraussetzungen nach Absatz 1 mit Beginn des darauffolgenden Monats, frühestens mit Beginn des Monats, der dem übernächsten Monat folgt, in dem der Antrag gestellt wurde.

Die Berufsunfähigkeitsrente endet bei Tod der antragstellenden Person, bei Überleitung in die Altersrente, bei Fortfall der Voraussetzungen, die zur Berufsunfähigkeit im Sinne des Absatzes 1 geführt haben, mit Ablauf des Monats, in dem das vorgenannte Ereignis eintritt, oder mit Aufnahme einer ärztlichen Tätigkeit.

(4) Zur Feststellung, ob die Voraussetzungen zum Bezug der Berufsunfähigkeitsrente noch bestehen, kann der Verwaltungsausschuss Nachuntersuchungen anordnen. Kommt das Mitglied der angeordneten Nachuntersuchung nicht nach, kann der Verwaltungsausschuss den Entzug der Berufsunfähigkeitsrente beschließen.

(5) Der Jahresbetrag der Berufsunfähigkeitsrente errechnet sich bei Rentenbeginn für jeden Anspruchsberechtigten/jede Anspruchsberechtigte in entsprechender Anwendung der Bestimmungen des § 9 mit der Maßgabe, dass zu den durch Versorgungsabgaben erworbenen Steigerungszahlen die Steigerungszahlen hinzugerechnet werden, die der/die Anspruchsberechtigte erworben hätte, wenn er/sie den Durchschnitt seiner/ihrer bisher durch eigene Beitragszahlung erworbenen Steigerungszahlen bis zur Vollendung des 62. Lebensjahres jährlich weiter erhalten hätte (sogenannte Hinzurechnung). Bei der Errechnung des für die Hinzurechnung maßgeblichen Durchschnitts der durch eigene Beitragszahlung erworbenen Steigerungszahlen werden auch diejenigen Mitgliedschaftsjahre bei der Nordrheinischen Ärzteversorgung mitberücksichtigt, in denen keine Versorgungsabgabe geleistet wurde. Ausgenommen hiervon sind Zeiten der Unterbrechung der Abgabe-

pflicht infolge des Bezuges einer Berufsunfähigkeitsrente und der Ableistung des gesetzlichen Wehr- oder Zivildienstes. Zeiten eines Beschäftigungsverbotes nach den Vorschriften der §§ 3 Abs. 2 und 6 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes und Zeiten einer Elternzeit gemäß § 15 des Bundeserziehungsgeldgesetzes sind bei der Errechnung des Durchschnitts der Steigerungszahlen nicht zu berücksichtigen, sofern dieser sich dadurch erhöht. Zeiten bis zum Ablauf des Kalenderjahres, das der Vollendung des 32. Lebensjahres voraufgeht, sowie Zeiten, in denen Beiträge nach § 21 Abs. 2 zu zahlen waren, beziehungsweise Zeiten, in denen Befreite nach § 6 Abs. 5 Buchstabe e die Mitgliedschaft freiwillig fortgesetzt haben, können ebenfalls hiervon ausgenommen werden, wenn der Durchschnitt der Steigerungszahlen des Mitgliedes dadurch höher ist. Zeiten der Abgabepflicht nach § 21 Abs. 2 bzw. Zeiten, in denen Befreite nach § 6 Abs. 5 Buchstabe e freiwillig Versorgungsabgaben geleistet haben, können jedoch dann nicht ausgenommen werden, wenn die Nachversicherung gemäß den Bestimmungen der §§ 8 und 186 SGB VI bei der Versorgungseinrichtung möglich war bzw. ist. Werden bei der Errechnung des Durchschnitts Zeiten nach Satz 4 oder 5 ausgenommen, sind die auf den entsprechenden Zeitraum entfallenden Steigerungszahlen nur bei der Ermittlung der Gesamtsumme der Steigerungszahlen zu berücksichtigen; sie bleiben bei der Errechnung des Durchschnitts unberücksichtigt.

- (6) Mitglieder der Versorgungseinrichtung, deren Mitgliedschaft gemäß § 6 entfällt und die keine freiwillige Mitgliedschaft aufrechterhalten haben, erhalten Berufsunfähigkeitsrente nur aufgrund der durch Zahlung der Versorgungsabgaben tatsächlich erworbenen Steigerungszahlen.
- (7) Bei monatlicher Zahlungsweise sind die Vorschriften des § 9 Abs. 5 Satz 1 entsprechend anzuwenden.
- (8) Ist die Berufsfähigkeit eines Mitgliedes, das noch keine Altersrente bezieht, infolge von Krankheit oder anderen Gebrechen oder Schwächen seiner körperlichen oder geistigen Kräfte gefährdet, gemindert oder aufgehoben, kann die Versorgungseinrichtung auf vorherigen Antrag Maßnahmen zur Förderung der Berufsfähigkeit durch Zahlung eines Zuschusses unterstützen. Die zu bezuschussende Maßnahme muss zur Erhaltung, wesentlichen Besserung oder Wiederherstellung der Berufsfähigkeit geeignet sein.
- (9) Soweit nach Gesetz oder Satzung für die Durchführung von Maßnahmen im Sinne des Abs. 8 eine Krankenkasse/Krankenversicherung, ein sonstiger Träger der Sozialversicherung oder eine sonstige durch Gesetz verpflichtete Stelle, insbesondere eine Berufsgenossenschaft, die Kriegsopferversorgung oder die Bundesagentur für Arbeit dem Grunde nach zuständig ist, entfällt ein Anspruch auf Zuschusszahlungen nach Abs. 8. Berufsfördernde Maßnahmen, Akutheilbehandlungen, Anschlussheilbehandlungen sowie Maßnahmen, die eine Verschlimmerung verhüten oder Krankheitsbeschwerden lindern oder im Anschluss an Krankenhausbehandlungen, den dabei erzielten Behandlungserfolg sichern und festigen sollen, sind nicht zuschussfähig im Sinne des Abs. 8. Dies gilt auch, wenn in diesen Fällen ein entsprechender Versicherungsschutz nicht oder nicht in ausreichender Höhe bei den in Satz 1 genannten Stellen besteht.

- (10) aufgehoben
- (11) aufgehoben
- (12) aufgehoben
- (13) Über die Eignung der Maßnahme zur Erhaltung, wesentlichen Besserung und Wiederherstellung der Berufsfähigkeit, die Höhe und Dauer der gewährten Leistungen sowie Ausnahmen aufgrund besonderer Härten entscheidet der Verwaltungsausschuss. Abs. 1 Satz 5 und 6 gelten entsprechend.
- (14) Für die Zeit, in der geeignete Maßnahmen zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Berufsfähigkeit durchgeführt werden, können dem Mitglied auf vorherigen Antrag Einkommensersatzleistungen nach Maßgabe der Absätze 5 und 6 gewährt werden. Die Gewährung von Einkommensersatzleistungen ist für die Zeit ausgeschlossen, in der das Mitglied Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit bezieht und die Praxis durch eine Vertretung fortgeführt wird oder das Mitglied Leistungen von der Bundesagentur für Arbeit, Krankengeld oder einen Krankengeldzuschuss vom Arbeitgeber erhält. Abs. 1 Satz 5 und 6 und Abs. 13 Satz 1 gelten entsprechend.

§ 11

Hinterbliebenenrente

- (1) Hinterbliebenenrenten sind:
 - a) Witwenrenten,
 - b) Witwerrenten,
 - c) Waisenrenten,
 - d) Halbwasenrenten,
 - e) Renten an frühere Ehegatten.
- (2) Hinterbliebenenrenten werden gewährt, wenn das verstorbene Mitglied der Versorgungseinrichtung zur Zeit seines Todes Anspruch auf Altersrente oder Anwartschaft auf Berufsunfähigkeitsrente hatte bzw. Berufsunfähigkeitsrente bezog.

§ 12

Witwen- und Witwerrente

- (1) Nach dem Tode des Mitgliedes erhält die Witwe eine Witwenrente und der Witwer eine Witwerrente. Witwe bzw. Witwer ist, wer mit dem Mitglied eine standesamtliche Ehe geschlossen hat, die bis zum Zeitpunkt des Todes des Mitgliedes fortbestanden hat. Ehen, die im Ausland geschlossen wurden, begründen nur dann einen Leistungsanspruch, wenn die Eheschließung nach dem allgemeinen deutschen Personenstandsgesetz oder nach vergleichbaren Personenstandsvorschriften Anerkennung findet.

Wurde die Ehe nach Vollendung des 65. Lebensjahres des Mitgliedes oder nach Stellung eines Antrages auf Gewährung der Berufsunfähigkeitsrente geschlossen, so besteht Anspruch auf Rente nur dann, wenn die Ehe mindestens 3 Jahre bestand.

- (2) Sofern die Voraussetzungen gemäß Absatz 1 vorliegen, wird dem vor dem 1. Juli 1977 geschiedenen Ehepartner eines Mitgliedes Witwen(r)rente gewährt, wenn ihm das Mitglied zur Zeit des Todes Unterhalt nach den Vorschriften des Ehegesetzes oder aus sonstigen Gründen zu leisten hatte.
- (3) Als Witwe bzw. Witwer im Sinne der Versorgungssatzung gelten auch hinterbliebene eingetragene Lebenspartnerinnen und Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes. Die für die Heirat oder Ehe geltenden Vorschriften der Versorgungssatzung gelten für eingetragene Lebenspartnerschaften im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes entsprechend.
- (4) Abs. 3 gilt nicht, wenn das Mitglied vor dem 01.01.2011 verstorben ist.

§ 13

Waisenrente

- (1) Waisenrente erhalten nach dem Tode des Mitgliedes seine Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Über diesen Zeitpunkt hinaus wird die Waisenrente längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres für dasjenige Kind gewährt, das sich in Schul- oder Berufsausbildung befindet oder das infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen außerstande ist, sich selbst zu unterhalten, solange dieser Zustand dauert. Wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung der gesetzlichen Wehr- oder Zivildienstpflicht verzögert oder unterbrochen, so wird die Waisenrente auch für einen der Zeit dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 27. Lebensjahr hinaus gewährt, höchstens jedoch für den Zeitraum, in dem vor Vollendung des 27. Lebensjahres dieser Pflichtdienst geleistet worden ist. Satz 2 gilt auch, wenn ein freiwilliges soziales Jahr, ein freiwilliges ökologisches Jahr, ein Bundesfreiwilligendienst im Sinne des Bundesfreiwilligendienstgesetzes oder ein vergleichbarer europäischer Freiwilligendienst geleistet wird, wenn das freiwillige Jahr oder der freiwillige Dienst nach dem 01.07.2021 begonnen wird.

Bei Ausübung einer mehr als 30 Wochenstunden umfassenden entgeltlichen beruflichen Tätigkeit entfällt der Anspruch auf Waisenrente.

- (2) Als Kinder des Mitgliedes gelten:
 - a) die ehelichen Kinder,
 - b) die nichtehelichen Kinder,
 - c) die für ehelich erklärten Kinder,
 - d) die als Kind angenommenen Kinder.

§ 14

Halbwaisenrente

- (1) Halbwaisenrente erhalten nach dem Tode des Mitgliedes seine Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Über diesen Zeitpunkt hinaus wird die Halbwaisenrente längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres für dasjenige Kind gewährt, das sich in Schul- oder Berufsausbildung befindet oder das infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen außerstande ist, sich selbst zu unterhalten, solange dieser Zustand dauert. Wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung der gesetzlichen Wehr- oder Zivildienstpflicht verzögert oder unterbrochen, so wird die Halbwaisenrente auch für einen der Zeit dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 27. Lebensjahr hinaus gewährt, höchstens jedoch für den Zeitraum, in dem vor Vollendung des 27. Lebensjahres dieser Pflichtdienst geleistet worden ist. Satz 2 gilt auch, wenn ein freiwilliges soziales Jahr, ein freiwilliges ökologisches Jahr, ein Bundesfreiwilligendienst im Sinne des Bundesfreiwilligendienstgesetzes oder ein vergleichbarer europäischer Freiwilligendienst geleistet wird, wenn das freiwillige Jahr oder der freiwillige Dienst nach dem 01.07.2021 begonnen wird.

Bei Ausübung einer mehr als 30 Wochenstunden umfassenden entgeltlichen beruflichen Tätigkeit entfällt der Anspruch auf Halbwaisenrente.

- (2) Der § 13 Abs. 2 gilt entsprechend.

§ 15

Zusammensetzung und Berechnung der Hinterbliebenenrenten

- (1) Die Witwen- und Witwerrente beträgt 60 v.H. des Rentenanspruches im Todeszeitpunkt des Mitgliedes oder der Rentenanwartschaft gemäß §§ 9, 10 und 42, die das Mitglied bei einem Rentenbeginn im Zeitpunkt seines Todes erreicht hat. Sind mehrere Berechtigte vorhanden, wird die Witwen(r)rente anteilmäßig nach Dauer der Ehe aufgeteilt. Der Wegfall eines Berechtigten begründet keinen Anspruchsübergang auf weitere Berechtigte.
- (2) Die Waisenrente beträgt für jede Vollwaise 30 v.H. des Rentenanspruches im Todeszeitpunkt des Mitgliedes oder der Rentenanwartschaft gemäß §§ 9, 10 und 42, die das Mitglied bei einem Rentenbeginn im Zeitpunkt seines Todes erreicht hat. Eine aufgrund eines Versorgungsausgleichs vorgenommene Kürzung von Anrechten bleibt unberücksichtigt. § 19 a Abs. 7 gilt entsprechend.

- (3) Die Halbwaisenrente beträgt für jede Halbwaise 12 v.H. des Rentenanspruches im Todeszeitpunkt des Mitgliedes oder der Rentenanswartschaft gemäß §§ 9, 10 und 42, die das Mitglied bei einem Rentenbeginn im Zeitpunkt seines Todes erreicht hat. Ab dem 01.01.2021 beträgt die Halbwaisenrente für jede Halbwaise 15 v.H. des nach Satz 1 ermittelten Rentenrechts. Eine aufgrund eines Versorgungsausgleichs vorgenommene Kürzung von Anrechten bleibt unberücksichtigt. § 19 a Abs. 7 gilt entsprechend.
- (4) Die Hinterbliebenenrente wird auch gewährt, wenn das Mitglied der Versorgungseinrichtung für tot erklärt ist.
- (5) Die Hinterbliebenenrente wird erstmalig für den auf den Sterbemonat des Mitgliedes folgenden Monat gewährt und endet mit dem Sterbemonat des Hinterbliebenen bzw. mit dem Monat des Vollendens des betreffenden Lebensjahres.
- (6) Aus den aus einem Versorgungsausgleich gemäß § 19 a stammenden Rentenansprüchen werden keine Hinterbliebenenrenten gewährt. § 19 a Abs. 7 gilt entsprechend.

§ 16

Kinderzuschuss

- (1) Die Rente wegen Berufsunfähigkeit und die Altersrente erhöhen sich für jedes Kind gemäß § 13 (2) um einen Kinderzuschuss. Bei Altersrenten wird der Kinderzuschuss nur gewährt, sofern die Geburt des Kindes und der Beginn des Bezugs der Altersrente vor dem 01.04.2008 liegen.
- (2) Der Kinderzuschuss wird bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres gewährt. Über diesen Zeitpunkt hinaus wird der Kinderzuschuss längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres für dasjenige Kind gewährt, das sich in Schul- oder Berufsausbildung befindet oder das infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen außerstande ist, sich selbst zu unterhalten, solange dieser Zustand dauert. Wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung der gesetzlichen Wehr- oder Zivildienstplicht verzögert oder unterbrochen, so wird der Kinderzuschuss auch für einen der Zeit dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 27. Lebensjahr hinaus gewährt, höchstens jedoch für den Zeitraum, in dem vor Vollendung des 27. Lebensjahres dieser Pflichtdienst geleistet worden ist. Satz 2 gilt auch, wenn ein freiwilliges soziales Jahr, ein freiwilliges ökologisches Jahr, ein Bundesfreiwilligendienst im Sinne des Bundesfreiwilligendienstgesetzes oder ein vergleichbarer europäischer Freiwilligendienst geleistet wird, wenn das freiwillige Jahr oder der freiwillige Dienst nach dem 01.07.2021 begonnen wird.

Bei Ausübung einer mehr als 30 Wochenstunden umfassenden entgeltlichen beruflichen Tätigkeit des Kindes entfällt der Anspruch auf Kinderzuschuss.

- (3) Der Kinderzuschuss beträgt für jedes Kind 10 v.H. der vom Mitglied bezogenen Alters- oder Berufsunfähigkeitsrente. Bei Renten wegen Berufsunfähigkeit, deren Beginn gemäß § 10 Abs. 3 Satz 1 nach dem 31.03.2008 liegt, beträgt der Kinderzuschuss für jedes Kind 12 v.H. der vom Mitglied bezogenen Berufsunfähigkeitsrente.
- (4) Bei Umwandlung der Rente wegen Berufsunfähigkeit in die Altersrente gemäß § 9 Abs. 1 Satz 2 entfällt der Kinderzuschuss. Sofern der Beginn der Rente wegen Berufsunfähigkeit vor dem 01.04.2008 liegt, wird bei Umwandlung der Rente in die Altersrente ein Kinderzuschuss in Höhe von 10 v.H. der vom Mitglied bezogenen Altersrente weitergewährt, solange die Voraussetzungen des Abs. 2 vorliegen.

§ 17

Beitragsüberleitung

Entfällt die Mitgliedschaft dadurch, dass die ärztliche Tätigkeit des Mitgliedes in den Bereich einer anderen ärztlichen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung verlegt wird, so können auf seinen Antrag die bisher geleisteten Versorgungsabgaben auf die nunmehr zuständige Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung übertragen werden. Voraussetzung hierfür ist, dass die Nordrheinische Ärzteversorgung im entsprechenden Vertragsverhältnis gemäß § 34 Abs. 2 dieser Satzung mit der dortigen Versorgungseinrichtung steht. Der Antrag muss innerhalb einer Frist von 6 Monaten nach Aufnahme der ärztlichen Tätigkeit im neu zuständigen Kammerbereich gestellt werden.

§ 18

Abfindung für Witwen und Witwer

- (1) Für eine Witwe oder einen Witwer, die wieder heiraten, entfällt die Witwen- oder Witwerrente. Der Anspruch auf Rente erlischt mit dem Ablauf des Monats, in dem eine Wiederverheiratung stattgefunden hat.
- (2) Eine Witwe oder ein Witwer, die wieder heiraten, erhalten auf Antrag folgende Kapitalabfindung:
 - a) bei Wiederverheiratung vor Vollendung des 35. Lebensjahres sechzig ihrer bisher bezogenen Monatsrenten,
 - b) bei Wiederverheiratung bis zum vollendeten 45. Lebensjahr achtundvierzig ihrer bisher bezogenen Monatsrenten,
 - b) bei Wiederverheiratung bis zum vollendeten 45. Lebensjahr achtundvierzig ihrer bisher bezogenen Monatsrenten,

- c) bei Wiederverheiratung nach Vollendung des 45. Lebensjahres sechszunddreißig ihrer bisher bezogenen Monatsrenten.
- (3) Absätze 1 und 2 gelten für Bezieher einer Rente nach § 12 Abs. 2 entsprechend.

§ 18 a

Sterbegeld

- (1) Nach dem Tode des Mitgliedes erhält die Witwe oder der Witwer Sterbegeld.
- (2) Das Sterbegeld beträgt das Zweifache der monatlichen Alters- oder Berufsunfähigkeitsrente ohne Kinderzuschuss, ohne die aus einer Kapitalzahlung gemäß § 40 und ohne die aus einem Versorgungsausgleich gemäß § 19 a stammenden Rententeile.
- (3) Ist eine Witwe oder ein Witwer nicht vorhanden, so erhält derjenige, der die Kosten der Bestattung getragen hat, Sterbegeld in Höhe der nachgewiesenen Aufwendungen, höchstens jedoch den nach Abs. 2 errechneten Betrag.
- (4) Überzahlte Versorgungsleistungen sind mit dem Sterbegeld zu verrechnen.

§ 19

Sonderrechtsnachfolge

- (1) Ist beim Tode eines Mitgliedes die Rente noch nicht ausgezahlt, so steht sie nacheinander zu:
dem Ehegatten/der Ehegattin, den Kindern, den Eltern, den Geschwistern und dem Haushaltsführer/der Haushaltsführerin im Sinne des Abs. 3, wenn sie mit dem Mitglied zur Zeit seines Todes in häuslicher Gemeinschaft gelebt haben oder von ihm wesentlich unterhalten worden sind.
- (2) Stirbt ein Mitglied oder ein Hinterbliebener/eine Hinterbliebene, nachdem der Anspruch erhoben wurde, so sind zur Fortsetzung des Verfahrens und zum Bezug der bis zum Todestag fälligen Renten nacheinander berechtigt:
der Ehegatte/die Ehegattin, die Kinder, die Eltern, die Geschwister und der Haushaltsführer/die Haushaltsführerin im Sinne des Abs. 3, wenn sie mit dem Mitglied zur Zeit seines Todes in häuslicher Gemeinschaft gelebt haben oder von ihm wesentlich unterhalten worden sind.
- (3) Haushaltsführer/Haushaltsführerin ist diejenige Person, die an Stelle des/der verstorbenen oder geschiedenen oder an der Führung des Haushalts durch Krankheit, Gebrechen

oder Schwäche dauernd gehinderten Ehegatten/Ehegattin den Haushalt des Mitgliedes mindestens ein Jahr lang vor dessen Tode geführt hat und von ihm überwiegend unterhalten worden ist.

§ 19 a

Versorgungsausgleich bei Ehescheidungen

- (1) Werden Ehepartner geschieden und findet ein Versorgungsausgleich statt, wird eine interne Teilung durchgeführt, indem zu Lasten des Anrechts des ausgleichspflichtigen Ehegatten für den ausgleichsberechtigten Ehegatten ein Anrecht bei der Versorgungseinrichtung begründet wird. Das begründete Anrecht beschränkt sich ausschließlich auf Altersrente. Sofern beide Ehepartner Mitglied der Nordrheinischen Ärzteversorgung sind, findet der Ausgleich nur in Höhe des Wertunterschiedes der Anrechte beider Ehegatten bei der Nordrheinischen Ärzteversorgung nach gegenseitiger Verrechnung statt. Satz 3 gilt auch für Personen, die Mitglieder eines anderen berufsständischen Versorgungswerkes sind, mit dem die Nordrheinische Ärzteversorgung eine entsprechende Vereinbarung getroffen hat.
- (2) Zum Ausgleich der Beschränkung des Risikoschutzes auf die Altersrente erhält der Ausgleichsberechtigte einen versicherungsmathematischen Ausgleichszuschlag in Höhe von 11,3 %, bezogen auf die Altersrente, die sich ohne Einschränkung des Risikoschutzes ergeben hätte. Soweit der ausgleichsberechtigte Ehepartner bei Rechtskraft der Versorgungsausgleichsentscheidung eine Altersrente vom Versorgungswerk bezieht oder eine Regelaltersrente nach § 9 (1) der Satzung in direkter oder entsprechender Anwendung beziehen könnte, reduziert sich dieser versicherungsmathematische Ausgleichszuschlag auf 2 %.
- (3) Der Ausgleichsberechtigte erwirbt den Anspruch auf Auszahlung der Regelaltersrente mit Beginn des Monats, der auf den Monat folgt, in dem er die Regelaltersgrenze gemäß § 9 (1) der Satzung der Nordrheinischen Ärzteversorgung erreicht. Unter Inkaufnahme von versicherungsmathematischen Abschlägen kann der Ausgleichsberechtigte die Altersrente auch vor Erreichen der Regelaltersgrenze in Anspruch nehmen. Der frühestmögliche Zeitpunkt der Inanspruchnahme sowie die Höhe der Rentenabschläge richten sich nach § 9 (7) der Satzung in direkter oder entsprechender Anwendung. Der Zahlungsanspruch endet mit Ende des Monats, in dem der Anspruchsberechtigte verstirbt. Die Altersrente wird in monatlichen Beträgen, die den 12. Teil der Jahresrente darstellen, gezahlt. Besteht für den Anspruchsberechtigten ein eigenes Anrecht aufgrund einer Mitgliedschaft im Sinne des § 6 (1) der Satzung, teilt das durch den Versorgungsausgleich erworbene Anrecht hinsichtlich des Zeitpunkts der Inanspruchnahme und der sich ggf. daraus ergebenden Zu- bzw. Abschläge das Schicksal des eigenen Anrechts. Sofern ein ausgleichsberechtigtes Mitglied bei Eintritt der Rechtskraft der Entscheidung über den Versorgungsausgleich bereits eine vorgezogene Altersrente vom Versorgungswerk bezieht,

reduziert sich das begründete Anrecht um den versicherungsmathematischen Rentenabschlag, der nach § 9 (7) der Satzung zum Beginn der vorgezogenen Altersrente festgesetzt wurde. Die Regelung des Satzes 6 gilt nicht für Mitglieder, die eine Berufsunfähigkeitsrente von der Nordrheinischen Ärzteversorgung beziehen.

- (4) Das ausgleichsverpflichtete Mitglied hat das Recht, die Minderung seiner Rentenanwartschaften durch zusätzliche Leistung von Versorgungsabgaben auszugleichen, sofern und solange kein Rentenanspruch nach der Satzung besteht. Die Umwandlung der zusätzlichen Versorgungsabgaben in Steigerungszahlen erfolgt entsprechend § 9 (3) der Satzung, wobei die jeweils zum Zeitpunkt des Zahlungseinganges geltende, gemäß § 26 der Satzung der Nordrheinischen Ärzteversorgung zu berechnende, durchschnittliche Versorgungsabgabe zugrunde zu legen ist.
- (5) Bei allen Scheidungsverfahren mit einem Ehezeitende gemäß § 3 Abs. 1 Versorgungsausgleichsgesetz vor dem 01.01.2014 erhöht sich zum Ausgleich der durch die interne Teilung entstehenden Kosten die insgesamt zu Lasten des Ausgleichspflichtigen auszugleichende Steigerungszahl um 0,5 % und reduziert sich die Steigerungszahl des für den Ausgleichsberechtigten insgesamt begründeten Anrechts um 0,5 %.
- (6) Der Verwaltungsausschuss wird ermächtigt, Richtlinien zur Durchführung des Versorgungsausgleichs zu erlassen.
- (7) Für Scheidungsverfahren, die vor dem 01.09.2009 abgeschlossen oder rechts-hängig geworden sind, verbleibt es bei den bis zum 31.08.2009 geltenden Satzungsregelungen und Richtlinien.

III Versorgungsabgaben für die Versorgungseinrichtung

§ 20

Allgemeine Versorgungsabgabe

- (1) Der allgemeine Versorgungsabgabesatz beträgt 14 v.H. der nach Abs. 3 maßgebenden Bezüge des Mitgliedes, soweit diese 14 v.H. die Höchstgrenze der Versorgungsabgabe nach Abs. 2 nicht überschreiten.
- (2) Die Höchstgrenze für die Versorgungsabgabe für Jahresbezüge ist das 1,7-fache der

durchschnittlichen Versorgungsabgabe (§ 26), jedoch nicht höher als das 12-fache der Beiträge, die höchstens nach § 161 Abs. 1 und 2 SGB VI entrichtet werden können, mindestens jedoch das 12-fache des höchsten Beitrages nach § 157 SGB VI. Die Höchstgrenze für Monatsbezüge ist 1/12 des sich aus Satz 1 ergebenden Betrages. Die Versorgungseinrichtung der Ärztekammer Nordrhein gibt alljährlich die Höchstgrenze der Versorgungsabgabe bekannt.

- (3) Für die Berechnung der Versorgungsabgabe nach den Absätzen 1 und 2 sind die Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit maßgebend.
- (4) Die Mitglieder, für die unbeschadet der Bestimmungen der §§ 21, 22 und 23 die allgemeine Versorgungsabgabe maßgebend ist, haben jährlich den Einkommensteuerbescheid des vorletzten Geschäftsjahres vorzulegen. Bei Nichtvorlage dieses Bescheides ist für sie das 1,3-fache der durchschnittlichen Versorgungsabgabe maßgebend. Die Vorlage des Einkommensteuerbescheides kann durch Bescheinigung über die Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit durch das Finanzamt oder durch einen Bevollmächtigten (Steuerberater/Steuerberaterin) ersetzt werden, der das Mitglied nach den Steuergesetzen vertreten kann.
- (5) Die Versorgungsabgabe ist ab Beginn der Mitgliedschaft bis zum Eintritt des Versorgungsfalles zu entrichten. Nach Wegfall des Versorgungsfalles ist wieder Versorgungsabgabe zu leisten, soweit die Mitgliedschaft zur Versorgungseinrichtung zu diesem Zeitpunkt noch besteht.
- (6) Ärzte/Ärztinnen, die sich erstmalig im Bereich der Ärztekammer Nordrhein niederlassen, zahlen bis zum Ende des auf diese Niederlassung folgenden Jahres auf Antrag einen Beitrag in Höhe von 3/10 der durchschnittlichen Versorgungsabgabe.

§ 21

Besondere Versorgungsabgabe für angestellte Ärzte/Ärztinnen, Zeiten der Arbeitslosigkeit, Ableistung einer gesetzlichen Wehr- oder Zivildienstpflicht

- (1) In Abweichung von den Vorschriften des § 20 gelten für Mitglieder, die angestellte Ärzte/Ärztinnen sind, für die aus der Angestelltentätigkeit zu entrichtenden Versorgungsabgaben die jeweils gültigen Beiträge zur Angestelltenversicherung gemäß §§ 157 und 159 SGB VI.
- (2) Beamte auf Widerruf leisten Versorgungsabgabe in Höhe von mindestens 3/10 des für sie maßgeblichen Pflichtversicherungsbeitrages, den sie zu entrichten hätten, wenn sie angestelltenversicherungspflichtig wären.

- (3) Mitglieder, die Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe, Unterhaltsgeld oder vergleichbare Leistungen beziehen, leisten Versorgungsabgaben in Höhe der von der Bundesagentur für Arbeit oder einer sonstigen zuständigen Stelle zu gewährenden Beiträge.
- (4) Mitglieder leisten während des Wehr- oder Zivildienstes Versorgungsabgaben in Höhe des jeweils höchsten Pflichtbeitrages zur Angestelltenversicherung gemäß §§ 157 und 159 SGB VI, höchstens jedoch in Höhe der von dritter Stelle zu gewährenden Beiträge.

§ 22

Besondere Versorgungsabgabe für Ärzte/Ärztinnen mit Kassenzulassung

Mitglieder, die zur kassenärztlichen Tätigkeit zugelassen oder die als Ersatzkassen-Vertragsärzte/-ärztinnen tätig sind, können auf Antrag in Abweichung von § 20 Abs. 1 7 v.H. ihrer kassenärztlichen oder vertragsärztlichen Umsätze als Versorgungsabgabe leisten mit der Maßgabe, dass sie mindestens Versorgungsabgabe in Höhe von 3/10 der durchschnittlichen Versorgungsabgabe leisten. Eine Änderung ist jeweils ohne Rückwirkung und nur innerhalb des laufenden Geschäftsjahres zulässig.

§ 23

Besondere Versorgungsabgabe für freiwillige Mitglieder

- (1) Freiwillige Mitglieder können Versorgungsabgaben bis zur Höhe des 1,7-fachen der durchschnittlichen Versorgungsabgabe unter Berücksichtigung der Höchstabgabe gemäß § 20 Abs. 2 leisten, mindestens jedoch 3/10 dieser durchschnittlichen Versorgungsabgabe.
- (2) Angestellte Ärzte/Ärztinnen, die nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI befreit sind und die Mitgliedschaft in der Nordrheinischen Ärzteversorgung freiwillig fortsetzen, leisten Versorgungsabgaben nach § 21 Abs. 1, sofern sie bei Nichtvorliegen der Befreiung nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI angestelltenversicherungspflichtig wären.
- (3) Mitglieder außerhalb des Bereiches der Ärztekammer Nordrhein leisten Versorgungsabgaben entsprechend den Bestimmungen der §§ 20, 21, 22 und 34 Abs. 1 der Satzung. Soweit sie Befreiungstatbestände im Sinne des § 6 Abs. 3 und 5 nachweisen, gilt Abs. 1.

§ 24

Zusätzliche Versorgungsabgabe

- (1) Neben Versorgungsabgaben, die aufgrund der Abgabepflicht entrichtet werden, kann das Mitglied zusätzliche Abgaben entrichten.
- (2) Zusätzliche Abgaben dürfen zusammen mit der Pflichtabgabe keine höheren Beträge als die Höchstabgabe gemäß § 20 Abs. 2 ergeben.

§ 25

Stundung

Bei Vorliegen eines besonderen durch das Mitglied unverschuldeten Notstandes können Versorgungsabgaben auf Antrag des Mitgliedes für einen Zeitraum bis zu zwölf Monaten ganz oder teilweise gestundet werden. Über derartige Anträge entscheidet der Verwaltungsausschuss. Die Stundung von Versorgungsabgaben, deren Beitreibung bereits Gegenstand eines vollstreckungsrechtlichen Einziehungsersuchens unter Einschaltung einer externen Vollstreckungsbehörde ist, ist ausgeschlossen.

§ 26

Berechnung der jährlichen durchschnittlichen Versorgungsabgabe

- (1) Die als Bemessungsgrundlage dienende durchschnittliche Versorgungsabgabe errechnet sich aus dem im jeweiligen Geschäftsjahr in der Angestelltenversicherung geltenden Jahresbetrag der Beitragsbemessungsgrenze gemäß § 159 SGB VI multipliziert mit dem Faktor 0,1892. Die durchschnittliche Versorgungsabgabe wird auf den nächsten durch zwölf teilbaren Betrag aufgerundet.
- (2) Für die Errechnung der Jahresrente gemäß §§ 9 und 10 wird die durchschnittliche Versorgungsabgabe des jeweiligen Geschäftsjahres zugrunde gelegt.
- (3) Das Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr.

§ 27

Versorgungsabgabeverfahren

- (1) Die Versorgungsabgaben der Mitglieder sind in monatlichen Beiträgen spätestens zum Letzten eines jeden Monats von dem Mitglied zu entrichten. Die Versorgungsabgaben derjenigen Mitglieder, für die der besondere Versorgungsabgabesatz gemäß §§ 21, 23 und 34 (1) maßgeblich ist, können auch zum gleichen Termin für das Mitglied vom Arbeitgeber entrichtet werden. Die Versorgungsabgaben derjenigen Mitglieder, für die der besondere Versorgungsabgabesatz gemäß § 22 maßgeblich ist, können auch zum gleichen Termin für das Mitglied von der Kassenärztlichen Vereinigung entrichtet werden. Das Bestimmungsrecht des Schuldners nach § 366 Abs. 1 BGB entfällt.
- (2) Erfolgt die Zahlung von Versorgungsabgaben an die Versorgungseinrichtung durch den Bund oder eine sonstige durch Gesetz verpflichtete Stelle, insbesondere die Bundesanstalt für Arbeit, wird das Mitglied insoweit von der Zahlungsverpflichtung freigestellt.

§ 28

Unterbliebene Versorgungsabgaben dürfen nur innerhalb des gleichen Geschäftsjahres nachgeholt werden, es sei denn, dass der Arbeitgeber oder die Kassenärztliche Vereinigung die Versorgungsabgaben schuldhaft nicht abgeführt haben. Rückstände an Versorgungsabgaben werden hiervon nicht berührt. Die Umwandlung von unterbliebenen Versorgungsabgaben und von Beitragsrückständen - unabhängig ob schuldhaft oder nicht schuldhaft nicht rechtzeitig abgeführt - in Steigerungszahlen erfolgt entsprechend § 9 (3) der Satzung, wobei die jeweils zum Zeitpunkt des Zahlungseinganges geltende, gemäß § 26 der Satzung zu berechnende, durchschnittliche Versorgungsabgabe zugrunde zu legen ist. Nach Eintritt des Versorgungsfalles können Versorgungsabgaben nur dann geleistet werden, wenn der Arbeitgeber oder die Kassenärztliche Vereinigung die Versorgungsabgaben schuldhaft nicht abgeführt haben.

§ 29

- (1) Erfüllungsort für die Versorgungsabgabe ist der Sitz der Versorgungseinrichtung in Düsseldorf.
- (2) Für die An-, Um- und Abmeldung gelten die allgemeinen Vorschriften der Ärztekammer Nordrhein.

§ 30

Säumniszuschlag

Von 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 Prozent der rückständigen Versorgungsabgabe erhoben werden. Außer dem Säumniszuschlag sind die durch die Einziehung der Versorgungsabgabe entstandenen Kosten durch das Mitglied zu tragen. Säumniszuschlag, Zinsen und Kosten werden entsprechend § 367 Abs. 1 BGB getilgt.

§ 31

- (1) Den Mitgliedern und freiwilligen Mitgliedern ist von der Versorgungseinrichtung in Abständen von fünf Jahren, gerechnet vom 1. Januar 1959 ab, eine Mitteilung über die während dieses Zeitabschnittes geleisteten Versorgungsabgaben und die daraus entstandene Summe der Steigerungszahlen kostenfrei zu geben.
- (2) Auf schriftlichen Antrag des Mitgliedes oder des freiwilligen Mitgliedes hat die Versorgungseinrichtung jederzeit eine Bescheinigung über die geleisteten Versorgungsabgaben und die daraus entstandenen Steigerungszahlen auf Kosten des Antragstellers/der Antragstellerin zu erteilen. Die Kostenhöhe wird vom Verwaltungsausschuss festgesetzt.

§ 32

Versorgungsabgaben sind bargeldlos per Überweisung oder durch Lastschriftverfahren zu entrichten. Die Versorgungsabgabe gilt erst als geleistet, wenn sie auf einem Bank-, Sparkassen- oder Postbankkonto der Versorgungseinrichtung eingegangen ist.

IV Zweck und Verwendung der Mittel

§ 33

- (1) Die Mittel der Versorgungseinrichtung dürfen nur zur Bestreitung der satzungsgemäßen Leistungen, der notwendigen Verwaltungskosten und sonstigen zur Erreichung des Versorgungseinrichtungszwecks erforderlichen Ausgaben sowie zur Bildung der erforderlichen Rückstellungen und Rücklagen verwendet werden.

- (2) Das Vermögen der Versorgungseinrichtung ist, soweit es nicht zur Bestreitung der laufenden Ausgaben bereitzuhalten ist, entsprechend den Bestimmungen des Gesetzes über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen und der Versorgungswerke der Freien Berufe im Land Nordrhein-Westfalen und der dazu erlassenen Verordnung über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen und der Versorgungswerke der Freien Berufe in Nordrhein-Westfalen sowie den hierzu erlassenen Richtlinien der Aufsichtsbehörde anzulegen. Die Versorgungseinrichtung hat über ihre gesamten Vermögensanlagen, aufgegliedert in Neuanlagen und Bestände, in den von den Aufsichtsbehörden festzulegenden Formen und Fristen zu berichten.
- (3) a) Die Versorgungseinrichtung hat nach Ablauf des Geschäftsjahres einen Jahresabschluss nebst Lagebericht aufzustellen. Die in den Jahresabschluss einzustellende Deckungsrückstellung ist durch einen versicherungsmathematischen Sachverständigen im Rahmen eines Gutachtens zu errechnen.
- b) Zur Deckung von Fehlbeträgen ist eine Verlustrücklage zu bilden. Ergibt sich nach der versicherungsmathematischen Bilanz ein Überschuss, so ist dieser ganz oder teilweise - mindestens 5 v.H. davon - der Verlustrücklage zuzuweisen, bis diese 7 v.H. der Deckungsrückstellung erreicht oder nach Inanspruchnahme wieder erreicht hat.
- c) Über die in lit. b) geregelte pflichtgemäße Zuweisung zur Verlustrücklage hinaus, kann der Verwaltungsausschuss durch Beschluss weitere Überschüsse einer Risikoreserve zuweisen, bis Verlustrücklage und Risikoreserve zusammen 12 v.H. der Deckungsrückstellung erreicht haben. Die Risikoreserve darf insbesondere zur Auffüllung der Deckungsrückstellung wegen erwarteter Änderungen der Rechnungsgrundlagen oder zum Ausgleich von Zinsschwankungen in Anspruch genommen werden. Eine Inanspruchnahme der Risikoreserve ist auch dann zulässig, wenn sowohl die Risikolage als auch die geltenden Solvabilitätsvorschriften dies erlauben.
- d) Der verbleibende Überschuss ist der Rückstellung für Leistungsverbesserungen zuzuweisen, der Beträge ausschließlich zur Verbesserung der Versorgungsleistungen oder zur Deckung von Verlusten entnommen werden dürfen.
- e) Ein sich ergebender Fehlbetrag ist zunächst aus der Risikoreserve, sodann aus der Rückstellung für Leistungsverbesserung und - soweit diese nicht ausreichen - aus der Verlustrücklage zu decken.
- (4) Eine Veränderung der Versorgungsrechte und/oder der Versorgungsleistungen ist durchzuführen, wenn die versicherungstechnische Bilanz derartige Maßnahmen in nennenswertem Umfang zulässt bzw. erfordert. Derartige Veränderungen werden von der Kammerversammlung beschlossen und bedürfen der Genehmigung der Aufsichtsbehörden.
- (5) Die Jahresabschlussprüfung muss spätestens 6 Monate nach Beendigung des Geschäftsjahres durch den öffentlich bestellten Wirtschaftsprüfer beendet sein.

V Schlussbestimmungen

§ 34

- (1) Angestellte Ärzte/Ärztinnen, die keinen Befreiungsantrag von der Angestelltenversicherung gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI gestellt haben, leisten eine Versorgungsabgabe in Höhe von 3/10 des für sie maßgebenden Pflichtversicherungsbeitrages gemäß §§ 157 und 159 SGB VI.
- (2) Mitglieder ärztlicher Versicherungs- und Versorgungseinrichtungen außerhalb des Kammerbereiches, die durch Verlegung der ärztlichen Tätigkeit die Mitgliedschaft nach § 6 im Versorgungswerk erwerben, können auf ihren Antrag ihre an die bisherige Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung geleisteten Beiträge gemäß des in Anlage 1 der Satzung enthaltenen Überleitungsabkommens an die Nordrheinische Ärzteversorgung überleiten lassen. Voraussetzung hierfür ist, dass die Nordrheinische Ärzteversorgung einen Überleitungsvertrag gemäß Anlage 1 der Satzung mit der bisher zuständigen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung geschlossen hat. Derartige Verträge können vom Verwaltungsausschuss mit Billigung des Aufsichtsausschusses abgeschlossen werden.

§ 34 a

Nachversicherung

- (1) Wird ein Antrag auf Nachversicherung gemäß § 186 SGB VI bei der Versorgungseinrichtung gestellt, so führt sie die Nachversicherung nach den Bestimmungen der Absätze 2 bis 4 durch.
- (2) Bei der Versorgungseinrichtung können Ärzte/Ärztinnen nachversichert werden, die
 - a) unmittelbar vor Beginn der Nachversicherungszeit Mitglied der Versorgungseinrichtung waren, oder
 - b) im Laufe der Nachversicherungszeit die Voraussetzungen für die Mitgliedschaft erfüllt hätten, wenn sie nicht gemäß § 6 Abs. 3 der Satzung von der Mitgliedschaft ausgenommen gewesen oder gemäß § 6 Abs. 5 Buchstabe e der Satzung befreit gewesen wären, oder
 - c) unmittelbar im Anschluss an die Nachversicherungszeit die Voraussetzungen für die Mitgliedschaft kraft der Satzung bei der Versorgungseinrichtung erfüllen.

- (3) Die Versorgungseinrichtung ist verpflichtet, die Nachversicherungsbeiträge entgegenzunehmen. Diese sind so zu behandeln, als ob sie als Versorgungsabgaben gemäß § 21 Abs. 1 der Satzung rechtzeitig in der Zeit entrichtet worden wären, für die die Nachversicherung durchgeführt wurde. Die während der Nachversicherungszeit tatsächlich entrichteten Beiträge gelten als zusätzliche Versorgungsabgaben im Sinne des § 24.
- (4) Der/Die Nachversicherte gilt rückwirkend für die Dauer der Nachversicherung als Mitglied der Versorgungseinrichtung. Der Eintritt des Versorgungsfalles steht der Nachversicherung nicht entgegen.

§ 35

aufgehoben

§ 36

Rentenansprüche und Ansprüche auf Einkommensersatzleistungen können nicht abtreten und nicht übertragen werden.

§ 37

- (1) Wer sich vorsätzlich berufsunfähig macht, hat keinen Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente und auf Maßnahmen zur Wiederherstellung der Berufsfähigkeit. Hinterbliebene haben keinen Anspruch auf die Rente, wenn sie den Tod des Mitgliedes der Versorgungseinrichtung vorsätzlich herbeigeführt haben.
- (2) Über Fälle nach Abs. 1 entscheidet der Verwaltungsausschuss.

§ 38

- (1) Der Versorgungseinrichtung obliegt die allgemeine Aufklärung der Mitglieder der Versorgungseinrichtung und der Rentner/Rentnerinnen dieser Einrichtung über ihre Rechte und Pflichten.
- (2) Sowohl Leistungsanwärter als auch Leistungsbezieher sind zur Mitwirkung verpflichtet. Insbesondere sind die zur Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen zur Gewährung von Leistungen zu erbringenden Nachweise auf Verlangen der Verwaltung vorzulegen.

VI Übergangsbestimmungen

§ 39

aufgehoben

§ 40

Einmalige Kapitaleinzahlung

- (1) Mitglieder der Versorgungseinrichtung können binnen eines Zeitraumes von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Versorgungseinrichtung sich zu einer Kapitaleinzahlung bis zu € 5.112,92 schriftlich verpflichten und durch diese Einzahlung zusätzliche Steigerungszahlen nach versicherungsmathematischen Errechnungen erwerben. Die Einzahlung kann in drei gleichen Jahresraten erfolgen.
- (2) Kapitaleinzahlungen, die aus Auszahlungen aus der Angestelltenversicherung oder aus entsprechenden Arbeitgeberzahlungen stammen, können innerhalb von sechs Monaten nach der Auszahlung vorgenommen werden. Sie erwerben Steigerungszahlen gemäß Abs. 1. Diese Einzahlungen dürfen bezogen auf das Jahr, für welches sie ursprünglich geleistet wurden, nicht höher sein als das 12-fache der Beiträge, die höchstens nach § 161 Abs. 1 und 2 SGB VI entrichtet werden können.
- (3) Diese einmalige Kapitaleinzahlung nach Abs. 1 und 2 wirkt nicht auf die Berechnung der Steigerungszahlen, die dem Mitglied für die Berufsunfähigkeitsrente gemäß § 10 Abs. 5 zugerechnet werden.

§ 41

Durchschnittliche Versorgungsabgabe für die ersten sechs Jahre

In Abweichung von den Festlegungen in § 26 der Satzung wird die jährliche, durchschnittliche Versorgungsabgabe für die ersten sechs Jahre nach Inkrafttreten der Versorgungseinrichtung nicht errechnet, sondern auf € 818,07 festgesetzt.

§ 42

- (1) Mitglieder der Versorgungseinrichtung, die bei Inkrafttreten der Versorgungseinrichtung das 63. Lebensjahr bereits vollendet haben, müssen mindestens fünf Jahre lang Mitglied der Versorgungseinrichtung sein, ehe sie Anspruch auf Altersrente geltend machen können (individuelles Endalter). Für die Berechnung der Renten gemäß §§ 10 bis 15 gilt das individuelle Endalter.
- (2) In Abänderung der Bestimmung des § 6 (3) b) und c) können Angehörige der Ärztekammer Nordrhein, die als Beamte/Beamtinnen oder Festangestellte Anspruch auf Ruhegehalt und Hinterbliebenenversorgung nach beamtenrechtlichen Bestimmungen haben, innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Versorgungseinrichtung auf Antrag freiwillig beitreten. Sie leisten Versorgungsabgabe gemäß § 23.
- (3) Die vor dem 1. Januar 1967 fällig gewordenen Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenenrenten werden zu diesem Termin nach der dann gültigen Berechnungsart (§ 10 Abs. 5) umgestellt, es sei denn, dass sich bei der Neuberechnung ein niedrigerer Rentenbetrag als bisher ergeben würde.
- (4) Ist ein Mitglied vor dem 1. Januar 1974 verstorben, so besteht Anspruch auf Hinterbliebenenrente nach § 12 Abs. 2 nur dann, wenn noch keine Hinterbliebenenrente nach § 12 Abs. 1 gewährt worden ist.

- (5) Angehörige der Ärztekammer Nordrhein, die bis zum 29. September 1979 wegen Nichtausübung des ärztlichen Berufes von der Mitgliedschaft ausgenommen waren, bleiben dies auch weiterhin.
- (6) In Abweichung der Bestimmungen des § 10 Abs. 5 gilt bei Beginn des Anspruchs gemäß § 10 Abs. 3

- im Geschäftsjahr 1985 das 64. Lebensjahr,
- im Geschäftsjahr 1986 das 63. Lebensjahr,
- im Geschäftsjahr 1987 das 62. Lebensjahr,
- im Geschäftsjahr 1988 das 61. Lebensjahr,

anstelle des 60. Lebensjahres.

- (7) Der für die Errechnung des Grundbetrages gemäß § 9 Abs. 4 Satz 1 und 2 maßgebliche Faktor beträgt:

- für die Geburtsjahrgänge bis 1944,	8
- für die Geburtsjahrgänge 1945 bis 1949,	7
- für die Geburtsjahrgänge 1950 bis 1951,	6
- für den Geburtsjahrgang 1952,	5
- für die Geburtsjahrgänge 1953 bis 1958,	5,5
- für die Geburtsjahrgänge 1959 bis 1981,	6
- für die Geburtsjahrgänge ab 1982,	5

- (8) In Abweichung zu §§ 10 Abs. 5, 9 Abs. 4 Satz 1 und 2, 42 Abs. 7 wird für Mitglieder, die am 31.12.2003 Mitglied der Versorgungseinrichtung waren, bei der Berechnung der Berufsunfähigkeitsrente bei Eintritt des Versorgungsfalles

- im Geschäftsjahr 2004, der 8,0-fache
- im Geschäftsjahr 2005, der 7,5-fache
- im Geschäftsjahr 2006, der 7,0-fache
- im Geschäftsjahr 2007, der 6,5-fache
- im Geschäftsjahr 2008, der 6,0-fache
- im Geschäftsjahr 2009, der 5,5-fache
- ab Geschäftsjahr 2010, der 5,0-fache

Wert der vom Mitglied durchschnittlich erworbenen Steigerungszahl in Ansatz gebracht. Der Versorgungsfall tritt in dem Zeitpunkt ein, in dem alle Leistungsvoraussetzungen vorliegen.

(9) In Abweichung zu § 9 Abs. 1 Satz 1 beträgt die Regelaltersgrenze für:

- die Geburtsjahrgänge 1947 und davor, 65 Jahre und 0 Monate
- den Geburtsjahrgang 1948, 65 Jahre und 1 Monat
- den Geburtsjahrgang 1949, 65 Jahre und 2 Monate
- den Geburtsjahrgang 1950, 65 Jahre und 3 Monate
- den Geburtsjahrgang 1951, 65 Jahre und 4 Monate
- den Geburtsjahrgang 1952, 65 Jahre und 5 Monate
- den Geburtsjahrgang 1953, 65 Jahre und 6 Monate
- den Geburtsjahrgang 1954, 65 Jahre und 7 Monate
- den Geburtsjahrgang 1955, 65 Jahre und 8 Monate
- den Geburtsjahrgang 1956, 65 Jahre und 9 Monate
- den Geburtsjahrgang 1957, 65 Jahre und 10 Monate
- den Geburtsjahrgang 1958, 65 Jahre und 11 Monate
- den Geburtsjahrgang 1959, 66 Jahre und 0 Monate
- den Geburtsjahrgang 1960, 66 Jahre und 1 Monat
- den Geburtsjahrgang 1961, 66 Jahre und 2 Monate
- den Geburtsjahrgang 1962, 66 Jahre und 3 Monate
- den Geburtsjahrgang 1963, 66 Jahre und 4 Monate
- den Geburtsjahrgang 1964, 66 Jahre und 5 Monate
- den Geburtsjahrgang 1965, 66 Jahre und 6 Monate
- den Geburtsjahrgang 1966, 66 Jahre und 7 Monate
- den Geburtsjahrgang 1967, 66 Jahre und 8 Monate
- den Geburtsjahrgang 1968, 66 Jahre und 9 Monate
- den Geburtsjahrgang 1969, 66 Jahre und 10 Monate
- den Geburtsjahrgang 1970, 66 Jahre und 11 Monate

§ 43

Angehörige der Ärztekammer Nordrhein, die bei Beginn der Mitgliedschaft bereits berufsunfähig sind, sind nicht Mitglieder der Versorgungseinrichtung.

VII Inkrafttreten der Satzung

§ 44

Diese Satzung tritt am Tag nach der Veröffentlichung in Kraft.

Gleichzeitig tritt die Satzung der Nordrheinischen Ärzteversorgung vom 16. Dezember 1958, zuletzt geändert am 31. Oktober 1992, außer Kraft.

Anlage 1 zur Satzung der Nordrheinischen Ärzteversorgung.

Überleitungsabkommen

Die Nordrheinische Ärzteversorgung, Einrichtung der Ärztekammer Nordrhein, Körperschaft des öffentlichen Rechts,
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

und

die ... (annehmende Versorgungseinrichtung)

schließen nachfolgendes Überleitungsabkommen:

§ 1

- (1) Für Mitglieder, die aufgrund einer durch Gesetz angeordneten oder auf Gesetz beruhenden Verpflichtung Mitglieder einer der oben genannten öffentlich-rechtlichen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtungen waren und dort ausgeschieden sind (abgebende Versorgungseinrichtung), weil sie durch Aufnahme einer Tätigkeit, die aufgrund einer durch Gesetz angeordneten oder auf Gesetz beruhenden Verpflichtung zur Mitgliedschaft in der anderen Versorgungseinrichtung führt, dort (aufnehmende Versorgungseinrichtung) Mitglied geworden sind, werden auf der Grundlage dieses Überleitungsabkommens die vom Mitglied oder für das Mitglied bisher an die abgebende Versorgungseinrichtung entrichteten Geldleistungen zur aufnehmenden Versorgungseinrichtung übergeleitet. Mit der Überleitung erlöschen die Rechte und Pflichten des Mitgliedes gegenüber der abgebenden Versorgungseinrichtung. Die Verpflichtung des Mitgliedes zur Zahlung rückständiger Beiträge an die abgebende Versorgungseinrichtung bleibt davon unberührt.
- (2) Zu den Geldleistungen, die für das Mitglied geleistet worden sind, gehören insbesondere
 1. für das Mitglied geleistete Nachversicherungsbeiträge einschließlich der Dynamisierungszuschläge gemäß § 181 Absatz 4 SGB VI,
 2. Beiträge einer gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung,

3. von der Bundesagentur für Arbeit geleistete Beiträge,
 4. Beiträge für Wehr- und Zivildienstleistung sowie Wehr- und Eignungsübungen und
 5. vom Bundesversicherungsamt für den Mutterschaftsurlaub geleistete Beiträge.
- (3) Von der Überleitung ausgenommen sind die
1. Zinsen, die der abgebenden Versorgungseinrichtung aus den Geldleistungen gemäß Absatz 1 erwachsen sind.
 2. Beiträge, die den Anwartschaften oder Renten zugrunde liegen, die im Zuge einer Versorgungsausgleichsentscheidung zulasten der Anwartschaften des die Überleitung beantragenden Mitgliedes begründet worden sind. Sie werden auf Antrag des ausgleichspflichtigen Mitgliedes unter Beachtung der Regelungen des § 37 VersAusglG zugunsten des ausgleichspflichtigen Mitgliedes an das Versorgungswerk, bei dem das ausgleichspflichtige Mitglied im Zeitpunkt des Eintritts der Voraussetzungen des § 37 VersAusglG Mitglied ist, übergeleitet, sobald die Voraussetzungen des § 37 VersAusglG eingetreten sind. Der Antrag ist bei dem Versorgungswerk zu stellen, bei dem der Ausgleichspflichtige im Zeitpunkt des Eintritts der Voraussetzungen des § 37 VersAusglG Mitglied ist. Dieses ist für die Feststellung der Ansprüche aus § 37 VersAusglG zuständig.
 3. Säumniszuschläge, Stundungszinsen oder Kosten, die zulasten des Mitgliedes vom abgebenden Versorgungswerk erhoben worden sind.

§ 2

- (1) Die 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 Gewährung einer Berufsunfähigkeitsrente gestellt hat.

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

(2) Die Überleitung ist nicht dadurch ausgeschlossen, dass

1. während der Zeit der Mitgliedschaft bei der abgebenden Versorgungseinrichtung als Folge eines bereits rechtskräftig abgeschlossenen Scheidungsverfahrens

a) zu Lasten der Anwartschaften des die Überleitung beantragenden Mitgliedes bei der abgebenden Versorgungseinrichtung Anwartschaften zu Gunsten eines oder einer Ausgleichsberechtigten bei der abgebenden oder einer anderen Versorgungseinrichtung oder einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung begründet worden sind.

b) zu Gunsten des Mitgliedes Anwartschaften bei der abgebenden Versorgungseinrichtung begründet worden sind.

2. in dem Zeitpunkt, in dem die Mitgliedschaft des die Überleitung beantragenden Mitgliedes in der abgebenden Versorgungseinrichtung endet, ein Ehescheidungsverfahren anhängig, aber noch nicht rechtskräftig abgeschlossen ist.

§ 3

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

§ 4

(1) Die abgebende Versorgungseinrichtung erteilt dem Mitglied und der aufnehmenden Versorgungseinrichtung mittels eines mit einer Rechtsbehelfsbelehrung versehenen Verwaltungsaktes eine Überleitungsabrechnung. Diese soll unter Hinweis auf Beginn und Ende der Mitgliedschaft einen detaillierten Versicherungslauf enthalten, aus dem sich ergeben sollen:

1. die jährlich gezahlten Beiträge, die nach ihrer Art näher zu bezeichnen sind,
2. Zeiten, in denen eine die Pflichtmitgliedschaft begründende Tätigkeit nicht ausgeübt worden ist, wie z. B. Zeiten des Bezuges einer Berufsunfähigkeitsrente oder Inanspruchnahme von Kinderbetreuungszeiten;
3. die im Zuge einer Nachversicherung geleisteten Dynamisierungszuschläge gemäß § 181 Absatz 4 SGB VI.

Sofern das Mitglied, zu dessen Gunsten die Überleitung erfolgt, von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung zugunsten seines berufsständischen Versorgungswerkes befreit war, stellt das abgebende Versorgungswerk mit der Überleitungsabrechnung dem aufnehmenden Versorgungswerk eine Ablichtung des Befreiungsbescheides zur Verfügung. Ferner teilt die abgebende Versorgungseinrichtung der aufnehmenden Versorgungseinrichtung mit, ob zugunsten oder zulasten des die Überleitung beantragenden Mitgliedes ein Versorgungsausgleichsverfahren anhängig bzw. rechtskräftig abgeschlossen ist. Sofern bezüglich eines Versorgungsausgleichsverfahrens bereits eine familiengerichtliche Entscheidung vorliegt, stellt die abgebende Versorgungseinrichtung der aufnehmenden Versorgungseinrichtung zusammen mit der Überleitungsabrechnung Ablichtungen dieser Entscheidung zur Verfügung.

(2) Die jährlich gezahlten Beiträge i. S. v. § 4 Absatz 1 Nummer 1 sind in Abhängigkeit vom Zeitpunkt ihrer Zahlung nach Maßgabe folgender Tabelle zu erhöhen:

Beitragszahlung im	Erhöhungsfaktor
Jahr der Überleitungsabrechnung	1,0000
1. Kalenderjahr vor Überleitung	1,0200
2. Kalenderjahr vor Überleitung	1,0404
3. Kalenderjahr vor Überleitung	1,0612
4. Kalenderjahr vor Überleitung	1,0824
5. Kalenderjahr vor Überleitung	1,1041
6. Kalenderjahr vor Überleitung	1,1262

7. Kalenderjahr vor Überleitung	1,1487
8. Kalenderjahr vor Überleitung	1,1717
9. Kalenderjahr vor Überleitung	1,1951
10. Kalenderjahr vor Überleitung	1,2190
11. Kalenderjahr vor Überleitung	1,2434
12. Kalenderjahr vor Überleitung	1,2682
13. Kalenderjahr vor Überleitung	1,2936
14. Kalenderjahr vor Überleitung	1,3195
15. Kalenderjahr vor Überleitung	1,3459

Bei Übermittlung der in Absatz 1 genannten Unterlagen teilt die abgebende Versorgungseinrichtung der aufnehmenden Versorgungseinrichtung auch den Gesamtbetrag der Erhöhung mit.

- (3) Etwaige Beitragsrückstände werden von der abgebenden Versorgungseinrichtung begetrieben und unverzüglich nach Eingang an die aufnehmende Versorgungseinrichtung weitergeleitet, die - soweit dies erforderlich ist - bei der Beitreibung der Beitragsrückstände Amtshilfe leistet.
- (4) Der geldliche Ausgleich zwischen der abgebenden und der aufnehmenden Versorgungseinrichtung erfolgt unmittelbar mit der Erstellung der Überleitungsabrechnung.
- (5) Der Risikoübergang, d. h. das Risiko des Eintritts eines Versorgungsfalls, erfolgt mit dem Beginn des Tages der Gutschrift des Überleitungsbetrages bei der aufnehmenden Versorgungseinrichtung.
- (6) Sofern sich nach Antragstellung oder dem Risikoübergang gemäß Absatz 5 herausstellen sollte, dass das Mitglied in der aufnehmenden Versorgungseinrichtung nicht Mitglied geworden ist, ist die Überleitung entsprechend § 4 Absatz 1 rückabzuwickeln. § 1 Absatz 3 Ziffer 1 und 2 sowie § 5 gelten entsprechend.

§ 5

Die aufnehmende Versorgungseinrichtung stellt das Mitglied unter Berücksichtigung seines bei der abgebenden Versorgungseinrichtung zurückgelegten Versicherungsverlaufs so, als seien die übergeleiteten Beiträge zu den Zeiten, zu denen sie bei der abgebenden Versorgungseinrichtung geleistet worden sind, bei ihr geleistet worden.

§ 6

Überleitungen, die

1. von Mitgliedern beantragt werden, deren Mitgliedschaft in der aufnehmenden Versorgungseinrichtung innerhalb von sechs Monaten vor Inkrafttreten dieses Überleitungsabkommens begonnen hat und deren Antrag auf Überleitung noch nicht bestandskräftig beschieden worden ist,
2. innerhalb einer Frist von sechs Monaten nach Beendigung dieses Überleitungsabkommens beantragt werden,

werden entsprechend den vorstehenden Regelungen abgewickelt.

§ 7

Das Überleitungsabkommen kann von beiden Versorgungseinrichtungen mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines jeden Kalenderjahres durch eingeschriebenen Brief gekündigt werden.

§ 8

Das Überleitungsabkommen tritt am **1. Juli 2012** in Kraft. Gleichzeitig tritt das zwischen den Versorgungseinrichtungen bestehende Überleitungsabkommen außer Kraft.

NORDRHEINISCHE ÄRZTEVERSORGUNG

Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf • Postfach 10 39 53, 40030 Düsseldorf

Telefon: 0211 4302-0

Telefax: 0211 4302-1348

E-Mail: post@naev.de

Internet: www.naev.de