



6. Satzung über die Berliner Ärzteversorgung

vom 23. November 2005 (ABl. S. 4755)

I

Aufgaben der Versorgungseinrichtung und Kreis Ihrer Mitglieder

§ 1

Sitz, Aufgaben und Rechtsnatur

- (1) Die Versorgungseinrichtung ist eine Einrichtung der Ärztekammer Berlin. Sie trägt die Bezeichnung „Berliner Ärzteversorgung, Einrichtung der Ärztekammer Berlin, Körperschaft des öffentlichen Rechts“ und hat ihren Sitz in Berlin.
- (2) Die Versorgungseinrichtung wird gerichtlich und außergerichtlich durch zwei Vorstandsmitglieder der Ärztekammer, unter denen sich der Präsident oder der Vizepräsident der Kammer befinden muss (§ 11 Abs. 3 Satz 2 des Berliner Kammergesetzes), vertreten.
- (3) Die Versorgungseinrichtung hat die Aufgabe, für die Mitglieder der Versorgungseinrichtung und deren Hinterbliebene gemäß den Bestimmungen des § 4 b Abs. 2 bis 5 des Berliner Kammergesetzes Versorgung nach Maßgabe dieser Satzung zu gewähren, wobei die Mittel der Versorgungseinrichtung zweckgebunden und gesondert zu verwalten sind.
- (4) Bekanntmachungen der Versorgungseinrichtung erfolgen durch Veröffentlichung im Amtsblatt für Berlin.
- (5) Die Versorgungseinrichtung kann bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 15 Abs. 1 des Verwaltungszustellungsgesetzes eine öffentliche Zustellung durch öffentliche Bekanntmachung durchführen. Das zuzustellende Schriftstück ist in der Geschäftsstelle der Versorgungseinrichtung unter der Überschrift „Öffentliche Bekanntmachungen“ auszuhängen. Das Schriftstück gilt an dem Tage als zugestellt, an dem seit dem Tage des Aushängens zwei Wochen verstrichen sind.
- (6) Die Kammermitglieder und Leistungsempfänger sind verpflichtet, der Versorgungs-

einrichtung die aufgrund dieser Satzung erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

- (7) Die Versorgungseinrichtung ist berechtigt, einen Rückdeckungsvertrag abzuschließen.

§ 2

Verwaltungsorgane

Die Verwaltungsorgane der Versorgungseinrichtung sind:

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

Die Sitzungen von Aufsichts- und Verwaltungsausschuss sind nicht öffentlich. Zu deren Sitzungen sind der Kammerpräsident oder sein Stellvertreter einzuladen. Sachverständige Berater der Ausschüsse können zu den Sitzungen geladen werden, soweit deren Anwesenheit erforderlich ist.

§ 3

Delegiertenversammlung

- (1) Die Delegiertenversammlung hat folgende Aufgaben:

- a) die Beschlussfassung über Änderungen dieser Satzung mit 2/3 Mehrheit der gewählten Mitglieder der Delegiertenversammlung; sind weniger als 2/3, jedoch mindestens die Hälfte der gewählten Mitglieder der Delegiertenversammlung anwesend, so genügt für die Beschlussfassung eine Zustimmung von 9/10 der anwesenden Delegierten,
- b) die Wahl und Abberufung der Mitglieder des Aufsichtsausschusses und des Verwaltungsausschusses; bei Ausscheiden eines Ausschussmitgliedes wählt die Delegiertenversammlung in ihrer nächsten Sitzung den Nachfolger,



- c) die Festsetzung der Aufwandsentschädigung der ehrenamtlich tätigen Mitglieder des Aufsichts- bzw. Verwaltungsausschusses,
 - d) die Feststellung des Jahresabschlusses,
 - e) die Entlastung des Aufsichts- und Verwaltungsausschusses,
 - f) die Verwendung der Gewinnrückstellung gemäß § 34 Abs. 2 auf Vorschlag von Verwaltungs- und Aufsichtsausschuss,
 - g) die Auflösung der Versorgungseinrichtung mit 4/5 Mehrheit der Mitglieder der Delegiertenversammlung.
- (2) Beschlüsse der Delegiertenversammlung zu Absatz 1 Buchstaben a, f und g bedürfen der aufsichtsbehördlichen Genehmigung.

§ 4 Aufsichtsausschuss

- (1) Der Aufsichtsausschuss besteht aus sechs Mitgliedern der Ärztekammer Berlin, die zugleich Mitglied der Versorgungseinrichtung sein müssen.

Der Aufsichtsausschuss kann sich einen juristischen Berater bestellen, der die Befähigung zum Richteramt haben muss. Er kann im Einzelfall sonstige Sachverständige in Anspruch nehmen, soweit dies für die Erledigung der dem Ausschuss übertragenen Aufgaben erforderlich ist.

- (2) Die Wahl der ärztlichen Mitglieder des Aufsichtsausschusses erfolgt durch die Delegiertenversammlung für die Dauer der Wahlperiode der Delegiertenversammlung mit einfacher Stimmenmehrheit. Der Aufsichtsausschuss führt die Geschäfte bis zur Übernahme durch den von der Delegiertenversammlung gewählten neuen Aufsichtsausschuss weiter
- (3) Der Aufsichtsausschuss wählt aus der Mitte seiner Mitglieder seinen Vorsitzenden und seinen stellvertretenden Vorsitzenden mit einfacher Stimmenmehrheit.
- (4) Der Aufsichtsausschuss tritt jeweils regelmäßig einen Monat nach Vorlage des Geschäfts- und des Wirtschaftsprüferberichtes über die Abschlussprüfung zusammen, im übrigen

jederzeit auf Verlangen von mindestens drei Mitgliedern des Aufsichtsausschusses oder von zwei Mitgliedern des Verwaltungsausschusses. Die Einberufung des Aufsichtsausschusses erfolgt durch seinen Vorsitzenden oder bei dessen Verhinderung durch seinen Stellvertreter. Im Falle von Satz 1 2. Halbsatz erfolgt die Einberufung innerhalb von zwei Wochen.

- (5) Der Aufsichtsausschuss ist beschlussfähig, wenn mindestens vier seiner Mitglieder anwesend sind. Er fasst seine Beschlüsse mit einfacher Mehrheit. Bei Stimmengleichheit gilt der Beschluss als nicht gefasst.
- (6) Aufgaben des Aufsichtsausschusses sind:
- a) die Entscheidung über Widersprüche gegen alle vom Verwaltungsausschuss der Versorgungseinrichtung erlassenen Verwaltungsakte,
 - b) die Überwachung der Geschäftstätigkeit,
 - c) die Prüfung des Jahresabschlusses nebst Lagebericht,
 - d) die Aufstellung von Richtlinien für die Kapitalanlagen der Versorgungseinrichtung,
- (7) Zu den Sitzungen des Aufsichtsausschusses sind die Aufsichtsbehörden einzuladen.

§ 5 Verwaltungsausschuss

- (1) Der Verwaltungsausschuss besteht aus sechs Mitgliedern der Ärztekammer Berlin, die zugleich Mitglieder der Versorgungseinrichtung sein müssen. Der Verwaltungsausschuss kann für die Bereiche Versicherungsmathematik, Rechtsberatung und Kapitalanlagen Sachverständige bestellen sowie im Einzelfall sonstige Sachverständige in Anspruch nehmen, soweit dies für die Erledigung der dem Ausschuss übertragenen Aufgaben erforderlich ist.
- (2) Die Mitglieder des Verwaltungsausschusses werden durch die Delegiertenversammlung für die Dauer der Wahlperiode der Delegiertenversammlung gewählt. Die Mitglieder des Verwaltungsausschusses wählen aus ihrer Mitte den Vorsitzenden und seinen Stellvertreter.



- (3) Der Verwaltungsausschuss führt die Geschäfte, soweit sie nicht durch diese Satzung anderen Organen übertragen sind. Er ist für die Ausführung der Beschlüsse der Delegiertenversammlung und des Aufsichtsausschusses verantwortlich. Er ist verpflichtet, dem Aufsichtsausschuss jährlich spätestens sieben Monate nach Beendigung des Geschäftsjahres den Geschäftsbericht mit dem Jahresabschluss nebst Lagebericht zur Prüfung vorzulegen.
 - (4) Die Mitglieder des Verwaltungsausschusses können nicht gleichzeitig Mitglieder des Aufsichtsausschusses sein.
 - (5) Der Verwaltungsausschuss ist beschlussfähig, wenn mindestens vier seiner Mitglieder anwesend sind. Er fasst seine Beschlüsse mit einfacher Mehrheit. Bei Stimmgleichheit gilt der Beschluss als nicht gefasst.
 - (6) Der Verwaltungsausschuss nimmt seine Aufgaben nach Ablauf der Amtszeit bis zu deren Übernahme durch einen von der Delegiertenversammlung neu gewählten Verwaltungsausschuss wahr.
- a) keine ärztliche Tätigkeit im Kammerbereich Berlin ausüben, es sei denn, es liegt Bezug von Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II oder Unterhaltsgeld und eine Befreiung gemäß § 6 Abs. 1 Nr.1 SGB VI von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung vor,
 - b) unentgeltlich tätig sind oder ausschließlich ein Stipendium beziehen,
 - c) Beamte oder Sanitätsoffiziere im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr.1 SGB VI sind,
 - d) beamtenähnlich Beschäftigte im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI sind.

Eine Ausnahme von der Mitgliedschaft gilt tätigkeits- und nicht personenbezogen.

Entfallen die Ausnahmevoraussetzungen gemäß Satz 1, so werden sie nur dann Mitglieder der Versorgungseinrichtung, wenn sie zu diesem Zeitpunkt das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und nicht berufsunfähig im Sinne des § 10 Abs. 1 Satz 1 Buchstabe c sind. Die Altersgrenze gilt nicht, wenn durch eine Nachversicherung gemäß § 32 der Eintritt in die Versorgungseinrichtung für einen vor Vollendung des 60. Lebensjahres liegenden Zeitpunkt erreicht wird.

§ 6 Mitgliedschaft

- (1) Mitglied der Versorgungseinrichtung am 1. Januar 2006 sind alle Personen, die am 31. Dezember 2005 bereits Mitglied der Versorgungseinrichtung waren oder bei denen die Voraussetzungen für die Begründung der Mitgliedschaft nach dem bis zum 31. Dezember 2005 geltenden Satzungsrecht vorlagen.
- (2) Mitglied der Versorgungseinrichtung werden darüber hinaus alle Personen, die nach dem 31. Dezember 2005 Mitglied der Ärztekammer Berlin werden und zum Zeitpunkt des Eintritts der Mitgliedschaft
 - a) das 60. Lebensjahr nicht vollendet haben und
 - b) nicht berufsunfähig im Sinne des § 10 Abs. 1 Satz 1 Buchstabe c sind.
- (3) Von der Mitgliedschaft in der Versorgungseinrichtung ausgenommen sind Kammermitglieder, die
 - a) Mitglieder, die der Ärztekammer Berlin nicht mehr angehören mit dem Zeitpunkt des Erlöschens der Kammermitgliedschaft,
 - b) Mitglieder, bei denen die Voraussetzungen nach Absatz 3 Buchstabe c oder d während der Mitgliedschaft eintreten mit dem Zeitpunkt des Eintritts der Voraussetzungen. Dies gilt nicht, wenn sie zusätzlich eine andere Tätigkeit ausüben, die weiterhin eine Mitgliedschaft begründet.
- (4) Aus der Versorgungseinrichtung scheiden aus:
 - a) Mitglieder, die nicht Staatsangehörige eines Mitgliedstaates der Europäischen Union oder eines Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder eines Vertragsstaates sind, dem die Bundesrepublik Deutschland oder die Europäische Union vertraglich einen entsprechenden Rechtsanspruch eingeräumt haben,
- (5) Auf ihren Antrag werden von den Rechten und Pflichten der Mitgliedschaft befreit:



- b) Mitglieder, die eine geringfügige Tätigkeit im Sinne des § 8 SGB IV ausüben und nicht gegenüber dem Arbeitgeber auf die Versicherungsfreiheit zu Gunsten der Versorgungseinrichtung verzichtet haben,
- c) Mitglieder der Ärztekammer Berlin, die eine Befreiung von einer auf Gesetz beruhenden Verpflichtung zur Mitgliedschaft in einer Versorgungseinrichtung außerhalb des Landes Berlin bei Gründung dieser Versorgungseinrichtung erwirkt hatten, wenn der Tatbestand, der zur Befreiung geführt hat, noch besteht.

Der Antrag auf Befreiung kann nur innerhalb von drei Monaten nach Eintritt der Mitgliedschaft gestellt werden.

Die Befreiung nach diesem Absatz kann von dem Zeitpunkt an widerrufen werden, in dem die Voraussetzungen entfallen, es sei denn, das Mitglied der Ärztekammer Berlin hat zu diesem Zeitpunkt das 60. Lebensjahr vollendet oder ist berufsunfähig im Sinne des § 10 Abs. 1 Satz 1 Buchstabe c. Die Altersgrenze gilt nicht, wenn durch eine Nachversicherung gemäß § 32 der Eintritt in die Versorgungseinrichtung für einen vor Vollendung des 60. Lebensjahres liegenden Zeitpunkt erreicht wird.

- (6) Wer nach Absatz 5 von der Mitgliedschaft zur Versorgungseinrichtung befreit ist, kann durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Verwaltungsausschuss auf die Befreiung mit Wirkung vom Beginn des nächsten Monats an verzichten, soweit er das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Dieser Verzichtserklärung kann nur stattgegeben werden, wenn eine vom Verwaltungsausschuss geforderte ärztliche Untersuchung durchgeführt worden ist und kein erhöhtes Berufsunfähigkeitsrisiko daraus hervorgeht. Auf Grund des Untersuchungsergebnisses entscheidet der Verwaltungsausschuss über den Antrag auf Verzicht von der Befreiung und die Aufnahme als Mitglied der Versorgungseinrichtung.

§ 7

Freiwillige Mitgliedschaft

- (1) Wer Mitglied der Versorgungseinrichtung war und auf Grund der Bestimmungen des § 6 Abs. 4 Buchstabe a aus der Versorgungseinrichtung ausscheidet, kann die Mitgliedschaft freiwillig solange fortsetzen, bis eine Pflicht-

mitgliedschaft mit Beitragspflicht in einer anderen berufsständischen Versorgungseinrichtung im Bundesgebiet eintritt.

- (2) Wer gemäß § 6 Abs. 4 Buchstabe b aus der Mitgliedschaft ausgeschieden ist, kann die Mitgliedschaft freiwillig fortführen.
- (3) In Fällen der Absätze 1 und 2 muss eine schriftliche Willenserklärung binnen drei Monaten nach Eintritt der jeweiligen Voraussetzungen abgegeben werden.
- (4) Das Mitglied kann die freiwillige Mitgliedschaft durch schriftliche Erklärung kündigen.
- (5) Die Berliner Ärzteversorgung kann bei Zahlungsverzug von drei Monaten nach Fälligkeit die freiwillige Mitgliedschaft durch Kündigung beenden. Die Kündigung ist mit einer Nachfrist von vier Wochen für die Zahlung der Versorgungsabgaben zu versehen und innerhalb der Bundesrepublik Deutschland mit Postzustellungsurkunde zuzustellen.
- (6) Die Beendigung der Mitgliedschaft gemäß Absatz 4 und 5 wird mit Ablauf des Kalendermonats wirksam, in dem die Kündigung zugegangen ist. Im Falle des Absatz 1 endet sie mit dem Eintritt der Pflichtmitgliedschaft mit Beitragspflicht in einer anderen berufsständischen Versorgungseinrichtung im Bundesgebiet.

II

Leistungen der Versorgungseinrichtung

§ 8

Versorgungsleistungen und Mitwirkungspflichten

- (1) Die Versorgungseinrichtung gewährt bei Vorliegen der Voraussetzungen auf schriftlichen Antrag folgende Leistungen:
 - a) Altersrente, § 9
 - b) Berufsunfähigkeitsrente, § 10
 - c) Hinterbliebenenrente, § 11
 - d) Kinderzuschuss, § 17
 - e) Heiratsabfindung für Witwen und Witwer, § 18
 - f) Zuschüsse zu medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen, § 20.



Die Leistungen nach den Buchstaben a, c und d werden grundsätzlich ab dem Vorliegen der jeweiligen Voraussetzungen gewährt. Erfolgt die Antragstellung später als sechs Monate danach, beginnt die Leistung mit dem Ersten des Monats, welcher dem Antragseingang folgt.

(2) Wer Leistungen beantragt oder erhält, hat

- a) alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des Versorgungswerkes der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen;
- b) Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen;
- c) Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des Versorgungswerkes Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen.

Wer Leistungen beantragt oder erhält, soll sich auf Verlangen des Versorgungswerkes ärztlichen Untersuchungsmaßnahmen unterziehen, soweit diese für die Entscheidung über die Leistung erforderlich sind.

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

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

Behandlungen und Untersuchungen, bei denen im Einzelfall ein Schaden für Leben und

Gesundheit nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann oder die mit erheblichen Schmerzen verbunden sind oder die einen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeuten, können abgelehnt werden.

Angaben, die den Antragsteller, den Leistungsberechtigten oder ihnen nahestehende Personen im Sinne des § 383 Abs. 1 der Zivilprozessordnung der Gefahr strafgerichtlicher Verfolgung oder eines Verfahrens nach dem Gesetz über Ordnungswidrigkeiten aussetzen, können verweigert werden.

Wer einem Verlangen des Versorgungswerkes nach Sätzen 2 und 3 nachkommt, erhält auf Antrag Ersatz seiner notwendigen Auslagen und seines Verdienstausfalles in angemessenem Umfang.

Kommt derjenige, der eine Leistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach Sätzen 1 bis 3 schuldhaft nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert oder eine Besserung verhindert oder unmöglich gemacht oder Verschlechterung herbeigeführt, so kann das Versorgungswerk ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung in dem Umfang versagen oder entziehen, in dem die Voraussetzungen nicht nachgewiesen oder die Beeinträchtigungen nicht verbessert oder verschlechtert werden; die Leistungen dürfen wegen fehlender Mitwirkung ganz oder teilweise nur versagt oder entzogen werden, nachdem der Leistungsberechtigte auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden ist und seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist.

- (3) Ansprüche auf Versorgungsleistungen verjähren in vier Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie entstanden sind. Für die Berechnung der Verjährungsfristen, für die Hemmung, den Neubeginn und die Wirkung der Verjährung gelten die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches entsprechend.
- (4) Hat ein Mitglied mit Anspruch gemäß § 10 oder ein Hinterbliebener mit Anspruch gemäß § 11 Schadenersatzansprüche gegen einen Dritten aufgrund eines die Leistungspflicht der Versorgungseinrichtung begründenden Schadensereignisses, so ist der Leistungsberechtigte verpflichtet, diesen Anspruch bis zur Höhe, in der das Versorgungswerk



Leistungen gewährt, an das Versorgungswerk schriftlich abzutreten. Erfolgt diese Abtretung nicht innerhalb einer angemessenen Frist, kann das Versorgungswerk die Leistung bis zur Nachholung der geforderten Mitwirkungshandlung vorläufig einstellen, soweit der Versorgungsberechtigte hierauf schriftlich hingewiesen wurde und eine gesetzte Nachfrist zur Übersendung der Abtretungserklärung verstrichen ist.

Gibt der Versorgungsberechtigte einen solchen Anspruch ohne Zustimmung des Verwaltungsausschusses auf, wird das Versorgungswerk von der Pflicht zur Gewährung von Versorgungsleistungen insoweit frei, als es durch Abtretung hätte Ersatz erlangen können.

Durch die rentenrechtliche Berücksichtigung von Berufsunfähigkeitszeiten wird ein Schadensersatzanspruch im Hinblick auf den Beitragsausfall nicht ausgeschlossen.

§ 9 Altersrente

- (1) Jedes Mitglied der Versorgungseinrichtung hat Anspruch auf lebenslängliche Altersrente mit Vollendung des 65. Lebensjahres. Die Altersrente wird in monatlichen Beträgen, die den zwölften Teil der Jahresrente darstellen, gezahlt. Der Anspruch auf Zahlung beginnt mit dem Ersten des der Vollendung des 65. Lebensjahres folgenden Monats und endet mit dem Ende des Monats, in dem der Tod des Bezugsberechtigten eingetreten ist.

Der Beginn der Altersrente kann auf schriftlichen Antrag ohne Rentenminderung unter den Voraussetzungen des § 31 durch Zuzahlungen bereits während der Anwartschaftszeit um volle Jahre vorgezogen werden, frühestens auf einen Zeitpunkt nach Vollendung des 60. Lebensjahres.

Auf schriftlichen Antrag wird die Altersrente ohne geleistete Zuzahlungen, bzw. nach bereits erfolgter Abkürzung um volle Jahre nach Satz 4, von einem früheren Zeitpunkt gewährt, frühestens jedoch nach Vollendung des 60. Lebensjahres und mit dem Ersten des auf den Antragseingang folgenden Monats. Es erfolgt eine Minderung des Rentenwertes durch pauschalierte Abschläge auf die bis zu diesem Zeitpunkt erworbene Anwartschaft auf Altersrente. Sie betragen 0,4 %-Punkte pro Monat der Vorziehung.

- (2) Die individuelle Rentenbemessungsgrundlage ist für Mitglieder, die der Versorgungseinrichtung am 31. Dezember 2001 angehörten, der im Anhang befindlichen Tabelle 2* zu entnehmen.

Für Mitglieder, deren Mitgliedschaft nach dem 31. Dezember 2001 begründet wurde, beträgt die individuelle Rentenbemessungsgrundlage 1/100 der im Jahr der Begründung der Mitgliedschaft geltenden jährlichen Normalabgabe der Versorgungseinrichtung nach § 30 Abs. 1.

- (3) Jedes Mitglied erwirbt durch seine Versorgungsabgabe für das Jahr, in dem die Mitgliedschaft begründet wurde und für jedes folgende Kalenderjahr eine Steigerungszahl. Diese jährliche Steigerungszahl ist das durch sein Eintrittsalter bestimmte Vielfache des Wertes, der sich errechnet aus der im jeweiligen Jahr geleisteten Versorgungsabgabe, geteilt durch die gemäß § 30 Abs. 1 bestimmte jährliche Normalabgabe des gleichen Jahres; die von Medizinalassistenten geleisteten Versorgungsabgaben gelten als in Höhe der Normalabgabe nach § 30 Abs. 1 entrichtet. Das durch das Eintrittsalter des Mitgliedes bestimmte Vielfache ergibt sich aus der nachstehenden Tabelle A, wobei dieses Vielfache für alle Mitglieder, deren Mitgliedschaft vor dem 1. Januar 2005 begann, individuell mit einem auf vier Stellen nach dem Komma kaufmännisch gerundeten Faktor multipliziert wird. Dieser errechnet sich aus der gemäß § 9 Abs. 4 in der bis zum 31. Dezember 2005 geltenden Fassung zum Stichtag des 1. Januar 2005 ermittelten Anwartschaft dividiert durch diese Anwartschaft ohne Berücksichtigung des achtfachen Wertes der durchschnittlich erworbenen Steigerungszahl gemäß § 9 Abs. 4 Satz 2 in der bis zum 31. Dezember 2005 geltenden Fassung.

* Tabelle 2 ist am Ende des Satzungstextes abgedruckt

**Tabelle A:**

Eintrittsalter des Mitgliedes	Vielfaches (Steigerungszahl der Normalabgabe)
25 und jünger	12,0
26	11,6
27	11,2
28	10,9
29	10,6
30	10,4
31	10,2
32	10,1
33	10,0
34	9,8
35	9,6
36	9,4
37	9,2
38	9,1
39	9,0
40	8,9
41	8,8
42	8,7
43	8,6
44	8,5
45 und älter	8,4

- (4) Für Mitglieder, deren Mitgliedschaft in der Versorgungseinrichtung ab dem 1. Januar 2005 begann, ergibt sich das durch das Eintrittsalter des Mitgliedes bestimmte Vielfache aus der nachfolgenden Tabelle B:

Tabelle B:

Eintrittsalter des Mitgliedes	Vielfaches (Steigerungszahl der Normalabgabe)
20	15,2
21	14,7
22	14,3
23	13,9
24	13,5
25	13,1
26	12,8
27	12,4
28	12,0
29	11,7
30	11,4
31	11,1
32	10,7
33	10,4
34	10,2
35	9,9
36	9,6
37	9,3
38	9,1
39	8,8
40	8,6
41	8,3
42	8,1
43	7,8
44	7,6

45	7,4
46	7,1
47	6,9
48	6,7
49	6,4
50	6,2
51	6,0
52	5,7
53	5,5
54	5,2
55	4,9
56	4,6
57	4,3
58	3,9
59	3,5
60	2,9

Eintrittsalter im Sinne von Absatz 3 und 4 ist die Differenz zwischen dem Kalenderjahr des Eintritts des Mitgliedes in die Versorgungseinrichtung und seinem Geburtsjahr.

- (5) Der Jahresbetrag der Altersrente ergibt sich aus der Multiplikation der Gesamtsumme der Steigerungszahlen mit der individuellen Rentenbemessungsgrundlage des Mitgliedes nach Absatz 2. Die Gesamtsumme der Steigerungszahlen ergibt sich aus der Summe der erworbenen Steigerungszahlen, vermehrt um diejenigen Steigerungszahlen, die für Zeiten einer anerkannten Berufsunfähigkeit dem Durchschnitt seiner nach Satz 1 errechneten Steigerungszahl entsprechen, wobei bei der Errechnung des Durchschnitts grundsätzlich auch diejenigen Zeiten mit berücksichtigt werden, in denen keine Versorgungsabgaben geleistet wurden.

Ausgenommen bei der Errechnung des Durchschnitts sind:

- a) Zeiten der Berufsunfähigkeit,
- b) Zeiten des Mutterschutzes nach den gesetzlichen Vorschriften, wobei dies sinngemäß auch für Mitglieder gilt, die ihre Tätigkeit nicht im Angestelltenverhältnis ausüben,
- c) Zeiten, in denen ein Mitglied des Versorgungswerkes sein Kind bis längstens zum Ablauf von 12 Monaten nach der Geburt betreut und während des Betreuungszeitraumes kein Arbeitseinkommen, Arbeitsentgelt oder Erwerbserstatzeinkommen erzielt hat, das monatlich 1/6 der jeweiligen Bezugsgröße wie in der Angestelltenversicherung übersteigt; für Geburten ab 1. Januar 1998 gilt dies entsprechend bis zum Ablauf von



36 Monaten nach der Geburt des Kindes und für Geburten ab 1. Januar 2001 bis zum Ablauf von 36 Monaten nach der Geburt des Kindes einkommensunabhängig, es sei denn, die während dieser Zeit geleisteten Versorgungsabgaben führen zu einer Erhöhung der bereits durchschnittlich erworbenen Steigerungszahl,

- d) Steigerungszahlen, die im Rahmen eines durchgeführten Versorgungsausgleiches bzw. durch Beitragszahlungen während einer Kinderbetreuungszeit rentenwirksam werden,
- e) soweit die Mitgliedschaft vor dem 1. Januar 2006 begründet wurde, die ersten drei Steigerungszahlen der Mitgliedschaft, sofern sich dadurch der Durchschnitt der verbleibenden Steigerungszahlen erhöht.

Sind beide Elternteile Mitglied in der Versorgungseinrichtung, kann die Ausklammerung der Kinderbetreuungszeit für die Berechnung des Durchschnitts der Steigerungszahlen nur bei einem Elternteil erfolgen oder eine Aufteilung der Zeiträume durch übereinstimmende, unwiderrufliche Willenserklärung der Eltern vorgenommen werden.

Erfolgt der Wegfall der Voraussetzungen für die Gewährung einer Berufsunfähigkeitsrente nach Vollendung des 60. Lebensjahres, mindert sich der Anspruch auf Altersrente für jeden Monat zwischen der Vollendung des 60. Lebensjahres und dem Zeitpunkt des Erlöschens des Anspruches auf Berufsunfähigkeitsrente um 0,4 %-Punkte.

Zur Ermittlung der Anwartschaft auf Altersrente werden zum Berechnungsstichtag noch die Steigerungszahlen hinzugerechnet, die das Mitglied erwerben würde, wenn es seine durchschnittlich erworbene Steigerungszahl bis zur Vollendung des für die Altersrente gültigen Lebensalters gemäß Absatz 1 Satz 1 weiter erhalten hätte (Hinzurechnungszeit).

- (6) Ist die Mitgliedschaft aus einem der in § 6 Abs. 4 genannten Gründe entfallen und wurde sie nicht freiwillig fortgesetzt oder wurde diese gemäß § 7 Abs. 1 beendet oder gemäß § 7 Abs. 4 oder 5 gekündigt, wird die Altersrente bzw. die Anwartschaft auf Altersrente aufgrund der tatsächlich erworbenen Steigerungszahlen ohne Berücksichtigung der Hinzurechnungszeit gemäß Absatz 5 Satz 6 geleistet bzw. berechnet. Abweichend findet

für Zeiten einer anerkannten Berufsunfähigkeit innerhalb der Zeit einer Mitgliedschaft Absatz 5 Satz 2 entsprechende Anwendung.

- (7) Übersteigt der Rentenanspruch zum Zeitpunkt des Anspruches auf Zahlung der Altersrente nicht den Wert von 1% der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV, erhält das Mitglied von Amts wegen anstatt der Rentenzahlung eine Kapitalabfindung in Höhe des 15-fachen dieser Jahresrente.

§ 10

Berufsunfähigkeitsrente

- (1) Jedes Mitglied der Versorgungseinrichtung,
 - a) dessen Mitgliedschaft vor dem 1. Januar 2006 begründet wurde und das mindestens für einen Monat seine Versorgungsabgabe geleistet hat oder
 - b) dessen Mitgliedschaft in der Zeit danach begründet wurde und das für mindestens zwölf Monate Versorgungsabgaben an diese oder zuvor an eine andere berufsständische Versorgungseinrichtung in der Bundesrepublik Deutschland geleistet hat und
 - c) dessen Fähigkeit zur Ausübung einer jeden Erwerbstätigkeit, zu der ärztliche Ausbildung berechtigt und bei der Inhalte der ärztlichen Ausbildung überwiegend verwendet werden können, aus gesundheitlichen Gründen nicht nur vorübergehend, sondern auf nicht absehbare Zeit umfassend entfallen ist (Berufsunfähigkeit) und
 - d) das aus diesem Grund seine gesamte ärztliche Tätigkeit eingestellt hat und
 - e) das noch nicht in die vorgezogene Altersrente eingewiesen ist,

hat Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente. Die Wartezeit von zwölf Monaten gilt nicht für Mitglieder, bei denen die Berufsunfähigkeit infolge eines Unfalls eingetreten ist.

Ist die Fähigkeit zur Ausübung einer jeden Erwerbstätigkeit, zu der ärztliche Ausbildung berechtigt und bei der Inhalte der ärztlichen Ausbildung überwiegend verwendet werden können, lediglich gemindert, bleibt die Umsetzbarkeit auf dem Arbeitsmarkt für den Anspruch auf Leistung außer Betracht. Für die Prüfung des Vorliegens von Berufsunfähigkeit werden Mitglieder, deren gewöhnlicher



Aufenthalt im Ausland ist, so gestellt, als ob sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich des Grundgesetzes hätten. Die Erwerbstätigkeit gilt als nicht eingestellt, solange ein Mitglied seine Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung nicht zurückgegeben hat, seine Privatpraxis nicht aufgegeben hat oder die Praxis durch einen Vertreter weitergeführt wird, solange dem Mitglied hieraus Einkünfte zufließen.

- (2) Ist aufgrund der medizinischen Prognose davon auszugehen, dass die Berufsfähigkeit nicht wiederhergestellt werden kann, erfolgt eine unbefristete Rentengewährung. In allen anderen Fällen wird die Berufsunfähigkeitsrente auf Zeit geleistet und endet spätestens mit dem Ablauf der Frist. Eine Befristung erfolgt für längstens zwei Jahre nach Rentenbeginn und kann wiederholt werden. Eine unbefristete Rentengewährung erfolgt auch, wenn unmittelbar zuvor eine befristete Rente über einen Zeitraum von insgesamt sechs Jahren bezogen wurde.
- (3) Der Anspruch auf Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente beginnt bei Vorliegen der Voraussetzungen drei Monate nach Eingang des schriftlichen Antrags, wobei der Monat, in dem der Antrag gestellt wird, als voller Monat zählt. Abweichend von Satz 1 beginnt für angestellte Ärzte (Ärztinnen) der Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente nach Ablauf des Anspruchs auf Gehaltsfortzahlung, gegebenenfalls aber erst mit dem Monat der Antragstellung, wenn dieser später als sechs Monate nach Eintritt der in § 10 Abs. 1 Satz 1 Buchstabe c genannten Voraussetzungen erfolgt.

Der Anspruch erlischt:

- a) mit dem Ende des Monats, in dem der Tod des Bezugsberechtigten eingetreten ist,
- b) mit dem Ende des Monats, in dem die Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 1 Buchstabe c oder d entfallen, oder
- c) mit der Überleitung in die Altersrente.
- (4) Zur Wiedereingliederung in das Berufsleben kann das Mitglied einen Arbeitsversuch unternehmen. Dieser ist rechtzeitig vor Beginn schriftlich zu beantragen und kann sich im Höchstfall bis zu drei Monaten erstrecken. Während eines entgeltlich ausgeübten Arbeitsversuches ruht die Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente. Der Verwaltungs-

ausschuss kann jedoch in erforderlichem Umfang Unterstützung zur Lebensführung gewähren. Ergibt der Arbeitsversuch die Fortdauer der Berufsunfähigkeit, wird die Rentenzahlung wieder aufgenommen. Ergibt der entgeltlich ausgeübte Arbeitsversuch die Wiedererlangung der Fähigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufs, erlischt der Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente mit dem Ende des Monats, in dem der Beginn des Arbeitsversuches fällt.

- (5) Vorbehaltlich der vorrangigen Übergangsvorschrift des § 36 beträgt die Höhe der Berufsunfähigkeitsrente bei Eintritt der Berufsunfähigkeit vor Vollendung des 60. Lebensjahres 76 % der zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit gemäß § 9 bestehenden Anwartschaft auf Altersrente. Abweichend von § 9 Abs. 5 Satz 6 bleiben für die Hinzurechnungszeit jedoch diejenigen Teile der Steigerungszahlen außer Betracht, die im Jahr des Beginns der Berufsunfähigkeitsrente und im davor liegenden Jahr durch freiwillige Mehrzahlungen erworben worden sind.

Hat ein Mitglied bei Eintritt seiner Berufsunfähigkeit bereits durch freiwillige Zuzahlungen gemäß § 31 eine Vorziehung des Rentenbeginners erreicht, erhöht sich, vorbehaltlich der vorrangigen Regelung des § 36, der Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente wie folgt:

erreichtes Alter des Rentenbeginns	Prozentsatz der Alters- rentenanwartschaft
64. Lebensjahr	80,8 %
63. Lebensjahr	85,6 %
62. Lebensjahr	90,4 %
61. Lebensjahr	95,2 %
60. Lebensjahr	100,0 %

Nach Vollendung des 60. Lebensjahres oder bei Entfallen der Voraussetzungen für die Gewährung einer Berufsunfähigkeitsrente nach Vollendung des 60. Lebensjahres steigert sich die jeweilige Anwartschaft auf Berufsunfähigkeitsrente ab diesem Zeitpunkt bis zur Vollendung des für die Altersrente gültigen Lebensalters gemäß § 9 Abs. 1 Satz 1 oder 2 für jeden vollendeten Monat um 0,4 %-Punkte.

- (6) Die Berufsunfähigkeitsrente wird in monatlichen Beträgen, die den zwölften Teil der Jahresrente darstellen, gezahlt. Bei Überschreiten der Altersgrenze des § 9 Abs. 1



tritt an Stelle der Berufsunfähigkeitsrente die Altersrente in gleicher Höhe.

- (7) Wer die Berufsunfähigkeit vorsätzlich herbeiführt, hat keinen Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente.
- (8) Ist ein früheres Mitglied, das noch nicht in die Altersrente eingewiesen ist, bei Eintritt des Versorgungsfalles (Berufsunfähigkeit oder Tod) beitragspflichtiges Mitglied eines anderen auf Gesetz beruhenden Versorgungsträgers im Geltungsbereich der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71, wird statt der sich aus dem beitragsfreien Anspruch ergebenden Rente gemäß § 9 Abs. 6 ein höherer, auf die Versorgungseinrichtung entfallender Anteil einer Rente gewährt.
Dieser Anteil ergibt sich entsprechend dem Verhältnis der Mitgliedschaftszeit in der Berliner Ärzteversorgung zur gesamten bis zum Eintritt des Versorgungsfalles zurückgelegten Versicherungszeit bei allen auf Gesetz beruhenden Versorgungsträgern entsprechend Artikel 46 Abs. 2 der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71.
Die Berechnung der Rente erfolgt in der Weise, dass sowohl Versicherungszeiten vor Beginn der Mitgliedschaft in der Berliner Ärzteversorgung als auch die Zeiten vom Ausscheiden aus der Versorgungseinrichtung bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres berücksichtigt werden. Die Berücksichtigung dieser Zeiten erfolgt, indem die Summe der während der Mitgliedschaft in der Versorgungseinrichtung erworbenen Steigerungszahlen um diejenigen Steigerungszahlen erhöht wird, die das Mitglied in diesen Zeiten als Durchschnitt seiner bisher erworbenen Steigerungszahlen erhalten hätte.
- (9) Besitzt ein Mitglied der Berliner Ärzteversorgung auch bei anderen auf Gesetz beruhenden Versorgungsträgern im Geltungsbereich der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 Anrechte für den Fall der Berufsunfähigkeit oder des Todes, wird die Rente nur anteilig gewährt. Der Anteil berechnet sich entsprechend Absatz 8 Satz 2. Dabei werden bei der Berechnung auch Versicherungszeiten vor Beginn der Mitgliedschaft in der Versorgungseinrichtung berücksichtigt. Die Berücksichtigung dieser Zeiten erfolgt entsprechend Absatz 8 Satz 4.

§ 11 Hinterbliebenenrente

- (1) Hinterbliebenenrenten sind:
- Witwenrenten,
 - Witwerrenten,
 - Halb- bzw. Vollwaisenrenten.
- (2) Hinterbliebene haben keinen Anspruch auf Rente, wenn sie den Tod des Mitgliedes der Versorgungseinrichtung vorsätzlich herbeigeführt haben.

§ 12 Witwen- und Witwerrente

Witwen und Witwer, die nicht wieder geheiratet haben, haben nach dem Tod des in der Versorgungseinrichtung versicherten Ehegatten Anspruch auf eine Witwen- oder Witwerrente. Wurde die Ehe nach Vollendung des 60. Lebensjahres oder nach Eintritt der Berufsunfähigkeit gemäß § 10 Abs. 1 Satz 1 Buchstabe c des Mitgliedes geschlossen und bestand die Ehe nicht mindestens drei Jahre, so besteht kein Anspruch auf Rente. Betrug in einer solchen Ehe der Altersunterschied mehr als zehn Jahre, muss die Ehe mindestens vier Jahre, betrug der Altersunterschied mehr als zwanzig Jahre, muss die Ehe mindestens fünf Jahre bestanden haben, damit ein Rentenanspruch besteht.

§ 13 Geschiedenenrente

- (1) Früheren Ehegatten des Berechtigten, deren Ehe mit dem Berechtigten nach dem bis zum 30. Juni 1977 geltenden Scheidungsrecht geschieden, aufgehoben oder für nichtig erklärt wurde, wird nach dem Tode des Berechtigten Rente gewährt, wenn sie zwischenzeitlich keine neue Ehe eingegangen sind (§ 18 Abs. 1) und ihnen der Berechtigte zur Zeit seines Todes Unterhalt nach den Vorschriften des Ehegesetzes oder aus sonstigen Gründen zu leisten hatte.
- (2) Der nach dem seit dem 1. Juli 1977 geltenden Scheidungsrecht geschiedene Ehegatte eines Mitgliedes gilt nicht als Hinterbliebener im Sinne der Satzung.



§ 14 Versorgungsausgleich

- (1) Werden Ehegatten geschieden, die beide Mitglied in dieser oder einer anderen berufsständischen Versorgungseinrichtung sind, die mit der Berliner Ärzteversorgung ein Überleitungsabkommen abgeschlossen hat, und ist ein Mitglied der Berliner Ärzteversorgung ausgleichsverpflichtet, so findet innerhalb der Versorgungseinrichtung Realteilung bzw. Quasi-Realteilung gemäß § 1 Abs. 2 des Gesetzes zur Regelung von Härten im Versorgungsausgleich (VAHRG) statt, indem nach Rechtskraft der Entscheidung des Familiengerichts über den Versorgungsausgleich die auf die Ehezeit entfallenden, maßgebenden Versorgungsanrechte zu Lasten des ausgleichspflichtigen Ehegatten dem ausgleichsberechtigten Ehegatten zugeteilt werden. Im Falle der Ausgleichsberechtigung eines Mitgliedes der Berliner Ärzteversorgung kann in den Fällen des Satzes 1 eine Quasi-Realteilung zwischen den beteiligten berufsständischen Versorgungseinrichtungen stattfinden. Abweichend von Satz 1 findet Realteilung oder Quasi-Realteilung für Ehegatten, die nicht von der Versicherungspflicht in der Deutschen Rentenversicherung nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI befreit sind, und von Ehegatten, die keine ausbaufähige Versorgung bei einem anderen Versorgungswerk im Sinne von § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI besitzen, nur auf Antrag des Begünstigten statt. Findet keine Realteilung bzw. Quasi-Realteilung nach Satz 1 und kein schuldrechtlicher Versorgungsausgleich nach § 2 VAHRG statt, wird, soweit nach Anwendung von § 1587 b Abs. 1 und 2 BGB die von den Ehegatten in der Ehezeit erworbenen Anrechte noch nicht ausgeglichen sind, das Quasi-Splitting nach § 1 Abs. 3 des vorgenannten Gesetzes durchgeführt; erforderlichenfalls führt die Versorgungseinrichtung den verlängerten sowie erweiterten Versorgungsausgleich nach §§ 3 a, 3 b VAHRG durch.
- (2) Das auf den ausgleichsberechtigten Ehegatten nach Absatz 1 Satz 1 in der Versorgungseinrichtung übergehende maßgebende Versorgungsanrecht erhöht den Jahresbetrag des sich satzungsgemäß ergebenden Versorgungsanrechts, indem das maßgebende Versorgungsanrecht aufgrund der individuellen Rentenbemessungsgrundlage des ausgleichsberechtigten Ehegatten nach § 9 Abs. 2 in dem Jahre, in das das Ende der Ehezeit fällt, in Steigerungszahlen umgerechnet wird. Für ausgleichsberechtigte Ehegatten, die erst aufgrund des Versorgungsausgleichs Mitglied werden, sind die für sie begründeten Versorgungsanrechte so zu behandeln, als ob sie in den Zeiten begründet worden wären, für die der Versorgungsausgleich durchgeführt wird; für diesen Fall gilt für die Bestimmung des Eintrittsalters im Sinne von § 9 Abs. 3 und 4 der Beginn der Ehezeit nach § 1587 Abs. 2 BGB als Beginn der Mitgliedschaft, frühestens jedoch der Zeitpunkt des Beginns der Mitgliedschaft des ausgleichspflichtigen Ehegatten. Der Jahresbetrag des Versorgungsanrechts mindert sich für den ausgleichspflichtigen Ehegatten im Rahmen des Versorgungsausgleichs nach Absatz 1 Satz 1 um das maßgebende Versorgungsanrecht, in dem dieses aufgrund der individuellen Rentenbemessungsgrundlage des ausgleichspflichtigen Ehegatten nach § 9 Abs. 2 in dem Jahre, in das das Ende der Ehezeit fällt, in Steigerungszahlen umgerechnet wird.
- (3) Im Falle einer Übertragung von Versorgungsabgaben des ausgleichspflichtigen Ehegatten nach § 19 werden die in der Ehezeit eingezahlten Versorgungsabgaben um den Prozentsatz gekürzt, der dem Verhältnis des übertragenen Monatsbetrages zu dem in der Ehezeit erworbenen gesamten - ungekürzten - monatlichen Versorgungsanrecht des ausgleichspflichtigen Ehegatten entspricht.
- (4) Abweichend von Absatz 1 Satz 1 entfällt die Kürzung des Versorgungsanrechts beim ausgleichspflichtigen Ehegatten im Rahmen einer Realteilung, Quasi-Realteilung oder eines Quasi-Splittings, solange der ausgleichsberechtigte Ehegatte aus den im Versorgungsausgleich erworbenen Versorgungsanrechten keine Rente erhalten kann und er gegen den ausgleichspflichtigen Ehegatten einen Anspruch auf Unterhalt hat oder nur deshalb nicht hat, weil der ausgleichspflichtige Ehegatte zur Unterhaltsleistung wegen der auf dem Versorgungsausgleich beruhenden Kürzung seiner Rente außerstande ist.
- (5) Erfolgt die Durchführung des Versorgungsausgleichs nach § 1 Abs. 3 (mit § 1587 b Abs. 2 BGB und § 57 Abs. 1 Satz 2 des Beamtenversorgungsgesetzes) oder § 5 VAHRG sowie nach Artikel 4 § 1 Abs. 1 Satz 1, § 2 Abs. 1 Satz 1 und 2 Nr. 1 des Gesetzes über weitere Maßnahmen auf dem Gebiet des Versorgungsausgleichs vom 8. Dezember 1986 (BGBl. I S. 2317) und waren an den ausgleichspflichtigen Ehegatten bis zum Zeitpunkt der



Durchführbarkeit des Versorgungsausgleichs oder der Rechtskraft der Entscheidung des Familiengerichts Leistungen zu erbringen, erfolgt eine weitere dem Stand der Deckungsrückstellung entsprechende Minderung des dem ausgleichspflichtigen Ehegatten nach Durchführung des Versorgungsausgleichs verbleibenden Versorgungsrechts.

- (6) Der ausgleichspflichtige Ehegatte kann seine durch den Versorgungsausgleich gekürzten Versorgungsanswartschaften durch die Zahlung von Beträgen in einer Summe oder über die Aufnahme der Zahlung von zusätzlichen laufenden Versorgungsabgaben wieder ergänzen, jedoch dürfen alle an die Versorgungseinrichtung gezahlten Versorgungsabgaben und sonstigen Zahlungen zusammen das zwölfwache der Beiträge, die sich bei einer Beitragsbemessungsgrenze in Höhe der doppelten monatlichen Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten ergeben würden, nicht überschreiten.
- (7) Sind im Anschluss an einen Versorgungsausgleich nach Absatz 1 an den ausgleichsberechtigten Ehegatten bzw. seine Hinterbliebenen aus dem erworbenen Anrecht keine oder nur Leistungen bis zur Höhe von insgesamt zwei Jahresbeträgen einer auf das Ende des Leistungsbezugs berechneten Rente (berufsständische Versorgungseinrichtung oder Rentenversicherungsträger) zu erbringen, so entfällt auf Antrag die Kürzung der Versorgungsansprüche des ausgleichspflichtigen Mitgliedes unter Verrechnung der an den ausgleichsberechtigten Ehegatten bzw. seine Hinterbliebenen erbrachten Leistungen rückwirkend; antragsberechtigt sind der ausgleichspflichtige Ehegatte und, soweit sie belastet sind, seine Hinterbliebenen.

§ 15

Waisenrente

- (1) Kinder erhalten nach dem Tode des Mitgliedes Waisenrente bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Über diesen Zeitpunkt hinaus wird die Waisenrente längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres gewährt, wenn die Waise
- a) sich in Schul- oder Berufsausbildung befindet, ein freiwilliges soziales Jahr absolviert oder

- b) wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande ist, sich selbst zu unterhalten.

Zeiten des gesetzlichen Wehr- oder Zivildienstes gelten nicht als Ausbildung; diese Dienstzeiten erhöhen die Altersbegrenzung entsprechend dem vor Vollendung des 27. Lebensjahres abgeleisteten Zeitraum. Ein Praktikum gilt nur als Ausbildung, wenn es nach der einschlägigen Ausbildungs-, Studien- oder Prüfungsordnung vorgeschrieben ist.

Unterbrechungen der Ausbildung bis zu drei Monaten lassen den Waisenrentenanspruch nicht entfallen.

- (2) Als Kinder gelten:

- a) die ehelichen Kinder,
b) adoptierte Kinder,
c) die nichtehelichen Kinder eines Mitgliedes, wenn diesem die alleinige oder gemeinsame elterliche Sorge zusteht (§ 1626 a BGB) oder dessen Unterhaltspflicht festgestellt und die laufende Unterhaltszahlung nachgewiesen ist,
d) Pflege- und Stiefkinder (§ 56 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGB I).

§ 16

Zusammensetzung und Berechnung der Hinterbliebenenrenten

- (1) Die Witwen- oder Witwerrente beträgt bei Eintritt des Todes des Mitgliedes vor Einweisung in die Alters- oder Berufsunfähigkeitsrente 60 % der zu diesem Zeitpunkt bestehenden Anwartschaft auf Altersrente gemäß § 9 Abs. 5 oder 6, soweit kein vorrangiger Fall des § 10 Abs. 8 oder 9 vorliegt. Tritt der Todesfall des Mitgliedes nach Einweisung in die Alters- oder Berufsunfähigkeitsrente ein, besteht ein Anspruch in Höhe von 60 % der zu diesem Zeitpunkt bezogenen Rente. Verstirbt das Mitglied innerhalb eines Zeitraumes von 36 Monaten nach Entfallen der Voraussetzungen für die Weitergewährung einer Berufsunfähigkeitsrente, beträgt der Anspruch auf Witwen- bzw. Witwerrente 60 % der zuletzt bezogenen Berufsunfähigkeitsrente.
- (2) Die Vollwaisenrente beträgt für jede Vollwaise bei Eintritt des Todes des Mitgliedes vor Einweisung in die Alters- oder Berufs-



unfähigkeitsrente 30 % der zu diesem Zeitpunkt bestehenden Anwartschaft auf Altersrente gemäß § 9 Abs. 5 oder 6, soweit kein vorrangiger Fall des § 10 Abs. 8 oder 9 vorliegt. Tritt der Tod des Mitgliedes nach Einweisung in die Alters- oder Berufsunfähigkeitsrente ein, besteht ein Anspruch in Höhe von 30 % der zu diesem Zeitpunkt bezogenen Rente. Verstirbt das Mitglied innerhalb eines Zeitraumes von 36 Monaten nach Entfallen der Voraussetzungen für die Weitergewährung einer Berufsunfähigkeitsrente, beträgt der Anspruch auf Vollwaisenrente 30 % der zuletzt bezogenen Berufsunfähigkeitsrente.

- (3) Die Halbwaisenrente beträgt für jede Halbwaise bei Eintritt des Todes des Mitgliedes vor Einweisung in die Alters- oder Berufsunfähigkeitsrente 15 % der zu diesem Zeitpunkt bestehenden Anwartschaft auf Altersrente gemäß § 9 Absatz 5 oder 6, soweit kein vorrangiger Fall des § 10 Abs. 8 oder 9 vorliegt. Tritt der Tod des Mitgliedes nach Einweisung in die Alters- oder Berufsunfähigkeitsrente ein, besteht ein Anspruch in Höhe von 15 % der zu diesem Zeitpunkt bezogenen Rente. Verstirbt das Mitglied innerhalb eines Zeitraumes von 36 Monaten nach Entfallen der Voraussetzungen für die Weitergewährung einer Berufsunfähigkeitsrente, beträgt der Anspruch auf Halbwaisenrente 15 % der zuletzt bezogenen Berufsunfähigkeitsrente.
- (4) Die Hinterbliebenenrenten werden auch gewährt, wenn das Mitglied der Versorgungseinrichtung für tot erklärt ist.
- (5) Sind aus mehreren Ehen des Mitgliedes frühere Ehegatten im Sinne von § 12 oder § 13 vorhanden, so wird die Witwen-, Witwer- oder Geschiedenenrente unter ihnen für die gesamte Zeit des Rentenbezuges im Verhältnis der Ehejahre aufgeteilt.
- (6) Die Hinterbliebenenrenten werden vorbehaltlich des § 8 Abs. 1 Satz 3 erstmalig für den auf den Sterbemonat des Mitgliedes folgenden Monat gewährt und enden mit dem Sterbemonat des Hinterbliebenen bzw. mit dem Monat des Vollendens des betreffenden Lebensjahres.

§ 17

Kinderzuschuss

- (1) Die Alters- und Berufsunfähigkeitsrenten erhöhen sich für jedes Kind (§ 15 Abs. 2) um einen Kinderzuschuss in Höhe von 10 % der Rente, die vom Mitglied bezogen wird. Dies gilt nicht, wenn ein Dritter die Personensorge für dieses Kind trägt und das Mitglied für das betreffende Kind keinen Unterhalt leistet; in diesem Falle steht der Kinderzuschuss dem Dritten auf Antrag zu.
- (2) Die Voraussetzungen für den Kinderzuschuss richten sich nach den Bestimmungen des § 15. Die Regelung des § 16 Abs. 6 gilt entsprechend. Der Kinderzuschuss ist Bestandteil der Alters- oder Berufsunfähigkeitsrente.

§ 18

Heiratsabfindung

- (1) Für Witwen oder Witwer, die wieder heiraten, entfällt die Witwen- oder Witwerrente bzw. die hierauf gerichteten Anwartschaften. Der Anspruch auf Rente erlischt mit dem Ablauf des Monats, in dem eine Wiederverheiratung stattgefunden hat.
- (2) Witwen oder Witwer, die wieder heiraten, erhalten folgende Heiratsabfindung
 - a) bei Wiederverheiratung vor Vollendung des 35. Lebensjahres sechzig ihrer bisher bezogenen Monatsrenten,
 - b) bei Wiederverheiratung zwischen dem vollendeten 35. und dem vollendeten 45. Lebensjahr achtundvierzig ihrer bisher bezogenen Monatsrenten,
 - c) bei Wiederverheiratung nach Vollendung des 45. Lebensjahres sechsunddreißig ihrer bisher bezogenen Monatsrenten.

§ 19

Übertragung der Versorgungsabgaben

- (1) Scheidet ein Mitglied vor Vollendung des 45. Lebensjahres aus der Berliner Ärzteversorgung wegen Fortzuges aus dem Bereich der Ärztekammer Berlin in einen anderen Kammerbereich aus und sind noch nicht für einen Zeitraum von mehr als sechzig Monaten Versorgungsabgaben zu entrichten gewesen, werden die von dem und für das Mitglied entrichteten Versorgungsabgaben -



ohne Zinsen - auf Antrag an eine andere berufsständische Versorgungseinrichtung übertragen, sofern mit dieser ein Überleitungsabkommen nach Absatz 3 besteht und dessen Voraussetzungen für eine Übertragung der Versorgungsabgaben gegeben sind. Mit der Durchführung der Überleitung erlöschen sämtliche Ansprüche gegen die Berliner Ärzteversorgung.

- (2) Entsprechendes gilt für den Fall des Ausscheidens eines Mitgliedes einer anderen auf Gesetz beruhenden Versorgungseinrichtung in der Bundesrepublik Deutschland und Begründung der Mitgliedschaft in der Berliner Ärzteversorgung.
- (3) Der Verwaltungsausschuss kann entsprechende Überleitungsabkommen mit anderen berufsständischen Versorgungseinrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland abschließen. Sie gelten als Bestandteil der Satzung, bedürfen der Zustimmung der Aufsichtsbehörde und sind zu veröffentlichen.

§ 20

Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen

- (1) Einem Mitglied, das noch keine Altersrente gemäß § 9 bezieht und dessen Mitgliedschaft nicht gemäß § 6 Abs. 4 entfallen ist oder gemäß § 7 Abs. 1 beendet oder gemäß § 7 Abs. 4 oder 5 gekündigt wurde, kann auf Antrag ein einmaliger oder wiederholter widerruflicher Zuschuss zu den Kosten notwendiger, ausschließlich medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen gewährt werden, wenn seine Berufsfähigkeit infolge gesundheitlicher Beeinträchtigungen ernsthaft gefährdet, gemindert oder ausgeschlossen ist und durch die Rehabilitationsmaßnahmen voraussichtlich erhalten oder wesentlich gebessert werden kann. Keinen Anspruch auf Zuschussgewährung haben freiwillige Mitglieder der Berliner Ärzteversorgung, die zugleich Pflichtmitglied in einer anderen berufsständischen Versorgungseinrichtung sind. Im Falle des Bezuges einer Berufsunfähigkeitsrente kann ein Zuschuss nur gewährt werden, wenn durch die Rehabilitationsmaßnahme die Berufsfähigkeit voraussichtlich wiederhergestellt werden kann. Der Zuschuss ist mindestens zwei Monate vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme zu beantragen; in akuten Fällen kann der Verwaltungsausschuss Ausnahmen von der Fristvorgabe einräumen.

- (2) Die Voraussetzungen für die Zuschussgewährung sind vom Antragsteller durch ärztliches Gutachten nachzuweisen. Die Versorgungseinrichtung kann auf ihre Kosten eine zusätzliche Begutachtung verlangen. Sie kann die Kostenbeteiligung an Auflagen über Beginn, Dauer, Ort und Art der Durchführung der Maßnahmen knüpfen.
- (3) Die notwendigen Kosten der Rehabilitationsmaßnahmen sind vom Antragsteller unter Beifügung von Belegen vorzuschätzen. Sie bleiben insoweit außer Betracht, als gesetzliche oder satzungsmäßige Erstattungspflicht einer anderen Stelle besteht. Über die Höhe der Kostenbeteiligung entscheidet die Versorgungseinrichtung nach freiem Ermessen unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalles.
- (4) Der Verwaltungsausschuss kann Richtlinien für die Gewährung von Zuschüssen zu medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen erlassen.

§ 21

Bezugsrecht nach dem Tode des Berechtigten

Ist beim Tode eines Mitgliedes

- a) die Rente noch nicht ausgezahlt oder
- b) die Versorgungsabgabe über den Eintritt des Versorgungsfalles hinaus geleistet oder
- c) stirbt ein Mitglied oder ein Hinterbliebener, nachdem der Anspruch erhoben wurde,

so sind zur Fortsetzung des Verfahrens und zum Bezug der bis zum Todestag fälligen Renten oder überzahlter Versorgungsabgaben die Erben berechtigt.

III

Versorgungsabgaben

§ 22

Erhebungsverfahren

- (1) Jedes Mitglied ist ab Begründung der Mitgliedschaft in der Versorgungseinrichtung bis zum Eintritt eines Versorgungsfalles bzw. bis zur Beendigung der Mitgliedschaft gemäß § 6 Abs. 4 oder § 7 Abs. 4 oder 5 zur Leistung von Versorgungsabgaben verpflichtet, sofern



- Einkünfte aus ärztlicher Berufsausübung erzielt werden. Ärztliche Berufsausübung im Sinne der Satzung ist jede Tätigkeit, zu der die ärztliche Ausbildung berechtigt oder bei der Inhalte der ärztlichen Ausbildung überwiegend verwendet werden können.
- (2) Bei Eintritt eines Versorgungsfalles gemäß § 10 haben Mitglieder, die bis zum Eintritt des Versorgungsfalles in einem Angestelltenverhältnis tätig waren, Versorgungsabgaben bis zum Ende der Gehaltsfortzahlung, selbständig ärztlich tätige Mitglieder bis zur Einstellung der ärztlichen Tätigkeit oder dem Erlöschen der Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit zu entrichten. Während eines Arbeitsversuches gemäß § 10 Abs. 4 sind Versorgungsabgaben zu entrichten, die nur im Falle des Scheiterns des Arbeitsversuches keine Auswirkungen auf die Rentenhöhe entfalten. Werden für Mitglieder nach Eintritt der Berufsunfähigkeit Rentenversicherungsbeiträge aus nicht erwerbsmäßiger Pflgetätigkeit gezahlt, entfalten diese nur im Fall des § 10 Abs. 6 keine Auswirkungen auf die Rentenhöhe.
 - (3) Die Versorgungsabgabe ist monatlich, spätestens bis zum Letzten eines jeden Monats zu entrichten.
 - (4) Zahlungen sind unbar zu entrichten. Die Versorgungsabgabe gilt nur als geleistet, wenn sie einem der Bankkonten der Versorgungseinrichtung gutgeschrieben ist. Wurde der Versorgungseinrichtung eine Abbuchungsermächtigung bei der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt oder nimmt das Mitglied am Direktabführungsverfahren des öffentlichen Dienstes teil, gelten die Versorgungsabgaben als rechtzeitig geleistet. Gleiches gilt auch bei Vorliegen einer Einwilligung zur Teilnahme am Lastschriftinzugsverfahren, soweit Kontendeckung vorhanden ist.
 - (5) Nach Eintritt eines Versorgungsfalles geleistete Versorgungsabgaben bleiben bei der Berechnung der Rente unberücksichtigt.
 - (6) Ansprüche des Versorgungswerkes auf Versorgungsabgaben verjähren in vier Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie fällig geworden sind. Für die Berechnung der Verjährungsfristen, für die Hemmung, den Neubeginn und die Wirkung der Verjährung gelten die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches entsprechend.
 - (7) Eine Rückzahlung von überzahlten Versorgungsabgaben ist auf schriftlichen Antrag des Mitgliedes nur innerhalb von drei Monaten ab Zugang der Abrechnung möglich. Nach Fristablauf gilt ein Guthaben als rentenwirksame freiwillige Zahlung.
 - (8) Freiwillige Auffüllbeiträge bis zur allgemeinen Versorgungsabgabe gemäß § 25 Abs. 1 bzw. erhöhte Versorgungsabgaben gemäß § 25 Abs. 2 werden von der Versorgungseinrichtung für das laufende Geschäftsjahr nur rentenwirksam entgegengenommen, wenn sie bis zum 31. Dezember des jeweiligen Kalenderjahres den Konten der Versorgungseinrichtung gutgeschrieben sind.

§ 23

Mahngebühren, Säumniszuschlag, Zinsen

- (1) Von den Mitgliedern, die mit der Zahlung der Versorgungsabgabe länger als zwei Wochen von der Zahlungsaufforderung an ganz oder teilweise in Verzug sind, ist eine Mahngebühr in Höhe von 5 EURO und ein einmaliger Säumniszuschlag in Höhe von 2 % der rückständigen Versorgungsabgabe und bei Zahlungsverzug von länger als drei Monaten nach Zahlungsaufforderung sind 8 % Zinsen ab der jeweiligen Fälligkeit zu erheben. Das Mitglied hat auch die mit der Vollstreckung der Versorgungsabgabe entstehenden Kosten zu tragen.
- (2) Verspätete Zahlungseingänge werden in folgender Reihenfolge gutgeschrieben: Mahngebühren, Säumniszuschläge, Zinsen sowie Versorgungsabgaben.

§ 24

Abzahlungsvereinbarung, Niederschlagung, Aufrechnung

- (1) Der Verwaltungsausschuss kann bei Zahlungsrückstand zur Vermeidung einer mit der Einziehung der Versorgungsabgaben verbundenen erheblichen Härte für das Mitglied eine Abzahlungsvereinbarung mit diesem schließen. Wird eine Abzahlung des Rückstandes in mehr als drei monatlich aufeinander folgenden Raten vereinbart, sind 8 % Zinsen ab der jeweiligen Fälligkeit zu erheben.
- (2) Der Verwaltungsausschuss kann, wenn feststeht, dass die Einziehung keinen Erfolg



haben wird oder wenn die Kosten der Einziehung außer Verhältnis zur Höhe des Anspruches stehen, die Versorgungsabgaben vorläufig bis zu einer etwaigen Wiedererlangung der Zahlungsfähigkeit des Mitgliedes niederschlagen.

- (3) Wegen Ansprüchen auf Erstattung zu Unrecht erbrachter Leistungen kann die Versorgungseinrichtung gegen Ansprüche auf laufende Versorgungsleistungen bis zu deren Hälfte aufrechnen, soweit diese pfändbar sind und das Mitglied oder der Leistungsberechtigte dadurch nicht hilfsbedürftig im Sinne der Vorschriften des SGB XII wird.

§ 25

Allgemeine und erhöhte Versorgungsabgabe

- (1) Die allgemeine Versorgungsabgabe entspricht der Regelung des § 30 Abs. 1 Satz 1 oder Abs. 2.
- (2) Das Mitglied kann als erhöhte Versorgungsabgabe die 1,1-, 1,3- oder 1,5-fache Versorgungsabgabe gemäß § 30 Abs. 1 und in Fällen des § 30 Abs. 2 wahlweise auch gemäß dieser Vorschrift entrichten.

§ 26

Versorgungsabgaben für Angestellte

- (1) Abweichend von § 25 Abs. 1 leisten angestellt tätige Mitglieder mindestens die jeweils gültigen Rentenversicherungsabgaben gemäß §§ 157 ff. oder § 228 a SGB VI. Dies gilt auch für vorübergehend berufsfremd tätige Mitglieder, soweit diese nach § 6 Abs. 5 Satz 2 SGB VI von der Versicherungspflicht in der Deutschen Rentenversicherung befreit bleiben.
- (2) Bei angestellt tätigen Mitgliedern, die gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI von der Versicherungspflicht in der Deutschen Rentenversicherung befreit sind, kann der Versorgungsbeitrag mit Zustimmung des Mitgliedes auch direkt vom Arbeitgeber abgeführt werden; dieser hat der Versorgungseinrichtung dann die zur näheren Bestimmung erforderlichen Daten monatlich bekannt zu geben.
- (3) Angestellt tätige Mitglieder, für die während der Ausübung einer ärztlichen oder nur vorübergehend berufsfremden Tätigkeit keine Befreiung von der Versicherungspflicht in der

Deutschen Rentenversicherung gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI besteht, haben neben den Beiträgen an die Deutsche Rentenversicherung das 0,1-fache der Versorgungsabgabe gemäß § 30 Abs. 1 oder 2 zu entrichten.

- (4) Mitglieder, die von der Versicherungspflicht in der Deutschen Rentenversicherung gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 1 befreit sind und Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II, Unterhaltsgeld oder sonstige Leistungen Dritter beziehen, haben für diese Zeiten Versorgungsabgaben in der Höhe zu zahlen, wie sie ohne Befreiung von der Versicherungspflicht an die Deutsche Rentenversicherung zu entrichten wären.
- (5) Mitglieder leisten während der Zeit des Wehr- bzw. Zivildienstes eine Versorgungsabgabe in der Höhe, wie sie ihnen während dieser Zeit von dritter Seite zu gewähren sind.
- (6) Mitglieder, die eine Versorgungsabgabe gemäß Absatz 1 entrichten, haben für Einkünfte aus sonstigen ärztlichen Tätigkeiten (u. a. zusätzliche Niederlassung, Praxisvertretung, Gutachtertätigkeit, freie Mitarbeit auf Honorarbasis) ebenfalls Versorgungsabgaben zu leisten. Aus dem gesamten Berufseinkommen ist jedoch keine höhere Abgabe als die gemäß § 25 Abs. 1 zu entrichten. Eine Verrechnung negativer Einkünfte aus einer Tätigkeit gemäß Satz 1 mit dem Arbeitsentgelt aus einer Tätigkeit gemäß Absatz 1 bis 3 ist ausgeschlossen.

§ 27

Versorgungsabgaben für freiwillige Mitglieder

- (1) Freiwillige Mitglieder, die ohne Teilnahmeverpflichtung im Bereich einer anderen öffentlich-rechtlichen Versorgungseinrichtung tätig sind oder aufgrund ihrer freiwilligen Mitgliedschaft in der Versorgungseinrichtung von der Pflichtmitgliedschaft in einer anderen öffentlich-rechtlichen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung befreit sind, leisten für die Zeit des Bestehens der freiwilligen Mitgliedschaft Versorgungsabgaben in entsprechender Anwendung der §§ 25 bis 31.
- (2) Freiwillige Mitglieder, die ihren ärztlichen Beruf ausüben und für die neben der vor dem 1. Januar 2006 begründeten freiwilligen Mitgliedschaft eine Pflichtmitgliedschaft in einer anderen öffentlich-rechtlichen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung ihrer Berufsgruppe besteht, leisten mindestens



das 0,1-fache der Versorgungsabgabe gemäß § 30 Abs. 1.

- (3) Freiwillige beamtete bzw. gleichgestellte Mitglieder haben mindestens das 0,1-fache der allgemeinen Versorgungsabgabe gemäß § 30 Abs. 1 zu entrichten.
- (4) Freiwillige Mitglieder, die sich im Ausland aufhalten, haben monatlich mindestens die 0,1-fache Versorgungsabgabe gemäß § 30 Abs. 1 zu entrichten.

§ 28

Besondere Versorgungsabgaben

- (1) Mitglieder ohne ärztliche Berufsausübung mit Bereitschaft zur Weiterentrichtung von Versorgungsabgaben, haben mindestens das 0,1-fache der Versorgungsabgabe gemäß § 30 Abs. 1 zu entrichten.
- (2) In der Deutschen Rentenversicherung pflichtversicherte Selbständige haben mindestens die 0,1-fache Versorgungsabgabe gemäß § 25 Abs. 1 zu entrichten.
- (3) Mitglieder, die eine geringfügige Beschäftigung oder Tätigkeit ausüben und keine Befreiung nach § 6 Abs. 5 Buchstabe b erwirkt haben, haben mindestens die 0,1-fache Versorgungsabgabe gemäß § 25 Abs. 1 zu entrichten.
- (4) Mitglieder, die als nicht erwerbsmäßig Pflegende bei Ihrer Pflegeversicherung einen Antrag auf Beitragsgewährung zur Versorgungseinrichtung gestellt haben, haben Versorgungsabgaben in der Höhe zu entrichten, wie sie sonst zur Deutschen Rentenversicherung zu zahlen wären.
- (5) Ausschließlich selbständig tätige Mitglieder, die zeitgleich im und außerhalb des Geltungsbereiches des Berliner Kammergesetzes tätig und beitragspflichtig sind, haben für die Dauer der überwiegenden Berufsausübung außerhalb des Geltungsbereiches des Berliner Kammergesetzes mindestens die 0,1-fache Versorgungsabgabe gemäß § 25 Abs. 1 zu entrichten.
- (6) Mitglieder der Ärztekammer Berlin, die sich vorübergehend in Staaten außerhalb der Europäischen Union oder Vertragsstaaten des Abkommens über den europäischen Wirtschaftsraum aufhalten, haben mindestens

die 0,1 fache Versorgungsabgabe gemäß § 25 Abs. 1 zu entrichten.

§ 29

Teilerlass der Versorgungsabgabe

- (1) Auf schriftlichen Antrag ist ab dem Zeitpunkt der erstmaligen Niederlassung bis zum Ende des darauf folgenden Kalenderjahres ein Teilerlass der Versorgungsabgabe bis zur 0,2-fachen Versorgungsabgabe gemäß § 25 Abs. 1 ohne Einkommensnachweis möglich.
- (2) Auf schriftlichen Antrag kann auch zu einem späteren Zeitpunkt - gegen Vorlage eines zumindest vorläufigen Einkommensnachweises des Vorjahres - ein Teil der allgemeinen Versorgungsabgabe erlassen werden, sofern diese 15 % aller auf volle 100-Eurobeträge abgerundeten Einnahmen im Sinne des Einkommensteuerrechts übersteigt.
- (3) Auf Antrag ist ab dem Zeitpunkt der Aufnahme einer sonstigen selbständigen Tätigkeit (z.B. Praxisvertreter, Dozent) ein vorläufiger Teilerlass der allgemeinen Versorgungsabgabe bis zum 0,2-fachen der allgemeinen Versorgungsabgabe gemäß § 25 Abs. 1 möglich, sofern diese 15 % aller auf volle 100-Eurobeträge abgerundeten Einnahmen im Sinne des Einkommensteuerrechts übersteigt.

Unterschreiten die Einkünfte 25 % der jeweiligen Beitragsbemessungsgrenze, wie sie in der Deutschen Rentenversicherung gilt, kann auf schriftlichen Antrag des Mitglieds die Versorgungsabgabe auf 10 % aller auf volle 100-Eurobeträge abgerundeten Einnahmen im Sinne des Einkommensteuerrechts herabgesetzt werden.

- (4) Ein Antrag in den Fällen der Absätze 1 bis 3 muss spätestens sechs Monate nach Beginn des beantragten Teilerlasszeitraums bei der Versorgungseinrichtung eingegangen sein.
- (5) Der endgültige Einkommensnachweis zur Überprüfung der Berechtigung des gewährten Teilerlasses ist im Fall
 - a) des Absatz 2 durch Vorlage des Einkommensteuerbescheides des Jahres, das dem Erlassjahr vorausgeht, bis zum Ende des Erlassjahres zu führen,
 - b) des Absatz 3 durch Vorlage des Einkommensteuerbescheides für das Erlassjahr



bis zum Ende des darauf folgenden Jahres zu führen.

Die Vorlage des Einkommensteuerbescheides kann durch eine Bescheinigung eines Angehörigen der steuerberatenden Berufe ersetzt werden.

Auf der Grundlage der errechneten individuellen Versorgungsabgaben sind auch die vorläufig zu entrichtenden laufenden Versorgungsabgaben neu festzusetzen.

- (6) Werden Einkünfte aufgrund von Tätigkeiten erzielt, die zugleich unter Absatz 3 und Absatz 1 oder Absatz 2 fallen, ist für die Bemessung der Versorgungsabgabe die Einordnung der zeitlich überwiegenden Tätigkeit maßgebend. Die Einordnung kann nur mit Wirkung für die Zukunft durch schriftliche Erklärung verändert werden und ist jeweils für ein Kalenderjahr verbindlich.

§ 30

Höhe der jährlichen Versorgungsabgabe

- (1) Die jährliche (1,0-fache) Versorgungsabgabe entspricht der Summe der höchsten monatlichen Pflichtbeiträge gemäß §§ 157 bis 159 SGB VI im selben Jahr.
- (2) Abweichend von Absatz 1 entspricht für Mitglieder, die ihre Einkünfte aus ärztlicher Berufsausübung im Rechtskreis Ost - neue Bundesländer und Ostteil von Berlin - erzielen, die jährliche (1,0-fache) Versorgungsabgabe der Summe der höchsten monatlichen Pflichtbeiträge gemäß § 228 a Abs. 1 Satz 1 SGB VI im selben Jahr.

§ 31

Zuzahlungen zur Vorziehung des Rentenbeginnalters

- (1) Zur Vermeidung von Rentenabschlägen bei der Vorziehung des Beginnalters der Altersrente bis frühestens auf die Vollendung des 60. Lebensjahres kann ein Mitglied freiwillige Zuzahlungen leisten, jedoch nur, soweit diese vor dem 1. Januar 2006 geleistet wurden oder noch erforderlich sind, um bei einer bereits vor diesem Zeitpunkt begonnenen Zuzahlung die Vorziehung um ein volles Lebensjahr zu vollenden.
- (2) Die Höhe der Zuzahlungen bestimmt das Mitglied selbst. Sie dürfen jedoch einerseits

3/10 der Jahres-Normalabgabe nicht unterschreiten, andererseits zusammen mit den laufenden Versorgungsabgaben des betreffenden Kalenderjahres insgesamt das zwölfwache der Beiträge, die sich bei einer Beitragsbemessungsgrundlage in Höhe der doppelten monatlichen Bemessungsgrenze in der Deutschen Rentenversicherung ergeben würde, nicht überschreiten.

- (3) Die Zuzahlungen nach Absatz 2 werden im Falle der Berufsunfähigkeit von Amts wegen an das Mitglied, bei Tod an die Bezugsberechtigten nach § 21 ohne Zinsen erstattet. Dies gilt nicht für den Teil, der zur Vorziehung des Beginnalters für die Altersrente um volle Jahre benötigt wurde, wenn auf Antrag des Mitgliedes die Feststellung des Beginnalters nach den Absätzen 1 und 4 erfolgt ist.
- (4) Die für die Vorziehung des Beginnalters für die Altersrente benötigten Beträge sind nach versicherungsmathematischen Grundsätzen pauschaliert und ergeben sich für die Vorziehung um jeweils ein Jahr aus der Tabelle 1*. Das Eintrittsalter bestimmt sich dabei nach § 9 Abs. 4; die Mitgliedsdauer ergibt sich aus der Differenz zwischen dem Jahr, in dem die Abkürzung durchgeführt wird und dem Jahr, in dem die Mitgliedschaft begonnen hat. Der sich entsprechend Satz 2 aus der Tabelle ergebende Prozentsatz ist mit der Jahresnormalabgabe gemäß § 30 Abs. 1 zu multiplizieren.

§ 32

Nachversicherung

- (1) Auf Antrag führt die Versorgungseinrichtung die Nachversicherung gemäß § 186 SGB VI durch.
- (2) Bei der Versorgungseinrichtung können Ärzte (Ärztinnen) nachversichert werden, die
 - a) unmittelbar vor Beginn der Nachversicherungszeit Mitglied waren oder
 - b) innerhalb eines Jahres nach Ende der Nachversicherungszeit Mitglied in der Versorgungseinrichtung werden und durch die Nachversicherungszeiten ein Eintritts-

* Tabelle 1 ist am Ende des Satzungstextes abgedruckt.



alter vor dem vollendeten 60. Lebensjahr erreicht wird.

- (3) Bei Vorliegen der Voraussetzungen ist die Versorgungseinrichtung verpflichtet, vom Arbeitgeber des Nachzuversichernden die Beiträge entgegenzunehmen, die für die Nachversicherungszeit an die Deutsche Rentenversicherung zu entrichten wären. Diese Beiträge sind so zu behandeln, als ob sie als Versorgungsabgaben in den Zeiten entrichtet worden wären, für die die Nachversicherung durchgeführt wird; dies gilt nicht für jene Beitragsanteile, die sich aus der Erhöhung des für die Nachversicherung zugrunde zu legenden Entgeltes gemäß § 181 Abs. 4 SGB VI ergeben, sie werden der Versicherungsgemeinschaft gutgebracht. Versorgungsabgaben, die der Betreffende während der Nachversicherungszeit an die Versorgungseinrichtung geleistet hat werden durch die Nachversicherung nicht berührt, soweit diese Versorgungsabgaben und der Beitrag aus der Nachversicherung für das jeweilige Jahr zusammen das zwölfwache der Beiträge, die sich bei einer Beitragsbemessungsgrundlage in Höhe der doppelten monatlichen Bemessungsgrenze in der Deutschen Rentenversicherung ergeben würden, nicht überschreiten; übersteigende Teile der Versorgungsabgaben werden zurückerstattet; hinsichtlich der Beitragsanteile, die sich für das jeweilige Jahr aus der Erhöhung des für die Nachversicherung zugrunde zu legenden Entgeltes gemäß § 181 Abs. 4 SGB VI ergeben, findet Satz 2 2. Halbsatz entsprechende Anwendung.
- (4) Der Nachversicherte gilt rückwirkend als Pflichtmitglied der Versorgungseinrichtung. Der Eintritt des Versorgungsfalles steht der Nachversicherung nicht entgegen.

§ 33

Bescheinigung über Leistung der Versorgungsabgaben

Den Mitgliedern wird von der Versorgungseinrichtung alljährlich eine Bescheinigung über die im abgelaufenen Kalenderjahr entrichteten Versorgungsabgaben sowie über den Stand der Anwartschaftshöhe übersandt.

IV

Zweck und Verwendung der Mittel, Finanzierungsverfahren

§ 34

Zweck und Verwendung der Mittel, Finanzierungsverfahren

- (1) Die Mittel der Versorgungseinrichtung dürfen nur zur Bestreitung der in dieser Satzung vorgesehenen Leistungen, der notwendigen Verwaltungskosten sowie zur Bildung der erforderlichen Rückstellungen und Rücklagen (u. a. geschäftsplanmäßige Deckungsrückstellung, Zinsschwankungsreserve, Rückstellung für Anpassung an veränderte biometrische Ausscheidewahrscheinlichkeiten, Gewinnrückstellung, Sicherheitsrücklage) verwendet werden.

Auf der Grundlage des Bestandes an Mitgliedern zum Berechnungszeitpunkt sowie eines Zuganges von Beitragsverpflichteten in bestimmtem Umfang und unbegrenzter Dauer müssen der rechnermäßige Wert aller künftigen Beiträge und der sonstigen Einnahmen sowie das Vermögen den Betrag decken, der nach der Wahrscheinlichkeitsrechnung mit Zins und Zinseszinsen erforderlich ist, um alle künftigen Aufwendungen zu bestreiten (Modifizierte Kapitaldeckung im Offenen Deckungsplanverfahren).

- (2) Die Versorgungseinrichtung hat jährlich eine versicherungsmathematische Bilanz durch einen Versicherungsmathematiker aufstellen zu lassen. Ergibt sich nach dieser Bilanz ein Überschuss, so sind mindestens 2,5 v. H. davon einer Sicherheitsrücklage zuzuweisen, bis diese 5 v. H. der Deckungsrückstellung erreicht oder nach Inanspruchnahme wieder erreicht hat. Die Sicherheitsrücklage darf nur zur Deckung von Verlusten in Anspruch genommen werden. Der verbleibende Überschuss ist in voller Höhe der Gewinnrückstellung zuzuweisen, der Beträge ausschließlich zur Erhöhung des Rentenbemessungsbetrages oder zur anderweitigen Verbesserung der Versorgungsleistungen, zur Auffüllung der Deckungsrückstellung wegen erwarteter Zinssatzänderungen sowie erwarteter Veränderungen der biometrischen Ausscheidewahrscheinlichkeiten oder zur Deckung von Verlusten entnommen werden dürfen, soweit die Sicherheitsrücklage hierfür nicht ausreicht. Einer Entnahme steht die



zweckgebundene Festlegung innerhalb der Gewinnrückstellung gleich.

Für die im Rahmen eines Versorgungsausgleiches gekürzten Beträge (Versorgungsanrechte) ist im Hinblick auf die Erstattungspflicht gegenüber der Deutschen Rentenversicherung eine Deckungsrückstellung zu bilden.

- (3) Die jährliche Prüfung des Jahresabschlusses muss spätestens acht Monate nach Beendigung des Geschäftsjahres durch den für die Prüfung des Jahresabschlusses bestimmten öffentlich bestellten Wirtschaftsprüfer beendet sein.

§ 35

Abtretung, Verpfändung

Rentenansprüche können nicht abgetreten und nicht übertragen werden.

V

Übergangsbestimmung

§ 36

Übergangsbestimmung zu § 10 Abs. 5

Für Mitglieder, deren Mitgliedschaft in der Versorgungseinrichtung bis zum 31. Dezember 1998 begründet wurde, errechnet sich die Höhe der Berufsunfähigkeitsrente für einen Übergangszeitraum von zehn Jahren ab dem 1. Januar 1999, indem die Anwartschaft auf Altersrente gemäß § 9 Abs. 5 oder 6 um 0,20 %-Punkte pro Monat gekürzt wird. Dies gilt entsprechend für Mitglieder, für die Beiträge im Wege einer Beitragsüberleitung bzw. Nachversicherung an die Berliner Ärzteversorgung übertragen wurden und einen Mitgliedschaftsbeginn vor dem 1. Januar 1999 aufweisen.

Hat ein Mitglied bereits durch freiwillige Zuzahlung eine Vorziehung des Rentenbeginners erreicht, reduzieren sich die monatlichen/jährlichen Abschläge wie folgt:

erreichtes Alter für den Altersrentenbeginn	Prozentualer Abschlag monatlich / jährlich
64	0,16 %-Punkte / 1,92 %-Punkte
63	0,12 %-Punkte / 1,44 %-Punkte
62	0,08 %-Punkte / 0,96 %-Punkte
61	0,04 %-Punkte / 0,48 %-Punkte
60	0,00 %-Punkte / 0,00 %-Punkte

Nach Vollendung des 60. Lebensjahres oder bei Entfallen der Voraussetzungen für die Gewährung einer Berufsunfähigkeitsrente nach Vollendung des 60. Lebensjahres steigert sich die jeweilige Anwartschaft auf Berufsunfähigkeitsrente für jeden Monat nach diesem Zeitpunkt um 0,4 %-Punkte, begrenzt auf maximal 100 % der nach § 9 berechneten Anwartschaft auf Altersrente.

Erfolgt während des Übergangszeitraums von zehn Jahren ab dem 1. Januar 1999 eine oder eine weitere Vorziehung des Rentenbeginners, so wird das Mitglied so gestellt, als ob es ab Beginn des Übergangszeitraums bereits dieses Rentenbeginners erreicht hätte.

VI

§ 37

Inkrafttreten und Außerkrafttreten

Diese Satzung tritt am 1. Januar 2006 in Kraft. Zum gleichen Zeitpunkt tritt die Satzung vom 26. Januar 1994 (ABl. 1995 S. 2659), zuletzt geändert am 20. April 2005 (ABl. S. 2121), außer Kraft.