Freie Hansestadt Bremen

Bekanntmachung der Neufassung der Satzung des Versorgungswerkes der Ärztekammer Bremen

Inkrafttreten: 01.01.2015
Fundstelle: Brem.ABl. 2011, 209

außer Kraft

Vom 8. Februar 2011

Zuletzt geändert durch Verwaltungsvorschrift vom 24.11.2014 (Brem.ABl. 2015 S. 28)[1]

Aufgrund des Artikels 2 der Änderung der Satzung des Versorgungswerkes der Ärztekammer Bremen in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. November 2010 (Brem.ABl. 2011 S. 1) wird nachstehend der Wortlaut der Satzung des Versorgungswerkes der Ärztekammer Bremen in der vom 1. Januar 2011 geltenden Fassung unter Berücksichtigung

1. der Bekanntmachung der Neufassung der Satzung des Versorgungswerkes der Ärztekammer Bremen vom 5. April 1995 (Brem.ABl. S. 526),

2. der Änderung der Satzung des Versorgungswerkes der Ärztekammer Bremen vom 4. Dezember 1995 (Brem.ABl. 1996 S. 91),

3. der Änderung der Satzung des Versorgungswerkes der Ärztekammer Bremen vom 2. Dezember 1996 (Brem.ABl. 1997 S. 101),

4. der Änderung der Satzung des Versorgungswerkes der Ärztekammer Bremen vom 23. November 1998 (Brem.ABl. 1999 S. 143),

5. der Änderung der Satzung des Versorgungswerkes der Ärztekammer Bremen vom 24. September 2001 (Brem.ABl. S. 890),

6. der Änderung der Satzung des Versorgungswerkes der Ärztekammer Bremen vom 26. November 2001 (Brem.ABl. 2002 S. 148),

7. der Änderung der Satzung des Versorgungswerkes der Ärztekammer Bremen vom 17. Juni 2002 (Brem.ABl. S. 618),

8. der Änderung der Satzung des Versorgungswerkes der Ärztekammer Bremen vom 22. November 2004 (Brem.ABl. 2005 S. 67),

9. der Änderung der Satzung des Versorgungswerkes der Ärztekammer Bremen vom 27. Juni 2005 (Brem.ABl. S. 723),

10. der Änderung der Satzung des Versorgungswerkes der Ärztekammer Bremen vom 26. November 2007 (Brem.ABl. 2008 S. 37),

11. der Änderung der Satzung des Versorgungswerkes der Ärztekammer Bremen vom 24. November 2008 (Brem.ABl. 2009 S. 231),

12. der Änderung der Satzung des Versorgungswerkes der Ärztekammer Bremen vom 22. Juni 2009 (Brem.ABl. S. 747),

13. der Änderung der Satzung des Versorgungswerkes der Ärztekammer Bremen vom 22. November 2010 (Brem.ABl. 2011 S. 1)

neu bekannt gemacht.

Bremen, den 8. Februar 2011

Der Verwaltungsrat
des Versorgungswerkes der
Ärztekammer Bremen

außer Kraft

**Satzung des Versorgungswerkes
der Ärztekammer Bremen**

Aufgrund des § 11 Absatz 1 und des § 22 Absatz 1 Nummer 5 des Gesetzes über die Berufsvertretung, die Berufsausübung, die Weiterbildung und die Berufsgerichtsbarkeit der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Tierärzte und Apotheker (Heilberufsgesetz) in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. April 2005 (Brem.GBl. S. 149), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 24. November 2009 (Brem.GBl. S. 535), hat die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Bremen die nachstehende Satzung des Versorgungswerkes der Ärztekammer Bremen beschlossen:

I.
Aufgaben des Versorgungswerkes und Kreis seiner Mitglieder

§ 1
Rechtsnatur, Sitz und Aufgaben

(1) Das Versorgungswerk ist eine Einrichtung der Ärztekammer Bremen. Es hat seinen Sitz in Bremen.

(2) Das Versorgungswerk wird gerichtlich und außergerichtlich durch den Präsidenten der Ärztekammer vertreten (§ 24 Absatz 1 HeilBerG).

(3) Das Versorgungswerk hat die Aufgabe, für die Angehörigen der Ärztekammer und ihre Familienmitglieder gemäß den Bestimmungen des § 11 Absatz 1 HeilBerG Versorgungsleistungen nach Maßgabe dieser Satzung zu gewähren.

(4) Satzungsänderungen werden im Amtsblatt der Freien Hansestadt Bremen bekannt gemacht. Diese und alle übrigen Bekanntmachungen des Versorgungswerkes erfolgen durch Rundschreiben.

§ 2
Verwaltungsorgane

(1) Verwaltungsorgane des Versorgungswerkes sind:

a) die Delegiertenversammlung der Ärztekammer,

b) der Aufsichtsausschuss,

c) der Verwaltungsausschuss.

(2) Die Mitglieder der Verwaltungsorgane haften für den Schaden, der dem Versorgungswerk aus einer vorsätzlichen oder grob fahrlässigen Verletzung der ihnen obliegenden Pflichten entsteht.

§ 3
Delegiertenversammlung

(1) Die Delegiertenversammlung beschließt über:

a) Änderung dieser Satzung,

b) Wahl und Abberufung der Mitglieder des Aufsichts- und Verwaltungsausschusses,

c) Feststellung des Jahresabschlusses,

d) Entlastung des Aufsichts- und des Verwaltungsausschusses,

e) Überleitungsabkommen mit anderen Versorgungseinrichtungen,

außer Kraft

f) Änderung der Bemessungsgrundlage (§ 20 Absatz 3),

g) Anpassung der laufenden Renten,

h) Änderung der Versorgungsabgaben,

i) Auflösung des Versorgungswerkes und die im Zuge der Abwicklung erforderlichen Maßnahmen; hierzu ist die Delegiertenversammlung mit einer Frist von mindestens einem Monat zu laden.

(2) Ein Beschluss über die Änderung der Satzung bedarf der Zustimmung von zwei Dritteln, ein Beschluss über die Auflösung des Versorgungswerkes bedarf der Zustimmung von vier Fünfteln der Mitglieder der Delegiertenversammlung. Diese Beschlüsse bedürfen der Genehmigung der Aufsichtsbehörde.

§ 4
Aufsichtsausschuss

(1) Der Aufsichtsausschuss besteht aus sieben Mitgliedern, von denen mindestens fünf dem Versorgungswerk angehören müssen; eines von diesen soll der Bezirksstelle Bremerhaven der Ärztekammer angehören. Von den beiden weiteren Mitgliedern soll eines zum Richteramt befähigt, das andere auf dem Gebiet des Finanz- oder Versicherungswesens erfahren sein.

(2) Die Mitglieder des Aufsichtsausschusses werden von der Delegiertenversammlung für die Dauer von vier Jahren einzeln gewählt. Wiederwahl ist zulässig.

(3) Der Aufsichtsausschuss wählt aus seiner Mitte den Vorsitzenden und dessen Stellvertreter.

(4) Der Aufsichtsausschuss ist beschlussfähig, wenn mindestens fünf seiner Mitglieder anwesend sind. Er fasst seine Beschlüsse mit einfacher Mehrheit. Bei Stimmengleichheit gilt der Beschluss als nicht gefasst. Eine Stimmenthaltung ist nicht zulässig.

(5) Zu den Sitzungen des Aufsichtsausschusses sind die Aufsichtsbehörde sowie der Präsident der Ärztekammer einzuladen.

(6) Aufwandsentschädigungen und Kostenerstattungen für die Tätigkeit der Mitglieder des Aufsichtsausschusses werden durch Beschluss der Delegiertenversammlung geregelt.

(7) Scheidet ein Mitglied des Aufsichtsausschusses während seiner Amtszeit aus, wählt die Delegiertenversammlung für das ausgeschiedene Mitglied einen Nachfolger für dessen restliche Amtszeit.

außer Kraft

§ 5
Aufgaben des Aufsichtsausschusses

Aufgaben des Aufsichtsausschusses sind:

a) Überwachung der Geschäftstätigkeit,

b) Prüfung der Bilanz und der Gewinn- und Verlustrechnung,

c) Aufstellung von Richtlinien für die Kapitalanlage des Versorgungswerkes,

d) Beschlussfassung über Erwerb, Veräußerung und Bebauung von Grundstücken,

e) Entscheidungen über Widersprüche gegen Bescheide des Verwaltungsausschusses.

§ 6
Verwaltungsausschuss

(1) Der Verwaltungsausschuss besteht aus sechs Mitgliedern, von denen vier dem Versorgungswerk angehören müssen (ärztliche Mitglieder); von den beiden weiteren Mitgliedern soll eines zum Richteramt befähigt, das andere auf dem Gebiet des Finanz- oder Versicherungswesens erfahren sein.

(2) Die ärztlichen Mitglieder werden durch die Delegiertenversammlung auf die Dauer von fünf Jahren gewählt. Ein ärztliches Mitglied soll der Bezirksstelle Bremerhaven der Ärztekammer angehören. Wiederwahl ist zulässig. Die weiteren Mitglieder werden auf Vorschlag der Delegiertenversammlung durch Vertrag bestellt. Die Dauer ihrer Zugehörigkeit zum Verwaltungsausschuss richtet sich nach dem Vertrag. Die Delegiertenversammlung bestimmt aus den Mitgliedern dessen Vorsitzenden und seinen Stellvertreter.

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

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

(5) Ein Beschluss des Verwaltungsausschusses kommt nur zustande, wenn vier Mitglieder zustimmen. Eine Stimmenthaltung ist nicht zulässig.

(6) Zu den Sitzungen des Verwaltungsausschusses ist der Präsident der Ärztekammer einzuladen.

außer Kraft

(7) Aufwandsentschädigungen und Kostenerstattungen für die Tätigkeit der Mitglieder des Verwaltungsausschusses werden durch Beschluss der Delegiertenversammlung geregelt.

(8) Scheidet ein ärztliches Mitglied des Verwaltungsausschusses während seiner Amtszeit aus, wählt die Delegiertenversammlung für das ausgeschiedene Mitglied einen Nachfolger für dessen restliche Amtszeit.

§ 7
Aufgaben des Verwaltungsausschusses

Der Verwaltungsausschuss führt die Geschäfte, soweit sie nicht durch diese Satzung anderen Organen übertragen sind. Er führt die Beschlüsse der Delegiertenversammlung und des Aufsichtsausschusses durch. Er ist verpflichtet, jährlich spätestens neun Monate nach Beendigung des Geschäftsjahres einen Geschäftsbericht mit Vermögensnachweis sowie die Bilanz mit Gewinn- und Verlustrechnung dem Aufsichtsausschuss zur Prüfung vorzulegen. In den Jahren, in denen gemäß § 34 Absatz 3 ein versicherungsmathematisches Gutachten eingeholt wird, entfällt hinsichtlich der Bilanz die Neun-Monats-Frist. Das Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr.

§ 8
Pflichtmitgliedschaft

(1) Mitglieder des Versorgungswerkes sind alle Personen, die bei Inkrafttreten des Versorgungswerkes Angehörige der Ärztekammer Bremen waren.

(2) Personen, die Angehörige der Ärztekammer werden, sind Pflichtmitglieder des Versorgungswerkes, es sei denn, sie sind berufsunfähig oder haben bereits das 60. Lebensjahr überschritten. Die Zugangsgrenze von 60 Jahren findet keine Anwendung auf Kammerangehörige, die nach dem 31. Oktober 2012 eine neue sozialversicherungspflichtige berufsspezifische Beschäftigung im Land Bremen ausüben. Für diese gilt als Zugangsgrenze der Zeitpunkt des Beginns der Regelaltersgrenze gemäß § 15 Absatz 1 der Satzung.

(3) Dem Versorgungswerk gehören nicht an:

a) Angehörige der Ärztekammer, die ihren ärztlichen Beruf nicht oder nicht im Geltungsbereich des Grundgesetzes für die Bundesrepublik Deutschland ausüben, ausgenommen die Ärzte, die zum Wehrdienst oder zum zivilen Ersatzdienst einberufen sind.

b) Angehörige der Ärztekammer, die als Beamte oder als Angestellte nach beamtenrechtlichen Grundsätzen Anspruch auf Ruhegehalt und Hinterbliebenenversorgung haben.

außer Kraft

c) Sanitätsoffiziere als Berufssoldaten oder Zeitsoldaten,

d) Angehörige der Ärztekammer, denen die Mitgliedschaft im eigenen oder in einem anderen Versorgungswerk im Bundesgebiet wegen Überschreitens der 45-Jahresgrenze versagt geblieben ist,

e) Angehörige der Ärztekammer, die schon Mitglied einer anderen Versorgungseinrichtung in der Bundesrepublik Deutschland sind und vor dem 31. Dezember 2004 bereits das 45. Lebensjahr vollendet haben. Satz 1 findet keine Anwendung auf Kammerangehörige, die am 31. Dezember 2004 das 45. Lebensjahr bereits vollendet haben und nach dem 31. Oktober 2012 eine neue sozialversicherungspflichtige berufsspezifische Beschäftigung im Land Bremen ausüben.

Scheiden Angehörige der Ärztekammer aus den Tätigkeiten nach Buchstaben b und c aus, so werden sie Mitglieder des Versorgungswerkes.

(4) Aus dem Versorgungswerk scheiden Mitglieder aus,

a) die der Ärztekammer nicht mehr angehören und eine Erklärung über ihr Ausscheiden aus dem Versorgungswerk abgeben. Der Erklärung bedarf es nicht, wenn Ausländer, die nicht Staatsangehörige eines EU/EWR Mitgliedstaats sind, ihren ständigen Aufenthalt in das Ausland verlegen. Der Erklärung über das Ausscheiden steht gleich ein Antrag auf Beitragsüberleitung nach § 24 Absatz 1; in diesem Falle endet die Mitgliedschaft mit dem Beginn des Tages der Gutschrift des Überleitungsbetrags bei der neuen Versorgungseinrichtung;

b) die ihren ärztlichen Beruf nicht nur vorübergehend außerhalb des Landes Bremen ausüben und Pflichtmitglieder einer anderen Einrichtung zur Alters-, Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenenversorgung (Versorgungseinrichtung) geworden sind;

c) bei denen die Voraussetzungen nach Absatz 3 Buchstaben b und c während der Mitgliedschaft eintreten.

Ein Mitglied, das den ärztlichen Beruf nur vorübergehend nicht ausübt, um einer anderen versicherungspflichtigen Tätigkeit nachzugehen, kann auf Antrag seine Mitgliedschaft im Versorgungswerk fortsetzen, wenn diese Tätigkeit infolge ihrer Eigenart oder vertraglich im Voraus zeitlich begrenzt ist (§ 6 Absatz 5 Satz 2 SGB VI).

(5) Angehörige der Ärztekammer, die ihren ärztlichen Beruf nur unentgeltlich ausüben (z.B. Stipendiaten), können auf Antrag von der Mitgliedschaft befreit werden.

außer Kraft

(6) Über Ausnahmen entscheidet der Verwaltungsausschuss.

§ 9
Freiwillige Mitgliedschaft

(1) Pflichtmitglieder, die gemäß § 8 Absatz 4 aus dem Versorgungswerk ausscheiden, können freiwillig die Mitgliedschaft fortsetzen, sofern sie nicht beitragspflichtige Pflichtmitglieder einer anderen Versorgungseinrichtung im Bundesgebiet sind. Eine entsprechende Erklärung ist binnen sechs Monaten nach Beendigung der Pflichtmitgliedschaft abzugeben. Wird die Erklärung erst nach Fristablauf abgegeben, so kann der Verwaltungsausschuss eine ärztliche Untersuchung verlangen. Er entscheidet aufgrund des Untersuchungsergebnisses über den Antrag. Die Kosten der Untersuchung trägt der Antragsteller; der Verwaltungsausschuss kann zur Vermeidung von besonderen Härten beschließen, dass die Kosten ganz oder teilweise vom Versorgungswerk übernommen werden.

(2) Ausländische Mitglieder, die nicht Staatsangehörige eines EU/EWR Mitgliedstaats sind, und die ihren Wohnsitz oder ständigen Aufenthalt im Geltungsbereich des Grundgesetzes aufgeben, können die freiwillige Mitgliedschaft weder erwerben noch fortsetzen.

(3) Die freiwillige Mitgliedschaft kann hinsichtlich der Leistungen und der Abgaben auf Vollmitgliedschaft, Halbmitgliedschaft, Drei-Zehntel-Mitgliedschaft oder Ein-Zehntel-Mitgliedschaft herauf- oder herabgesetzt werden. Im Falle der Heraufsetzung gilt Absatz 1 Satz 3 bis 5 entsprechend. § 27 Absatz 2 bleibt unberührt.

(4) Die freiwillige Mitgliedschaft kann mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendermonats gekündigt werden. Für die Erstattung von Versorgungsabgaben gilt § 39.

§ 9a
Ruhen der Mitgliedschaft

(1) Die Mitgliedschaft und die freiwillige Mitgliedschaft ruhen, wenn seit Eingang der letzten Beitragszahlung ein Jahr verstrichen ist und wenn entweder der Aufenthalt des Mitglieds unbekannt und nicht zu ermitteln ist oder die Beitreibung der Beiträge nach dem Ergebnis eines Vollstreckungsversuchs aussichtslos erscheint.

(2) Für die Dauer des Ruhens wird die Mitgliedschaft beitragsfrei geführt.

(3) Die ruhende Mitgliedschaft kann wieder aufgenommen werden. Wird sie aufgenommen, so gilt § 9 Absatz 1 Satz 3 bis 5 entsprechend. Wird sie nicht aufgenommen, so erlischt die Mitgliedschaft im Versorgungswerk fünf Jahre nach Beginn des Ruhens.

außer Kraft

§ 10
Nachversicherung

(1) Mitglieder des Versorgungswerkes, die nach Ausscheiden aus einer versicherungsfreien Beschäftigung nachzuversichern sind, können beantragen, dass die Nachversicherungsbeiträge an das Versorgungswerk zu zahlen sind.

(2) Der Antrag ist vor Ablauf eines Jahres nach Ausscheiden aus der versicherungsfreien Beschäftigung beim Versorgungswerk zu stellen.

(3) Das Versorgungswerk ist verpflichtet, die Nachversicherungsbeiträge entgegenzunehmen. Sie sind so zu behandeln, als ob sie als Versorgungsabgaben rechtzeitig in der Zeit entrichtet worden wären, für die die Nachversicherung durchgeführt wird. Der Erhöhungsbetrag, der sich aus § 181 Absatz 4 SGB VI ergibt, bleibt bei allen nach dem 31. März 1992 eingehenden Nachversicherungsbeiträgen unberücksichtigt. Hat das Mitglied während der Nachversicherungszeit Versorgungsabgaben entrichtet, so werden diese, soweit dadurch die Versorgungsabgabe der einzelnen Jahre überschritten wird, auf Antrag erstattet. Erfolgt eine Erstattung nicht, so werden diese Abgaben als freiwillige Zuzahlung im Sinne des § 28 angesehen.

(4) Der Nachversicherte gilt rückwirkend für die Dauer der Nachversicherung als Mitglied des Versorgungswerkes. Der Eintritt des Versorgungsfalles steht der Nachversicherung nicht entgegen.

§ 11
Auskunftspflicht des Mitglieds

Die Mitglieder haben dem Versorgungswerk die zur Erfüllung seiner Aufgaben notwendigen Angaben zu machen und die dazu verlangten Nachweise beizubringen.

II
Leistungen des Versorgungswerkes

§ 12
Leistungen

(1) Das Versorgungswerk gewährt folgende Leistungen:

a) Berufsunfähigkeitsrente,

b) Altersrente,

c) Hinterbliebenenrente,

außer Kraft

d) Kinderzuschuss,

e) Beitragserstattung,

f) Rentenabfindung.

Auf die Leistungen besteht ein Rechtsanspruch.

(2) Darüber hinaus können Zuschüsse zu den Kosten von Rehabilitationsmaßnahmen gewährt werden.

(3) Monatlich zu zahlende Leistungen werden mit Beginn des jeweiligen Monats fällig.

§ 13
Berufsunfähigkeitsrente

(1) Jedes Mitglied, das mindestens für einen Monat Versorgungsabgabe geleistet hat und das infolge eines körperlichen Gebrechens oder wegen Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte voraussichtlich dauernd zur Ausübung des ärztlichen Berufes unfähig ist und eine ärztliche Tätigkeit unter Anzeige an die Ärztekammer nicht mehr ausübt, hat Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente.

(2) Ärztliche Tätigkeit ist jede Tätigkeit, bei der ärztliche Vorbildung überwiegend verwandt werden kann. Die ärztliche Tätigkeit gilt nicht als eingestellt, wenn und solange die Praxis durch Vertreter oder mit Assistenten weitergeführt wird. Dies gilt bei angestellten Ärzten für den Zeitraum, in dem ihnen vom Arbeitgeber noch Bezüge zufließen, oder das Mitglied hinsichtlich des ärztlichen Berufes bei einem Träger der Arbeitslosenverwaltung als Arbeit suchend gemeldet ist. Die Tätigkeit eines Partners einer Gemeinschaftspraxis gilt nicht als Vertretung im Sinne von Satz 2.

(3) Berufsunfähigkeitsrente auf Zeit erhält ein Mitglied, das wegen einer absehbar nur vorübergehenden Berufsunfähigkeit seinen Beruf länger als sechs Monate nicht ausüben kann.

Eine nach Satz 1 gewährte Zeitrente kann auf Antrag des Mitglieds verlängert werden, wenn es nachweist, dass die für die Rentengewährung maßgebenden Gründe noch vorliegen. Im Übrigen finden auf die Zeitrente die Absätze 1 und 2 entsprechende Anwendung, jedoch kann ein vorübergehend berufsunfähiges Mitglied mit Zustimmung des Verwaltungsausschusses für die Dauer bis zu 12 Monaten einen Praxisvertreter bestellen. Der Verwaltungsausschuss kann anordnen, dass die bisher gezahlte Rente bis zur Entscheidung über den Verlängerungsantrag unter dem Vorbehalt der Rückforderung

außer Kraft

ganz oder teilweise weiterzuzahlen ist, sofern überwiegend wahrscheinlich ist, dass die Voraussetzungen für die Rentengewährung weiterhin vorliegen.

(4) Berufsunfähigkeitsrente wird auch gewährt, wenn

a) die Pflichtmitgliedschaft entfallen ist und die freiwillige Mitgliedschaft nicht aufrechterhalten ist,

b) gemäß § 9a Absatz 2 oder § 30 Absatz 2 Beitragsfreiheit besteht.

§ 14

(1) Berufsunfähigkeitsrente wird nur auf Antrag gewährt. Dem Antrag sind alle Unterlagen, insbesondere ärztliche Bescheinigungen, beizufügen, die den Eintritt der Berufsunfähigkeit belegen.

(2) Auf Verlangen des Verwaltungsausschusses ist das Mitglied verpflichtet, sich zur Feststellung des Eintritts oder der Fortdauer der Berufsunfähigkeit ärztlich untersuchen oder beobachten zu lassen. Aufgrund der Untersuchungs- und/oder Beobachtungsergebnisse fällt der Verwaltungsausschuss seine Entscheidung. Die Kosten der Untersuchung und Beobachtung trägt das Versorgungswerk. Der Verwaltungsausschuss kann außerdem verlangen, dass sich das Mitglied, das Rente beantragt hat oder erhält, einer vom medizinischen Gutachter empfohlenen Heilbehandlung oder qualifizierenden Maßnahmen unterzieht, wenn zu erwarten ist, dass diese Maßnahmen die Gründe der Berufsunfähigkeit beseitigen oder eine drohende Berufsunfähigkeit verhindern und für den Antragsteller zumutbar sind.

(3) Der Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente entsteht, wenn die satzungsmäßigen Voraussetzungen vorliegen, mit Beginn des folgenden Monats, frühestens jedoch mit dem Beginn des Monats, der auf den Eingang des Antrags folgt. Der Antrag gilt nur als gestellt, wenn alle Unterlagen, insbesondere ärztliche Bescheinigungen, die den Eintritt der Berufsunfähigkeit anzeigen, vorgelegt worden sind.

Die Berufsunfähigkeitsrente wird erstmals mit dem Beginn des Monats fällig, der auf die Entscheidung über den Rentenantrag folgt. Für angestellte Ärzte wird die Berufsunfähigkeitsrente erstmals ab Beginn des auf die Beendigung der Gehaltsfortzahlung oder des Leistungsbezuges von einem Träger der Arbeitslosenverwaltung folgenden Monats gezahlt.

(4) Der Anspruch endet mit Ablauf des Monats, in dem der Berechtigte

a) wieder berufsfähig wird,

außer Kraft

b) Anspruch auf Altersrente erwirbt (§ 15 Absatz 1 und 2) oder

c) stirbt.

Der Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente endet ferner, wenn das Mitglied sich einer durch den Verwaltungsausschuss angeordneten Nachuntersuchung nicht innerhalb einer Frist von sechs Wochen unterzogen hat oder eine sonstige gemäß Absatz 2 verlangte Maßnahme nicht innerhalb einer festgelegten Frist begonnen hat, mit dem Ende des Monats, in dem diese Frist abgelaufen ist.

(5) Mit Genehmigung des Verwaltungsausschusses kann das Mitglied einen Arbeitsversuch bis zur Dauer von drei Monaten, in besonderen Fällen bis zu sechs Monaten, unternehmen. Für die Dauer des Arbeitsversuchs erhält das Mitglied die Hälfte der bisher gezahlten Berufsunfähigkeitsrente. Ergibt der Arbeitsversuch die Fortdauer der Berufsunfähigkeit, erhält das Mitglied die volle Berufsunfähigkeitsrente für die Zeit des Arbeitsversuchs. Ergibt der Arbeitsversuch die Wiedererlangung der Berufsfähigkeit, endet die Berufsunfähigkeitsrente mit dem Ende des Arbeitsversuchs.

(6) Ist die Berufsunfähigkeit eines Mitglieds durch einen Dritten verursacht und hat das Mitglied deshalb Anspruch auf Schadenersatz, so ist das Mitglied verpflichtet, diesen Anspruch bis zu der Höhe, in der das Versorgungswerk wegen des Schadens Leistungen gewährt, an das Versorgungswerk unverzüglich schriftlich abzutreten. Wird diese Abtretung schuldhaft verzögert, kann das Versorgungswerk die Leistung vorläufig einstellen, sofern der Anspruchsberechtigte hierauf schriftlich hingewiesen wurde und eine gesetzte Nachfrist zur Übersendung der Abtretungserklärung verstrichen ist.

§ 15
Altersrente

(1) Jedes Mitglied hat Anspruch auf lebenslange Altersrente, wenn es mindestens fünf Jahre Versorgungsabgaben geleistet hat. Altersrente wird ab dem Monatsersten nach Vollendung des 65. Lebensjahres gezahlt, wenn das Mitglied vor dem 1. Januar 1954 geboren wurde. Für Mitglieder, die ab dem 1. Januar 1954 geboren wurden, wird die Regelaltersgrenze für den Bezug von Altersrente um einen Kalendermonat pro Geburtsjahr bis zum vollendeten 67. Lebensjahr wie folgt angehoben:

Mitglied Geburtsjahr	Regelaltersgrenze	Mitglied Geburtsjahr	Regelaltersgrenze
1954	65 Jahre und 1 Monat	1966	66 Jahre und 1 Monat
1955	65 Jahre und 2 Monate	1967	66 Jahre und 2 Monate

außer Kraft

1956	65 Jahre und 3 Monate	1968	66 Jahre und 3 Monate
1957	65 Jahre und 4 Monate	1969	66 Jahre und 4 Monate
1958	65 Jahre und 5 Monate	1970	66 Jahre und 5 Monate
1959	65 Jahre und 6 Monate	1971	66 Jahre und 6 Monate
1960	65 Jahre und 7 Monate	1972	66 Jahre und 7 Monate
1961	65 Jahre und 8 Monate	1973	66 Jahre und 8 Monate
1962	65 Jahre und 9 Monate	1974	66 Jahre und 9 Monate
1963	65 Jahre und 10 Monate	1975	66 Jahre und 10 Monate
1964	65 Jahre und 11 Monate	1976	66 Jahre und 11 Monate
1965	66 Jahre	1977	67 Jahre

(2) Abweichend von Absatz 1 haben

a) unverheiratete bzw. nicht in eingetragener Lebenspartnerschaft lebende weibliche Mitglieder und

b) verheiratete bzw. in eingetragener Lebenspartnerschaft lebende weibliche Mitglieder dann, wenn das Mitglied mit Zustimmung seines Ehegatten auf Witwerrente bzw. mit Zustimmung seiner eingetragenen Lebenspartnerin auf Witwenrente schriftlich verzichtet hat,

auf Antrag Anspruch auf Regelaltersrente ab Vollendung des 63. Lebensjahres, sofern sie bereits vor dem 1. Januar 1986 im Land Bremen ärztlich tätig und Mitglied des Versorgungswerkes waren, wenn diese Mitgliedschaft seitdem ununterbrochen bestanden hat. Überleitungen aus anderen Versorgungswerken bzw. Nachversicherungen haben auf das genannte Datum keinen Einfluss. Im Falle einer nach Rentenbeginn erfolgten Heirat oder Eintragung einer Lebenspartnerschaft entsteht nach Inanspruchnahme dieser Sonderregelung kein Anspruch auf Witwer- bzw. Witwenrente.

(3) Altersrente wird auch gewährt, wenn die Pflichtmitgliedschaft entfallen und freiwillige Mitgliedschaft nicht aufrechterhalten ist.

außer Kraft

(4) Mitglieder, die vor dem 1. Januar 2012 eingetreten sind und vor dem 1. Januar 1954 geboren wurden, können schriftlich beantragen, den Beginn der Altersrente auf einen früheren Zeitpunkt vorzuziehen, frühestens jedoch auf den ersten Tag des Monats, der dem Monat folgt, in dem das Mitglied das 60. Lebensjahr vollendet hat.

(4a) Mitglieder, die vor dem 1. Januar 2012 eingetreten sind und nach dem 31. Dezember 1953 geboren wurden, können schriftlich beantragen, den Beginn der Altersrente auf einen früheren Zeitpunkt vorzuziehen, frühestens jedoch auf den ersten Tag des Monats, der dem in der nachfolgenden Tabelle angegebenen Zeitpunkt folgt.

Mitglied Geburtsjahr	Frühestmöglicher Rentenbeginn	Mitglied Geburtsjahr	Frühestmöglicher Rentenbeginn
1954	60 Jahre und 1 Monat	1966	61 Jahre und 1 Monat
1955	60 Jahre und 2 Monate	1967	61 Jahre und 2 Monate
1956	60 Jahre und 3 Monate	1968	61 Jahre und 3 Monate
1957	60 Jahre und 4 Monate	1969	61 Jahre und 4 Monate
1958	60 Jahre und 5 Monate	1970	61 Jahre und 5 Monate
1959	60 Jahre und 6 Monate	1971	61 Jahre und 6 Monate
1960	60 Jahre und 7 Monate	1972	61 Jahre und 7 Monate
1961	60 Jahre und 8 Monate	1973	61 Jahre und 8 Monate
1962	60 Jahre und 9 Monate	1974	61 Jahre und 9 Monate
1963	60 Jahre und 10 Monate	1975	61 Jahre und 10 Monate
1964	60 Jahre und 11 Monate	1976	61 Jahre und 11 Monate
1965	61 Jahre	1977	62 Jahre

(4b) Mitglieder, die erstmalig nach dem 31. Dezember 2011 in ein Versorgungswerk eingetreten sind, können schriftlich beantragen, den Beginn der Altersrente auf einen früheren Zeitpunkt vorzuziehen, frühestens jedoch auf den ersten Tag des Monats, der dem Monat folgt, in dem das Mitglied das 62. Lebensjahr vollendet hat. Für nach dem 31. Dezember 2011 eintretende Mitglieder, die zuvor bereits Mitglied eines anderen berufsständischen Versorgungswerks waren, gelten Absatz 4 und 4a entsprechend.

(5) Der Anspruch auf Altersrente gemäß Absatz 2 und auf vorgezogene Altersrente gemäß Absätze 4 bis 4b entsteht mit Beginn des auf den Antragseingang folgenden Monats. Der Anspruch auf Altersrente endet mit Ablauf des Sterbemonats.

§ 16
Hinterbliebenenrente

(1) Hinterbliebenenrenten sind

außer Kraft

a) Witwenrente,

b) Witwerrente,

c) Waisenrente,

d) Halbwaisenrente.

(2) Hinterbliebenenrenten werden gewährt, wenn das Mitglied bis zu seinem Tode mindestens für einen Monat Versorgungsabgabe geleistet hat.

(3) Der Anspruch auf Hinterbliebenenrente entsteht mit Beginn des auf den Sterbemonat des Mitglieds folgenden Monats und endet mit Ablauf des Monats, in dem der Berechtigte stirbt.

§ 17
Witwen- und Witwerrente

Nach dem Tode des Mitglieds erhält die Witwe eine Witwenrente und der Witwer eine Witwerrente, wenn die Ehe

a) vor Vollendung des 45. Lebensjahres geschlossen wurde,

b) vor Vollendung des 60. Lebensjahres geschlossen wurde und beim Tode des Mitglieds mindestens ein Jahr bestand,

c) nach Vollendung des 60. Lebensjahres bis zur Vollendung des 70. Lebensjahres oder nach Eintritt der Berufsunfähigkeit des Mitglieds geschlossen wurde und beim Tode des Mitglieds mindestens zwei Jahre bestand.

Im Falle des Todes des Mitglieds als Folge eines nach der Eheschließung erlittenen Unfalls gelten die Fristen nicht.

Ist der überlebende Ehegatte mehr als 15 Jahre jünger als der Verstorbene, wird die Witwen- (Witwer-)Rente für jedes angefangene Jahr des 15 Jahre übersteigenden Altersunterschiedes um 1/20 gekürzt, jedoch mit der Maßgabe, dass nach 10jähriger Dauer der Ehe für jedes angefangene Jahr ihrer weiteren Dauer dem gekürzten Betrag 1/20 der Witwen- (Witwer-)Rente hinzugefügt wird, bis der volle Betrag wieder erreicht ist.

§ 18
Waisen-, Halbwaisenrente und Kinderzuschuss

außer Kraft

(1) Nach dem Tode des Mitglieds erhalten seine Kinder Waisen- oder Halbwaisenrente bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres.

(2) Absatz 1 gilt bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres für diejenigen Kinder, die

a) sich in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden und zwar für die Zeiträume, für die die jeweils vorgeschriebenen ordnungsgemäßen Bestätigungen vorliegen; dazu gehören auch mit einem regulären Ausbildungsablauf verbundene Arbeitsunterbrechungen (z.B. Semesterferien, Praktika, Famulaturen);

b) infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen außerstande sind, sich selbst zu unterhalten.

Die Altersgrenze nach Satz 1 erhöht sich in den Fällen des Buchstaben a, wenn die Schul- oder Berufsausbildung durch den vor dem 1. Juli 2011 abgeleisteten gesetzlichen Wehrdienst, Zivildienst oder einen gleichgestellten Dienst unterbrochen oder verzögert worden ist, um die Zeit dieser Dienstleistung, höchstens aber um einen der Dauer des gesetzlichen Grundwehrdienstes oder Zivildienstes entsprechenden Zeitraum. Das Gleiche gilt für nach Vollendung des 21. Lebensjahres abgeleistete freiwillige Dienste.

(3) Als Kinder gelten:

a) die ehelichen Kinder,

b) die für ehelich erklärten Kinder,

c) die an Kindes Statt angenommenen Kinder, soweit die Adoption vor Vollendung des 55. Lebensjahres des Mitglieds erfolgte,

d) die nichtehelichen Kinder eines Mitglieds.

(4) Die Alters- und Berufsunfähigkeitsrente erhöht sich für jedes Kind nach Absatz 3 um einen Kinderzuschuss. Hinsichtlich der Anspruchsvoraussetzungen für den Kinderzuschuss gelten Absätze 1 und 2 entsprechend. Für alle nach dem 31. März 2011 begonnenen Altersrenten entfällt der Kinderzuschuss zur Altersrente.

(5) Waisen-, Halbwaisenrente und Kinderzuschuss entfallen mit Ende des Monats, in dem sich das Kind verheiratet, es sei denn, dass der Ehegatte bei Berücksichtigung seiner sonstigen Verpflichtungen außerstande ist, seinem Ehepartner, für den bisher Waisen-, Halbwaisenrente oder Kinderzuschuss gezahlt wurde, ohne Gefährdung seines angemessenen Unterhalts den Unterhalt zu gewähren.

außer Kraft

§ 19
Rehabilitationsmaßnahmen

(1) Einem Mitglied des Versorgungswerkes, das Anwartschaft auf Berufsunfähigkeitsrente hat oder Berufsunfähigkeitsrente bezieht, kann auf Antrag ein einmaliger oder wiederholter Zuschuss zu den Kosten notwendigerweise besonders aufwendiger Rehabilitationsmaßnahmen gewährt werden, wenn seine Berufsfähigkeit infolge eines körperlichen Gebrechens oder wegen Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte gefährdet, gemindert oder ausgeschlossen ist und sie durch diese Rehabilitationsmaßnahmen voraussichtlich erhalten, wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann.

(2) Der Antrag ist so rechtzeitig zu stellen, dass über die Gewährung des Zuschusses noch vor Durchführung der Rehabilitationsmaßnahmen entschieden werden kann, es sei denn, dass der Antrag aus besonderen Gründen nicht rechtzeitig gestellt werden kann.

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

(4) Die notwendigen Kosten der Rehabilitationsmaßnahmen sind vom Antragsteller nach Grund und Höhe nachzuweisen oder unter Beifügung von Belegen vorauszuschätzen. Sie bleiben insoweit außer Betracht, als gesetzliche oder satzungsmäßige Erstattungspflicht einer anderen Stelle besteht. Über die Höhe der Kostenbeteiligung entscheidet der Verwaltungsausschuss nach freiem Ermessen unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalles.

außer Kraft

§ 20
Höhe der Altersrente

(1) Das Mitglied erwirbt durch Leistung seiner Versorgungsabgabe für jedes Geschäftsjahr eine Steigerungszahl. Die jährliche Steigerungszahl ergibt sich aus der im Geschäftsjahr geleisteten und als geleistet geltenden (§ 21 Absatz 8 und § 26 Absatz 4) Versorgungsabgabe und aus freiwilligen Zuzahlungen (§ 28), geteilt durch den für das gleiche Geschäftsjahr gültigen Höchstbetrag der besonderen Versorgungsabgabe (§ 27), multipliziert mit 2,5. Ab dem 01.01.2016 sinkt der Multiplikator „2,5“ jeweils ab dem Geschäftsjahr, das dem Jahr folgt, in dem das Mitglied das 57. Lebensjahr vollendet hat,

um 0,05 pro Jahr. Nach der Regel: Alter = Kalenderjahr - Geburtsjahr ergibt sich folgende Übergangstabelle:

Alter	Multiplikator für Versorgungsabgaben bis 2015	Multiplikator für Versorgungsabgaben ab 2016
58	2,5	2,45
59	2,5	2,40
60	2,5	2,35
61	2,5	2,30
62	2,5	2,25
63	2,5	2,20
64	2,5	2,15
65	2,5	2,10
66	2,5	2,05
67	2,5	2,00“

(2) Für Mitglieder, die ihren ärztlichen Beruf außerhalb des Geltungsbereiches des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland ausüben und nicht gemäß § 8 Absatz 4 aus dem Versorgungswerk ausscheiden, gilt, ausgenommen bei Entsendetätigkeiten, im Falle einer späteren Rentenberechnung auf Basis der jeweils maßgeblichen EU-Vorschriften folgende Sonderregelung: Sofern wegen der genannten Auslandstätigkeit Ansprüche gegen einen ausländischen Rententräger bestehen, der den EU-Vorschriften unterliegt, haben diese Vorrang vor der im Versorgungswerk weiter geführten Mitgliedschaft. Letztere ist in diesem Fall analog einer freiwilligen Mitgliedschaft (§ 9) bei der Rentenberechnung zu berücksichtigen.

(3) Der Jahresbetrag der Altersrente des Mitglieds ergibt sich aus der Summe der erworbenen Steigerungszahlen als Vomhundertsatz der allgemeinen Bemessungsgrundlage. Bei Neurenten ab dem 01.01.2016 verringert sich die Rente um einen Generationenfaktor, der sich in Abhängigkeit vom Geburtsjahr des Mitglieds ergibt. Der Generationenfaktor beläuft sich für das Geburtsjahr 1978 auf 0,3 % und erhöht sich bis zum Geburtsjahrgang 2000 mit jedem folgenden Geburtsjahrgang um weitere 0,3 %-Punkte. Sind bei Eintritt des Versorgungsfalls Versorgungsabgaben rückständig, erlischt mit der Feststellung der Rentenhöhe die Pflicht zur Zahlung dieser Rückstände. Diese Beträge fließen somit nicht in die Rentenberechnung ein. § 30 Absatz 1 und § 27 Absatz 1 Satz 2 bleiben unberührt.

außer Kraft

(4) Die Höhe der allgemeinen Bemessungsgrundlage ergibt sich aus den versicherungsmathematischen Berechnungen. Sie wird von der Delegiertenversammlung auf Vorschlag des Verwaltungsausschusses beschlossen (§ 34 Absatz 5).

(5) Im Falle der vorgezogenen Altersrente (§ 15 Absätze 4 bis 4b) wird die monatliche Altersrente für jeden bis zum Beginn der Regelaltersrente fehlenden Kalendermonat um 0,4 % gekürzt; § 15 Absatz 2 bleibt unberührt. Die Kürzung gilt für die Dauer des Rentenbezugs.

§ 21
Höhe der Berufsunfähigkeitsrente

(1) Der Jahresbetrag der Berufsunfähigkeitsrente wird nach Maßgabe des § 20 Absätze 1 bis 3 errechnet, jedoch werden zu den durch Leistung der Versorgungsabgaben erworbenen Steigerungszahlen die Steigerungszahlen hinzugerechnet, die das Mitglied erworben hätte, wenn es den Durchschnitt seiner bisher erworbenen Steigerungszahlen bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres jährlich weiter erhalten hätte. Eine Hinzurechnung von aus freiwilligen Zuzahlungen erworbenen Steigerungszahlen erfolgt nicht.

(2) Zur Errechnung des Durchschnitts wird die Summe der erworbenen Steigerungszahlen durch die in Jahren und Monaten berechnete Steigerungszeit geteilt.

(3) Steigerungszeiten sind alle Zeiten der Mitgliedschaft einschließlich Zeiten der Berufsunfähigkeit und der generellen Beschäftigungsverbote nach dem Mutterschutzgesetz, jedoch ausschließlich Zeiten einer Wehrdienstleistung im Sinne von § 4 Absatz 1 des Wehrpflichtgesetzes oder einer Zivildienstleistung, wenn Versorgungsabgaben für diese Zeiten nicht geleistet worden sind, sowie ausschließlich beitragsfreier Zeiten in einem anderen Versorgungswerk zwischen Approbation und erster ärztlicher Tätigkeit.

(4) Hat das Mitglied Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente gegen mehrere Versorgungseinrichtungen, so wird den durch Leistung der Versorgungsabgaben erworbenen Steigerungszahlen nur der Bruchteil der nach Absatz 1 Satz 1 ermittelten Steigerungszahlen hinzugerechnet, der von der Gesamtdauer der Mitgliedschaft in einer Versorgungseinrichtung auf die Mitgliedschaft im Versorgungswerk der Ärztekammer Bremen entfällt. § 24 Absatz 2 Satz 2 bleibt unberührt.

(5) In den Fällen des § 13 Absatz 4 wird Berufsunfähigkeitsrente nur aufgrund der tatsächlich erworbenen Steigerungszahlen geleistet. Das gleiche gilt, wenn ein Mitglied mit der Zahlung der allgemeinen Versorgungsabgabe für mehr als ein Jahr im Verzuge ist,

außer Kraft

oder wenn und solange als Beitrag nicht mindestens 1/10 der allgemeinen Versorgungsabgabe gemäß § 26 Absatz 1 gezahlt wird.

(6) Die Berufsunfähigkeitsrente beträgt – abgesehen von den Fällen des Absatzes 5 – monatlich mindestens 2,5 % der jeweils gültigen allgemeinen Bemessungsgrundlage (§ 20 Absatz 3 Satz 2); freiwilligen Mitgliedern mit einer Halbmitgliedschaft, Drei-Zehntel-Mitgliedschaft oder Ein-Zehntel-Mitgliedschaft (§ 9 Absatz 3) steht die Mindestrente nur in Höhe des Bruchteils zu, der ihrer Mitgliedschaft entspricht. In den Fällen des Absatzes 4 wird die Mindestrente nur zu dem dort bezeichneten Bruchteil gewährt.

(7) Endet die Berufsunfähigkeitsrente, weil das Mitglied Anspruch auf Altersrente erworben hat, wird die Altersrente in der gleichen Höhe wie die Berufsunfähigkeitsrente gezahlt.

(8) Endet die Berufsunfähigkeitsrente, bevor das Mitglied Anspruch auf Altersrente erworben hat, so werden dem Mitglied Steigerungszahlen für die Zeit, in der ihm Berufsunfähigkeitsrente gezahlt wurde, in der Höhe gutgeschrieben, in der sie bei der Berechnung der Berufsunfähigkeitsrente gemäß Absatz 1 berücksichtigt wurden. Dies gilt auch für die Dauer eines Arbeitsversuchs (§ 14 Absatz 5).

(9) Bei Eintritt der Berufsunfähigkeit nach dem Zeitpunkt, zu dem das Mitglied frühestens in vorgezogene Altersrente hätte gehen können, entspricht die Berufsunfähigkeitsrente der jeweiligen vorgezogenen Altersrente nach § 20 Absatz 4, sofern das betreffende Mitglied nach dem 1. Januar 1999 Mitglied des Versorgungswerkes geworden ist. Überleitungen aus anderen Versorgungswerken bzw. Nachversicherungen haben auf das genannte Datum keinen Einfluss.

außer Kraft

§ 22
Höhe der Witwen- und Witwerrente

(1) Die Witwen- und Witwerrente beträgt 60 v. H. der dem Mitglied zustehenden Alters- oder Berufsunfähigkeitsrente.

(2) Bezog das Mitglied keine Alters- oder Berufsunfähigkeitsrente, so beträgt die Witwen- und Witwerrente 60 v. H. der gemäß § 21 zu berechnenden Berufsunfähigkeitsrente.

(3) Ist die Pflichtmitgliedschaft entfallen und freiwillige Mitgliedschaft nicht aufrechterhalten, wird die Rente nur aufgrund der tatsächlich erworbenen Steigerungszahlen berechnet.

§ 23
Höhe der Waisenrente, Kinderzuschuss

(1) Für jedes Kind beträgt

a) die Vollwaisenrente 40 v. H.

b) die Halbwaisenrente 10 v. H.

c) der Kinderzuschuss 10 v. H.

der dem Mitglied zustehenden Alters- oder Berufsunfähigkeitsrente. Sie beträgt jedoch mindestens 210,00 Euro für Vollwaisen bzw. 60,00 Euro für Halbwaisen. Sind Ansprüche auf Waisenrente gegen mehrere Versorgungseinrichtungen gegeben, so wird die Mindestrente nur zu dem Bruchteil gewährt, der von der Gesamtdauer der Mitgliedschaft des verstorbenen Elternteils in einer Versorgungseinrichtung auf die Mitgliedschaft im Versorgungswerk der Ärztekammer Bremen entfällt; § 24 Absatz 2 Satz 2 bleibt unberührt.

(2) § 22 Absatz 2 und 3 gelten entsprechend.

§ 24
Überleitung der Versorgungsabgabe

(1) Scheidet ein Mitglied aus dem Versorgungswerk aus und wird es Mitglied einer anderen Versorgungseinrichtung, mit der ein Überleitungsabkommen besteht, so werden auf seinen Antrag die bisher an das Versorgungswerk geleisteten Versorgungsabgaben nach näherer Maßgabe des Überleitungsabkommens an die neue Versorgungseinrichtung übergeleitet. Mit der Überleitung erlöschen die Rechte und Pflichten des Mitglieds gegenüber dem Versorgungswerk, ausgenommen die Pflicht zur Zahlung rückständiger Beiträge.

(2) Mitglieder, die vor Erwerb der Mitgliedschaft im Versorgungswerk einer anderen Versorgungseinrichtung angehört haben, mit der ein Überleitungsabkommen besteht, können beantragen, dass die bisher an die andere Versorgungseinrichtung entrichteten Versorgungsabgaben nach näherer Maßgabe des Überleitungsabkommens zum Versorgungswerk übergeleitet werden. Als Folge der Überleitung gelten die Mitglieder rückwirkend ab Beginn der Pflichtmitgliedschaft bei der anderen Versorgungseinrichtung als Pflichtmitglieder des Versorgungswerkes. Die übergeleiteten Versorgungsabgaben werden so behandelt, als seien sie während des Überleitungszeitraums statt zur bisherigen Versorgungseinrichtung zum Versorgungswerk der Ärztekammer Bremen entrichtet worden.

(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 Antrags bei einer der beiden Versorgungseinrichtungen abgestellt. Macht das Mitglied innerhalb der zuvor genannten

außer Kraft

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) § 24 gilt nur für Überleitungen, die nach dem 31. Dezember 2004 beantragt werden. Nach § 26 Absatz 6 erloschene Ansprüche leben im Fall einer erneuten Mitgliedschaft, auch bei einer Rücküberleitung, nicht wieder auf.

§ 25
Rentenabfindung

(1) Für eine Witwe oder einen Witwer, die wieder heiraten, entfällt mit dem Ablauf des Monats, in dem die neue Ehe geschlossen wird, die Witwen- oder Witwerrente.

(2) Eine Witwe oder ein Witwer erhalten auf Antrag als Rentenabfindung bei Wiederverheiratung

a) vor Vollendung des 35. Lebensjahres sechzig,

b) bis zum vollendeten 45. Lebensjahr achtundvierzig,

c) nach Vollendung des 45. Lebensjahres sechsunddreißig

ihrer bisher bezogenen Monatsrenten.

III.
Versorgungsabgaben

§ 26
Allgemeine Versorgungsbgabe

(1) Die allgemeine Versorgungsabgabe hat mindestens die Höhe des jeweils geltenden höchsten Pflichtbeitrags zur Allgemeinen Rentenversicherung.

(2) Die Delegiertenversammlung kann auf Vorschlag des Verwaltungsausschusses die Höhe der künftigen Versorgungsabgabe entsprechend der Entwicklung der Jahresdurchschnittsumsätze der Kassenärzte im Lande Bremen ändern, wenn diese um mehr als 10 vom Hundert gegenüber dem letzten Ausgangsbetrag der vorherigen Festsetzung gestiegen oder gefallen sind. Der Ausgangsbetrag wird ab 1992 bis zum 30. Juni eines jeden Kalenderjahres aufgrund aller Honorarabrechnungen ermittelt, die die Kassenärztliche Vereinigung Bremen für jeweils vier Quartale vorgenommen hat. Hierbei werden die aus der Summe aller im ersten bis vierten Quartal des vorhergehenden

außer Kraft

Kalenderjahres über die Kassenärztliche Vereinigung Bremen abgerechneten Honorare ermittelten Durchschnittsumsätze zugrundegelegt.

(3) Die allgemeine Versorgungsabgabe ist ab Beginn der Mitgliedschaft bis zum Eintritt des Versorgungsfalls (§ 12) zu entrichten. Die Versorgungsabgabe wird auf Antrag für die ersten 24 Monate der Niederlassung auf 3/10 der allgemeinen Versorgungsabgabe festgesetzt. § 27 Absatz 1 bleibt unberührt.

(4) Für Zeiten, in denen im Anschluss an eine ärztliche Tätigkeit im Lande Bremen ein gesetzliches Beschäftigungsverbot nach den §§ 3 Absatz 2 und 6 Absatz 1 des Mutterschutzgesetzes besteht oder bestanden hätte, wenn die Betroffene nicht selbständig, sondern unselbständig tätig gewesen wäre, sowie für Zeiten, in denen ein Elternteil als Mitglied des Versorgungswerkes bis zum Ablauf eines Jahres nach der Geburt des Kindes eine berufliche Tätigkeit nicht ausübt und sich ausschließlich der Betreuung des Kindes widmet, besteht keine Verpflichtung zur Leistung von Versorgungsabgaben. Das Mitglied wird jedoch für diese Zeit so behandelt, als wären Beiträge in Höhe des Durchschnitts der in den letzten zwölf Monaten vor Beginn der Mutterschutzfrist oder der Kindesbetreuung an das Versorgungswerk Bremen geleisteten Beiträge gezahlt worden, vorausgesetzt, dass es während des vorhergehenden Jahres für mindestens sechs Monate Versorgungsabgaben an das Versorgungswerk Bremen geleistet hat; freiwillige Zuzahlungen bleiben unberücksichtigt.

(4a) Absatz 4 findet keine Anwendung, sobald die Beiträge zum Versorgungswerk für die entsprechenden Zeiten von einem anderen Träger übernommen werden.

(5) Besteht nach Fortfall des Versorgungsfalls die Mitgliedschaft weiter, sind wieder Versorgungsabgaben zu leisten.

(6) Der aufgrund Absatz 4 entstandene Anspruch erlischt im Falle einer Überleitung nach § 24 und einer Beitragserstattung nach § 39 ersatzlos. Der betreffende Zeitraum wird in diesen Fällen in den Abrechnungen als beitragsfreie Zeit ausgewiesen.

außer Kraft

§ 27
Besondere Versorgungsabgabe

(1) Angestellte Ärzte leisten Versorgungsabgaben in Höhe der jeweils gültigen Beiträge zur Allgemeinen Rentenversicherung gemäß §§ 157 und 159 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI). Diese Versorgungsabgaben können nicht nach § 30 Absatz 1 herabgesetzt werden, außer es handelt sich um sozialversicherungspflichtige Tätigkeiten, für die die beantragte Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherung abschlägig beschieden wurde. In diesen Fällen sind 10% der jeweiligen allgemeinen Versorgungsabgabe zu zahlen.

(2) Angestellte Ärzte, bei denen die Wartezeit für Berufsunfähigkeitsrente der Allgemeinen Rentenversicherung bei Beginn der Pflichtmitgliedschaft erfüllt ist, und die keinen Antrag auf Befreiung von der Allgemeinen Rentenversicherung gemäß § 6 Absatz 1 Nummer 1 SGB VI gestellt haben, leisten Versorgungsabgabe in Höhe von drei Zehnteln des für sie maßgebenden Beitrags zur Allgemeinen Rentenversicherung gemäß §§ 157 und 159 SGB VI.

(3) Ärzte, die zum Beamten auf Widerruf, zum Beamten auf Probe oder zum Beamten auf Zeit bestellt werden, leisten Versorgungsabgaben in Höhe von einem Zehntel der allgemeinen Versorgungsabgabe. Haben sie bereits für mindestens einen Monat Versorgungsabgabe entrichtet, so können sie auf Antrag beitragsfrei gestellt werden.

(4) § 26 Absatz 3 Satz 1 und Absatz 4 gilt entsprechend.

(5) Entfallen während der Mitgliedschaft die Voraussetzungen zur Zahlung der besonderen Versorgungsabgabe, hat das Mitglied die allgemeine Versorgungsabgabe zu entrichten.

(6) Angestellte Ärzte, die während einer Arbeitslosigkeit oder während einer Rehabilitation Ansprüche gegen einen Träger der Arbeitslosenverwaltung oder gegen den zuständigen Träger der Rehabilitation haben, leisten während dieser Zeit Versorgungsabgaben in der Höhe, in der ihnen Beiträge von dem jeweils zuständigen Träger zu gewähren sind.

(7) Mitglieder, die als Sanitätsoffiziere während der Wehrpflichtzeit militärfachlich verwendet werden, leisten eine Versorgungsabgabe in Höhe des jeweils gültigen höchsten Pflichtbeitrags zur Allgemeinen Rentenversicherung gemäß §§ 157 und 159 SGB VI, höchstens jedoch in der Höhe, in der ihnen während der Wehrpflichtzeit Beiträge von dritter Seite zu gewähren sind. Dasselbe gilt für Mitglieder, die im zivilen Ersatzdienst oder im Pflichtdienst im zivilen Bevölkerungsschutz verwendet werden.

(8) Mitglieder, die anstelle oder neben dem ärztlichen Beruf vorübergehend eine andere versicherungspflichtige Tätigkeit ausüben, die infolge ihrer Eigenart oder vertraglich im voraus zeitlich begrenzt ist, können auf Antrag auch für diese Tätigkeit ihre Versorgungsabgaben in Höhe der jeweils gültigen Beiträge zur Allgemeinen Rentenversicherung (§ 157 SGB VI) an das Versorgungswerk entrichten.

§ 28
Freiwillige Zuzahlungen

(1) Die Leistungen des Versorgungswerkes können durch freiwillige Zuzahlungen erhöht werden. Beiträge aus Pflegetätigkeit (§ 44 SGB XI) gelten als freiwillige Zuzahlungen, soweit mit ihnen die allgemeine Versorgungsabgabe überschritten wird.

außer Kraft

(2) Freiwillige Zuzahlungen sind nach Maßgabe des § 20 Absatz 1 für dasjenige Geschäftsjahr, in dem sie geleistet wurden, anzurechnen.

(3) Freiwillige Zuzahlungen dürfen nicht höher sein als das 1,5fache der vom Mitglied im Geschäftsjahr zu leistenden Versorgungsabgabe. Versorgungsabgaben und freiwillige Zuzahlungen dürfen zusammen nicht höher sein als

a) das 2,5fache der allgemeinen Versorgungsabgabe, wenn freiwillige Zuzahlungen vor Vollendung des 50. Lebensjahres geleistet werden;

b) das 2,1875fache der allgemeinen Versorgungsabgabe, wenn freiwillige Zuzahlungen vor Vollendung des 55. Lebensjahres geleistet werden;

c) das 1,875fache der allgemeinen Versorgungsabgabe, wenn freiwillige Zuzahlungen vor Vollendung des 60. Lebensjahres geleistet werden;

d) das 1,625fache der allgemeinen Versorgungsabgabe, wenn freiwillige Zuzahlungen nach Vollendung des 60. Lebensjahres geleistet werden.

Nach Vollendung des 65. Lebensjahres sind freiwillige Zuzahlungen nicht zulässig.

(4) Versorgungsabgaben und freiwillige Zuzahlungen dürfen zusammen im Geschäftsjahr nicht höher sein als das 15fache der Beiträge, die sich bei einer Bemessungsgrundlage in Höhe der doppelten monatlichen Beitragsbemessungsgrenze der Allgemeinen Rentenversicherung (§ 159 SGB VI) ergeben würden.

§ 29

§ 29 ist aufgehoben.

§ 30
Verminderte Beitragsleistung

(1) Übersteigt die Versorgungsabgabe 15 vom Hundert der jährlichen Einkünfte des Mitglieds, so kann auf Antrag der Verwaltungsausschuss die Versorgungsabgabe bis auf 15 vom Hundert der Einkünfte herabsetzen, höchstens jedoch auf 1/10 des geltenden höchsten Pflichtbeitrags zur Allgemeinen Rentenversicherung. Die Herabsetzung kann vorläufig und unter dem Vorbehalt der Nachforderung bewilligt werden.

(2) Einem Mitglied kann auf Antrag teilweise oder völlige Beitragsfreiheit gewährt werden für die Zeiträume, in denen es eine ärztliche Tätigkeit nicht ausübt und in denen ihm ein Anspruch auf Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe oder Unterhaltsgeld nicht zusteht.

außer Kraft

(3) In den Fällen des § 20 Absatz 2 kann der Beitrag auf Antrag bis auf den Mindestbeitrag herabgesetzt werden.

(4) In Härtefällen können Versorgungsabgaben auf Antrag verzinslich oder zinsfrei gestundet oder erlassen werden.

§ 31
Säumnis

(1) Ein Mitglied, das mit der Zahlung der Versorgungsabgabe länger als einen Monat nach vorheriger Mahnung im Verzug ist, hat die rückständigen Beträge seit Fälligkeit mit 5 vom Hundert über dem jeweiligen Basiszinssatz zu verzinsen.

(2) Die durch die Einziehung der Versorgungsabgabe entstandenen Kosten sind durch das Mitglied zu tragen.

§ 32
Versorgungsabgabeverfahren

(1) Die allgemeine Versorgungsabgabe (§ 26) ist in monatlichen Beträgen, spätestens bis zum Letzten eines jeden Monats, zu entrichten.

(2) Die besondere Versorgungsabgabe (§ 27) ist in monatlichen Beträgen, spätestens bis zum Letzten eines jeden Monats, zu entrichten.

(3) Erfüllungsort für die Versorgungsabgabe ist der Sitz des Versorgungswerkes.

(4) Für die An-, Um- und Abmeldung gelten die allgemeinen Vorschriften der Ärztekammer.

(5) Die Versorgungsabgabe gilt nur als geleistet, wenn sie auf einem Bankkonto des Versorgungswerkes eingegangen ist. Bei angestellten Ärzten gilt die Versorgungsabgabe auch dann als rechtzeitig geleistet, wenn sie ohne deren Verschulden verspätet eingeht.

IV.
Versorgungsausgleich

§ 33

(1) Gemäß § 1 Absatz 2 des Gesetzes zur Regelung von Härten im Versorgungsausgleich vom 21. Februar 1983 (BGBl. I S. 105) - VAHRG - findet im Falle der Scheidung von Ehegatten Realteilung durch Begründung eines Anrechts für den ausgleichsberechtigten Ehegatten zu Lasten des ausgleichspflichtigen Ehegatten statt,

a) wenn beide Ehegatten Mitglieder des Versorgungswerkes sind,

außer Kraft

b) wenn der eine Ehegatte Mitglied des Versorgungswerkes und der andere Ehegatte Mitglied einer anderen ärztlichen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung ist, mit der das Versorgungswerk einen Überleitungsvertrag betreffend den Versorgungsausgleich geschlossen hat, oder

c) wenn der ausgleichspflichtige Ehegatte Mitglied des Versorgungswerkes ist und der ausgleichsberechtigte Ehegatte Arzt ist und entweder keiner ärztlichen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung oder einer anderen ärztlichen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung angehört, mit der das Versorgungswerk keinen Überleitungsvertrag betreffend den Versorgungsausgleich geschlossen hat.

Zugunsten von angestellten Ärzten, die nicht von der Angestelltenversicherungspflicht nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 SGB VI befreit sind, und von Ärzten, die keine ausbaufähige Versorgung bei einer ärztlichen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung im Sinne von § 6 Absatz 1 Nummer 1 SGB VI besitzen, erfolgt die Realteilung nach Satz 1 nur auf deren Antrag.

(2) Wird für einen ausgleichsberechtigten Ehegatten ein Anrecht beim Versorgungswerk nach Absatz 1 Satz 1 Buchstabe c begründet, gelten hierfür die Satzungsbestimmungen über die Versorgungsleistungen an Mitglieder und deren Hinterbliebene, ausgenommen § 23 Absatz 1 Satz 2. Eine Beitragserstattung (§ 39) ist ausgeschlossen. Die Voraussetzung der Wartezeit von fünf Jahren für die Altersrente (§ 15) entfällt.

(3) Im Falle der Realteilung nach Absatz 1 finden §§ 4 bis 9 VAHRG und § 101 Absatz 3 SGB VI entsprechende Anwendung.

(4) Erfolgt der Versorgungsausgleich nach § 1 Absatz 3 VAHRG im Wege des Quasi-Splittings, wird nach Rechtskraft der Entscheidung des Familiengerichts das Anrecht des ausgleichspflichtigen Mitglieds des Versorgungswerkes entsprechend gekürzt.

(5) Aufgrund einer mit Zustimmung des Versorgungswerkes getroffenen und vom Familiengericht genehmigten Vereinbarung kann für ein ausgleichsberechtigtes Mitglied des Versorgungswerkes der Versorgungsausgleich durch Zahlung an das Versorgungswerk erfolgen.

(6) Das ausgleichspflichtige Mitglied des Versorgungswerkes kann seine aufgrund des Versorgungsausgleichs gekürzte Rentenanwartschaft ganz oder teilweise ergänzen, solange der Versorgungsfall noch nicht eingetreten ist.

(7) Der Verwaltungsausschuss wird ermächtigt, Richtlinien zur Durchführung des Versorgungsausgleichs zu erlassen.

außer Kraft

§ 33a
Sonderbestimmung zum Versorgungsausgleich

(1) Die Absätze 2 bis 5 gelten abweichend von § 33 für alle Versorgungsausgleichsfälle, für die das Gesetz zur Strukturreform des Versorgungsausgleichs maßgeblich wird.

(2) Ist ein Teilnehmer in einem Versorgungsausgleichsverfahren ausgleichspflichtig, findet die interne Teilung nach dem Versorgungsausgleichsgesetz (VersAusglG) statt.

(3) Hat das Familiengericht die Rentenanwartschaft rechtskräftig begründet, werden vom Versorgungswerk die zugrunde liegenden Steigerungszahlen und Versorgungsabgaben ermittelt. Beim verpflichteten Ehegatten (Mitglied) wird entsprechend gekürzt und dem berechtigten Ehegatten entsprechend zugeteilt. Die Kürzung kann ganz oder teilweise durch Sonderzahlung abgewendet werden, die sich aus den dem ausgleichsberechtigten Ehegatten übertragenen Steigerungszahlen berechnet. Sind beide Ehegatten Mitglieder des Versorgungswerks und sind deren beider Anrechte intern geteilt, findet eine Verrechnung statt. Ist nur ein Ehegatte Mitglied, wird der andere Ehegatte allein durch die interne Teilung nicht Mitglied und kann deshalb sein durch den Versorgungsausgleich erworbenes Anrecht nicht durch Beitragszahlung ausbauen.

(4) Bei der internen Teilung ist der Anspruch des ausgleichsberechtigten Ehegatten auf eine Altersversorgung nach § 20 beschränkt; durch den Ausschluss des Anspruchs auf Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenenschutz für Nichtmitglieder des Versorgungswerks erhöht sich der Altersrentenanspruch um 12 v.H. Dieser Zuschlag entfällt, wenn der Berechtigte bei Rechtskraft der Versorgungsausgleichsentscheidung Altersrente bezieht oder Anspruch auf Altersrente nach § 20 hat. Für das durch eine interne Teilung begründete Anrecht gilt § 15 Absatz 1, 4 und 5 sinngemäß.

(5) Absatz 4 gilt nicht, sofern die vom Versorgungsausgleich betroffenen Personen beide Mitglieder oder anwartschaftsberechtigte ehemalige Mitglieder des Versorgungswerks sind.

außer Kraft

V.
Verwendung der Mittel

§ 34
Vermögen und Verwaltung

(1) Das Vermögen des Versorgungswerkes wird als Sondervermögen von dem Vermögen der Ärztekammer getrennt verwaltet. Gegenüber den Mitgliedern und den versorgungsberechtigten Hinterbliebenen wird die Haftung für die Versorgungsleistungen auf den Umfang der im Versorgungswerk angesammelten Mittel beschränkt.

(2) Das Vermögen des Versorgungswerkes darf nur zur Bestreitung der satzungsmäßigen Leistungen, der notwendigen Verwaltungskosten, der sonstigen zur Erreichung des satzungsmäßigen Zwecks erforderlichen Ausgaben sowie zur Bildung der erforderlichen Rückstellungen und Rücklagen verwendet werden.

(3) Das Versorgungswerk hat jährlich eine versicherungsmathematische Berechnung einschließlich der Berechnung der Deckungsrückstellung sowie alle fünf Jahre ein vollständiges versicherungsmathematisches Gutachten mit Untersuchung sämtlicher Rechenkomponenten anfertigen zu lassen. Berechnung und Gutachten müssen durch einen versicherungsmathematischen Sachverständigen erstellt werden.

(4) Ein sich aus Berechnung bzw. Gutachten gemäß Absatz 3 ergebender Überschuss ist mit 5 vom Hundert einer besonderen Sicherheitsrücklage zuzuweisen, und zwar solange, bis die Sicherheitsrücklage 2,5 vom Hundert der Deckungsrückstellung erreicht oder - nach ihrer etwaigen Inanspruchnahme - wieder erreicht hat. Im Übrigen ist der Überschuss der Gewinnrückstellung zuzuweisen. Die Gewinnrückstellung darf nur zur Verbesserung der Versorgungsleistungen, zur Deckung von Verlusten und zur Auffüllung technischer Rückstellungen verwendet werden. Die Sicherheitsrücklage darf nur zur Deckung von Verlusten nach Verbrauch der Gewinnrückstellung in Anspruch genommen werden.

(4a) Ein weiterer Teil des sich nach Absatz 3 ergebenden Überschusses kann einer Rücklage zur Abdeckung künftiger Schwankungen am Kapitalmarkt zugeführt werden, und zwar solange, bis die Rücklage vier vom Hundert der Deckungsrückstellung erreicht oder - nach ihrer etwaigen Inanspruchnahme - wieder erreicht hat. Die Rücklage darf nur zum Ausgleich von Schwankungsverlusten am Kapitalmarkt, bei Nichterreichen des Rechnungszinses oder zum Ausgleich von Auswirkungen einer Absenkung des Rechnungszinses auf die Höhe der erforderlichen Deckungsrückstellung in Anspruch genommen werden.

(5) Die Erhöhung der allgemeinen Bemessungsgrundlage (§ 20 Absatz 4) sowie jede andersartige Verbesserung der Versorgungsleistungen sind durchzuführen, wenn die versicherungsmathematische Berechnung bzw. das Gutachten derartige Maßnahmen im nennenswerten Umfang zulässt. Die Verbesserungen werden auf Vorschlag des Verwaltungsausschusses von der Delegiertenversammlung beschlossen und bedürfen der Genehmigung der Aufsichtsbehörde.

(6) Die Anpassung der laufenden Renten erfolgt aufgrund der versicherungsmathematischen Berechnung auf Vorschlag des Verwaltungsausschusses durch Beschluss der Delegiertenversammlung. Die erstmals festgesetzte Rentenhöhe darf nicht unterschritten werden.

außer Kraft

(7) Der Jahresabschluss ist einschließlich der Ordnungsmäßigkeit der Buchführung und der Grundlagen der versicherungsmathematischen Berechnung (Absatz 3) von einem Wirtschaftsprüfer oder einer Wirtschaftsprüfungsgesellschaft zu prüfen.

VI.
Übergangs- und Schlussbestimmungen

§ 35
Verjährung

(1) Ansprüche auf Leistungen des Versorgungswerkes verjähren in vier Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie entstanden sind.

(2) Für die Hemmung, die Unterbrechung und die Wirkung der Verjährung gelten die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches entsprechend.

(3) Beitragsforderungen des Versorgungswerks unterliegen nicht der Verjährung.

§ 36
Aufrechnung

Das Versorgungswerk kann rückständige Versorgungsabgaben und sonstige Forderungen gegen Leistungsansprüche des Mitglieds aufrechnen, soweit die Ansprüche des Mitglieds nach § 38 pfändbar sind.

§ 37
Abtretbarkeit und Verpfändung

Anwartschaften und Ansprüche auf Versorgung können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 38
Pfändung

Ansprüche auf laufende Geldleistungen können wie Arbeitseinkommen gepfändet werden.

§ 39
Erstattung der Versorgungsabgaben

(1) Endet die Mitgliedschaft im Versorgungswerk, bevor 60 Monate Beiträge gezahlt worden sind, und wird die Mitgliedschaft nicht freiwillig fortgesetzt, so sind dem Mitglied, wenn eine Überleitung nach § 24 Absatz 1 nicht möglich und auch nicht möglich gewesen ist, auf Antrag 60 v. H. seiner bisher geleisteten Versorgungsabgaben zu erstatten; gewährte Versorgungsleistungen werden vorab von den geleisteten Versorgungsabgaben

außer Kraft

abgezogen. Ausländer, die nicht Staatsangehörige eines EU/EWR Mitgliedstaats sind, erhalten die Erstattung ohne Antrag.

(2) Die Erstattung nach Absatz 1 wird nicht gewährt, wenn und solange das ausgeschiedene Mitglied aufgrund von Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats der Europäischen Union pflichtversichert ist.

(3) Findet keine Erstattung statt, so werden die bis zum Ausscheiden erworbenen Anwartschaften auf Versorgungsleistungen beitragsfrei aufrechterhalten. Das bisherige Mitglied erhält eine Mitteilung über die bis zu seinem Ausscheiden erworbene Anwartschaft.

§ 40

(1) Mitglieder, die bei Inkrafttreten des Versorgungswerkes das 65. Lebensjahr vollendet und von der Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenenversorgung der Kassenärzte im Lande Bremen (KV-Versorgung) bei deren Auflösung keine Rente bezogen haben, erhalten bei Berufsunfähigkeit Rente nach Maßgabe der Satzung der KV-Versorgung vom 18. Oktober 1962 einschließlich der beschlossenen Erhöhungen.

(2) Die Hinterbliebenen des in Absatz 1 benannten Personenkreises erhalten Leistungen nach Maßgabe der Satzung der KV-Versorgung einschließlich der beschlossenen Erhöhungen.

(3) Bei Anpassung der laufenden Renten gemäß § 34 Absatz 6 ändern sich die Leistungen gemäß Absatz 1 und 2 entsprechend.

§ 41

(1) Ärzte und Ärztinnen, die bei Inkrafttreten des Versorgungswerkes eine Berufsunfähigkeitsrente von der KV-Versorgung bezogen haben, erhalten Rente nach Maßgabe der Satzung der KV-Versorgung weiter einschließlich der beschlossenen Erhöhungen.

(2) Die Hinterbliebenen des in Absatz 1 benannten Personenkreises sowie die Hinterbliebenen, die bei Inkrafttreten des Versorgungswerkes Renten von der KV-Versorgung bezogen haben, erhalten Leistungen nach Maßgabe der Satzung der KV-Versorgung einschließlich der beschlossenen Erhöhungen.

(3) Bei Anpassung der laufenden Renten gemäß § 34 Absatz 6 ändern sich die Leistungen gemäß Absatz 1 und 2 entsprechend.

§ 42

außer Kraft

(1) Die Mittel für die Versorgung des in §§ 40 und 41 genannten Personenkreises werden im Umlageverfahren von den Kassenärzten des Landes Bremen, auch soweit sie nicht Mitglieder des Versorgungswerkes sind, erhoben.

(2) Der Umlagebeitrag wird vom Verwaltungsausschuss festgesetzt. § 32 Absatz 3 bis 5 gilt entsprechend.

§ 43

(1) Angehörige der Ärztekammer Bremen, die vor dem 1. Januar 2005 von der Mitgliedschaft im Versorgungswerk der Ärztekammer Bremen zugunsten der Mitgliedschaft in einer anderen berufsständischen Versorgungseinrichtung befreit wurden, bleiben vom Versorgungswerk befreit, solange sie ohne Unterbrechung der Ärztekammer Bremen angehören und die Mitgliedschaft in der anderen Versorgungseinrichtung aufrechterhalten. Berufsangehörige, die nach einer Unterbrechung erneut Angehörige der Ärztekammer Bremen werden, werden ebenfalls erneut Pflichtmitglieder des Versorgungswerkes.

(2) Gemäß § 11 Absatz 3 Satz 2 des Heilberufsgesetzes finden die Bestimmungen für Witwen, Witwer und Ehegatten in den §§ 16, 17, 22, 25, 33 und 33a entsprechende Anwendung für eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaften.

(3) Wird eine Berufsunfähigkeit vorsätzlich herbeigeführt, entsteht kein Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente und auf Maßnahmen zur Wiederherstellung der Berufsfähigkeit.

(4) Hinterbliebene haben keinen Anspruch auf die Rente, wenn sie den Tod des Mitglieds des Versorgungswerkes vorsätzlich herbeigeführt haben.

außer Kraft

Fußnoten

1) Red. Anm.: Gemäß Artikel 2 Abs. 2 gilt:
„Die vorstehende Änderung der Satzung des Versorgungswerks der Ärztekammer Bremen wird gemäß § 22 Absatz 2 des Gesetzes über die Berufsvertretung, die Berufsausübung, die Weiterbildung und die Berufsgerichtsbarkeit der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Tierärzte und Apotheker (Heilberufsgesetz -HeilBerG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. April 2005 (Brem.GBl. S. 149), zuletzt geändert durch Artikel 5 des Gesetzes zur Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen vom 28. Januar 2014 (Brem.GBl. S. 74) im Einvernehmen mit der Senatorin für Finanzen genehmigt.“

Weitere Fassungen dieser Vorschrift

Vorschrift vom 21.11.2016, gültig ab 01.01.2018 bis 31.12.2017
Vorschrift vom 27.11.2017, gültig ab 01.01.2018
Vorschrift vom 21.11.2016, gültig ab 01.01.2017 bis 31.12.2017
Vorschrift vom 25.11.2013, gültig ab 01.01.2014 bis 31.12.2014
Vorschrift vom 26.11.2012, gültig ab 01.01.2013 bis 31.12.2013
Vorschrift vom 08.02.2011, gültig ab 01.01.2011 bis 31.12.2012

außer Kraft