



Satzung des Versorgungswerkes der Ärztekammer des Saarlandes

Stand 01. Dezember 2022

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Bezeichnungen verzichtet. Die verwendeten Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für alle Geschlechter.

I. Struktur des Versorgungswerkes

§ 1 Rechtsnatur, Sitz und Aufgaben

- (1) Das Versorgungswerk ist eine Einrichtung der Ärztekammer des Saarlandes, Körperschaft des öffentlichen Rechts. Es hat seinen Sitz in Saarbrücken.
- (2) Das Versorgungswerk wird gerichtlich und außergerichtlich durch den Vorsitzenden des Vorstandes des Versorgungswerkes bzw. im Verhinderungsfall durch den stellvertretenden Vorsitzenden vertreten.
- (3) Das Versorgungswerk hat die Aufgabe, den Mitgliedern der Ärztekammer des Saarlandes und deren Familienangehörigen nach den Bestimmungen des § 6 Saarländisches Heilberufekammergesetz (SHKG) Versorgung nach Maßgabe dieser Satzung zu gewähren. Es kann im Rechtsverkehr unter eigenem Namen handeln, klagen und verklagt werden. Das Vermögen des Versorgungswerkes ist vom Vermögen der Ärztekammer unabhängig. Für Verbindlichkeiten des Versorgungswerkes haftet nur dessen Vermögen. Es haftet nicht für Verbindlichkeiten der Ärztekammer des Saarlandes.
- (4) Bekanntmachungen des Versorgungswerkes im Sinne des § 14 (1) Satz 3 SHKG erfolgen in elektronischer Form auf der Webseite der Ärztekammer des Saarlandes unter der Rubrik „Amtliche Bekanntmachungen“. In den übrigen Fällen ist eine Bekanntmachung auch durch Rundschreiben an die Mitglieder zulässig.

§ 2 Verwaltungsorgane

- (1) Organe des Versorgungswerkes sind:
 1. die Vertreterversammlung der Ärztekammer des Saarlandes,
 2. der Vorstand.Die Tätigkeit in den Organen des Versorgungswerkes wird ehrenamtlich ausgeübt.
- (2) Sofern nach dieser Satzung eine Anhörung vorgesehen ist, kann diese auch im Umlaufverfahren erfolgen.

§ 3 Vertreterversammlung

- (1) Die Vertreterversammlung der Ärztekammer des Saarlandes hat insbesondere folgende Aufgaben:
 - a) Die Beschlussfassung über die Aufstellung oder Änderung dieser Satzung mit 2/3-Mehrheit der stimmberechtigten anwesenden Mitglieder der Vertreterversammlung.
 - b) Die Wahl und Abberufung der Mitglieder des Aufsichtsrates und des Vorstandes des Versorgungswerkes. Scheidet ein Mitglied aus, so wählt die Vertreterversammlung in ihrer nächsten Sitzung den Nachfolger für die Restdauer der Wahlperiode.
 - c) Die Feststellung des Haushaltsplanes und die Genehmigung des Jahresabschlusses nebst Lagebericht.
 - d) Die Entgegennahme des Prüfberichtes der Wirtschaftsprüfer und des Geschäftsberichtes des

Vorstandes.

- e) Die Entlastung des Aufsichtsrates und des Vorstandes.
 - f) Die Festsetzung der ehrenamtlichen Aufwandsentschädigung der Mitglieder des Aufsichtsrates und des Vorstandes.
 - g) Die Genehmigung des Beschlusses des Vorstandes über die Festsetzung der Anpassungsmultiplikatoren und des jährlichen allgemeinen Steigerungsbetrages gemäß § 18 Abs. 3 und 4.
- (2) Der Beschluss der Vertreterversammlung zu Absatz 1 Buchstabe a bedarf der Genehmigung der Rechtsaufsichtsbehörde, der Beschluss zu Absatz 1 Buchstabe g der Genehmigung der Versicherungsaufsichtsbehörde.

§ 4 Aufsichtsrat

- (1) Der Aufsichtsrat ist ein Ausschuss im Sinne der Satzung der Ärztekammer des Saarlandes. Der Aufsichtsrat besteht aus 11 Mitgliedern des Versorgungswerkes (8 Ärzte und 3 Zahnärzte).
- (2) Die Wahl der Mitglieder des Aufsichtsrates erfolgt durch die Vertreterversammlung für die Dauer der Wahlperiode der Vertreterversammlung.
- (3) Der Aufsichtsrat wählt aus seiner Mitte seinen Vorsitzenden sowie den stellvertretenden Vorsitzenden mit einfacher Stimmenmehrheit der Anwesenden. Ist der Vorsitzende Arzt, muss der stellvertretende Vorsitzende Zahnarzt sein. Ist der Vorsitzende Zahnarzt, muss der stellvertretende Vorsitzende Arzt sein.
- (4) Der Aufsichtsrat tritt regelmäßig einen Monat nach Vorlage der Jahresrechnung, des Lageberichtes und des Prüfberichtes, spätestens acht Monate nach Ende des Geschäftsjahres zusammen, im Übrigen jederzeit auf Verlangen von mindestens vier Mitgliedern des Aufsichtsrates. Die Einberufung des Aufsichtsrates erfolgt durch seinen Vorsitzenden oder, bei Verhinderung, durch den stellvertretenden Vorsitzenden. Im Falle von Satz 1, 2. Halbsatz erfolgt die Einberufung innerhalb von zwei Wochen.
- (5) Der Aufsichtsrat ist beschlussfähig, wenn mindestens sechs seiner Mitglieder anwesend sind. Er fasst seine Beschlüsse mit einfacher Mehrheit der Anwesenden. Bei Stimmgleichheit gilt ein Antrag als abgelehnt. Stimmenthaltungen bleiben bei der Feststellung der Mehrheit unberücksichtigt.
- (6) Aufgaben des Aufsichtsrates sind:
 - a) die Überwachung der Geschäftstätigkeit,
 - b) die Prüfung des Jahresabschlusses nebst Lagebericht und des Geschäftsberichtes des Vorstandes,
 - c) die Aufstellung von Richtlinien für Kapitalanlagen,
 - d) die Bestellung eines Wirtschaftsprüfers zur Prüfung des Jahresabschlusses und des Lageberichtes,
 - e) die Bestellung des versicherungsmathematischen Sachverständigen.Der Aufsichtsrat berichtet der Vertreterversammlung mindestens einmal jährlich über seine Tätigkeit.
- (7) Zu den Sitzungen des Aufsichtsrates ist die Versicherungsaufsichtsbehörde einzuladen.

§ 5 Vorstand

- (1) Der Vorstand ist ein Abteilungsvorstand im Sinne der Satzung der Ärztekammer des Saarlandes. Der Vorstand besteht aus 7 Mitgliedern. Ihm gehören der Präsident der Ärztekammer des Saarlandes an sowie weitere 6 Mitglieder des Versorgungswerkes (4 Ärzte und 2 Zahnärzte), die von der Vertreterversammlung für die Dauer der Wahlperiode der Vertreterversammlung gewählt werden. Ist der Präsident der Ärztekammer des Saarlandes nicht Mitglied des Versorgungswerkes, tritt an seine Stelle der 1. Vizepräsident der Ärztekammer des Saarlandes. Ist auch der 1. Vizepräsident nicht Mitglied des Versorgungswerkes, tritt an seine Stelle der 2. Vizepräsident der Ärztekammer des Saarlandes. Ist auch der 2. Vizepräsident nicht Mitglied des Versorgungswerkes, wählt die Vertreterversammlung ein

weiteres Mitglied in den Vorstand.

- (2) Aus den Mitgliedern des Vorstandes nach Abs. 1 wählt die Vertreterversammlung den Vorsitzenden und den stellv. Vorsitzenden. Ist der Vorsitzende Arzt, muss der stellvertretende Vorsitzende Zahnarzt sein. Ist der Vorsitzende Zahnarzt, muss der stellvertretende Vorsitzende Arzt sein.
- (3) Die Mitglieder des Vorstandes dürfen nicht gleichzeitig Mitglieder des Aufsichtsrates sein.
- (4) Der Vorstand ist beschlussfähig, wenn mindestens vier seiner Mitglieder anwesend sind. Er fasst seine Beschlüsse mit einfacher Mehrheit der Anwesenden. Bei Stimmgleichheit gilt ein Antrag als abgelehnt. Stimmenthaltungen bleiben bei der Feststellung der Mehrheit unberücksichtigt. Beschlüsse können auch im Umlaufverfahren in Textform gefasst werden, wenn diesem Verfahren alle Mitglieder zustimmen. Beschlüsse im Umlaufverfahren kommen mit einfacher Mehrheit zustande. Der Vorsitzende ist berechtigt, in dringenden Fällen Entscheidungen zu treffen, die dem Vorstand zustehen. Diese Entscheidungen sind vorläufig und bedürfen der Genehmigung des Vorstandes. Die Genehmigung ist in der auf die Entscheidung des Vorsitzenden folgenden Sitzung einzuholen.
- (5) Der Vorstand ist verpflichtet, jährlich spätestens sieben Monate nach Beendigung des Geschäftsjahres, den Jahresabschluss nebst Lagebericht aufzustellen und dem Aufsichtsrat zur Prüfung vorzulegen.
- (6) Der Vorstand kann sich in Abstimmung mit dem Aufsichtsrat eine Geschäftsordnung geben. Der Vorstand kann Aufgaben der Geschäftsführung auf einzelne Vorstandsmitglieder bzw. Angehörige der Verwaltung übertragen.
- (7) Der Vorstand führt die Geschäfte, soweit in dieser Satzung nichts anderes geregelt ist.

Dem Vorstand obliegt insbesondere:

- a) die Einstellung und Entlassung der Geschäftsführung nach Anhörung des Aufsichtsrates,
- b) die Festsetzung des jährlichen allgemeinen Steigerungsbetrages gemäß § 18 Abs. 3 sowie der Anpassungsmultiplikatoren gemäß § 18 Abs. 3 und 4 nach Anhörung des Aufsichtsrates. Diese bedarf der Genehmigung der Vertreterversammlung.
- c) die Aufstellung des Haushaltsplanes,
- d) die Erstellung des Geschäftsberichtes nach dieser Satzung,
- e) die Anlage des Kapitalvermögens,
- f) der Erwerb, die Veräußerung und Bebauung von Grundstücken,
- g) die Entscheidung über Gewährung von Berufsunfähigkeitsrenten,
- h) die Entscheidung über Widersprüche.

Er ist für die Durchführung der Beschlüsse der Vertreterversammlung und des Aufsichtsrates verantwortlich. Bei der Erfüllung seiner Aufgaben bedient er sich einer Geschäftsstelle unter der Leitung eines Geschäftsführers. Der Geschäftsführer ist Vorgesetzter der Angestellten des Versorgungswerkes.

§ 6 Aufbringung und Verwendung der Mittel

- (1) Die Mittel des Versorgungswerkes werden nach Maßgabe dieser Satzung durch Beiträge der Mitglieder aufgebracht. Sie sind getrennt von den Mitteln Dritter nach den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu verwalten.
- (2) Die Mittel des Versorgungswerkes dürfen nur für gesetzlich zugelassene und satzungsgemäße Zwecke unter Einschluss des Ausgleiches der notwendigen Verwaltungskosten verwendet werden.
- (3) Das Vermögen des Versorgungswerkes ist, soweit es nicht zur Deckung der laufenden Ausgaben bereitzuhalten ist, entsprechend den Grundsätzen des Versicherungsaufsichtsgesetzes, der dazu erlassenen Rechtsverordnung in der jeweiligen Fassung sowie den hierzu erlassenen Richtlinien der Aufsichtsbehörde anzulegen. Das Versorgungswerk hat über seine gesamten Vermögensanlagen, aufgliedert in Neuanlagen und Bestände, in den von der zuständigen Aufsichtsbehörde festzulegenden Formen und Fristen zu berichten.

§ 7 Rechnungslegung, Leistungsverbesserung, Rückstellungen

- (1) Der Vorstand hat spätestens sieben Monate nach Beendigung des Geschäftsjahres einen Jahresabschluss nebst Lagebericht entsprechend der Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen (RechVO) des Saarlandes aufzustellen. Die in den Jahresabschluss einzustellende Deckungsrückstellung ist durch einen versicherungsmathematischen Sachverständigen im Rahmen eines Gutachtens zu errechnen. Für die auf Grund einer rechtskräftigen Entscheidung des Familiengerichts gemäß § 225 Abs. 1 SGB VI bestehende Erstattungspflicht gegenüber den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung ist in der Deckungsrückstellung ein entsprechender Betrag zu berücksichtigen.
- (2) Zur Deckung von Fehlbeträgen ist eine Verlustrücklage zu bilden. Dieser Rücklage sind mindestens 20 % des nach der Gewinn- und Verlustrechnung errechneten Überschusses zuzuführen, bis sie 6 % der Deckungsrückstellung erreicht oder nach Inanspruchnahme wieder erreicht hat.

Ein sich darüber hinaus ergebender Überschuss unter Berücksichtigung von Abs. 1 Satz 3 ist der Gewinnrückstellung (Rückstellung für Beitragsrückerstattung im Sinne des Versicherungsaufsichtsgesetzes) zuzuführen.

- (3) Die Gewinnrückstellung soll – soweit sie nicht zur Erhöhung der Deckungsrückstellung wegen Anpassung der Rechnungsgrundlagen, zur Erhöhung der Zinsschwankungsreserve oder zur Deckung von Verlusten, für deren Deckung die Verlustrücklage nicht ausreicht, heranzuziehen ist – zur Verbesserung der Versorgungsleistungen verwendet werden. Eine Verbesserung der Versorgungsleistungen soll durchgeführt werden, wenn sie zu nennenswerten Ergebnissen führt. Einer Entnahme aus der Gewinnrückstellung steht die zweckgebundene Festlegung innerhalb der Gewinnrückstellung gleich. Über die Verwendung der Gewinnrückstellung entscheidet der Vorstand nach Anhörung des Aufsichtsrates. Diese Beschlüsse bedürfen der Genehmigung der Vertreterversammlung und der Versicherungsaufsichtsbehörde.
- (4) Zur Abdeckung künftiger Schwankungen am Kapitalmarkt kann in der Bilanz eine Zinsschwankungsreserve gebildet werden. Eine Erhöhung oder Absenkung der Zinsschwankungsreserve darf nur nach Empfehlung des Gutachters im aktuellen versicherungsmathematischen Gutachten erfolgen. Der Zinsschwankungsreserve können auf Beschluss des Vorstandes Mittel zugeführt werden. Der Zinsschwankungsreserve können nur bei Nichterreichen des Rechnungszinses auf Beschluss des Vorstandes Mittel entnommen werden.
- (5) Eine Absenkung der Zinsschwankungsreserve darf nur nach Empfehlung des Gutachters im aktuellen versicherungsmathematischen Gutachten erfolgen. Auf Beschluss des Vorstandes können nach Anhörung des Aufsichtsrates der Zinsschwankungsreserve die Mittel entnommen werden, die für die Finanzierung einer Absenkung des Rechnungszinses benötigt werden. Der Zinsschwankungsreserve können durch Beschluss des Vorstandes Mittel entnommen und der Gewinnrückstellung zugeführt werden, sofern der Rechnungszins in den drei vorherigen Geschäftsjahren jeweils um mindestens 0,5 Prozentpunkte überschritten wurde. Diese Entscheidungen bedürfen der Genehmigung der Vertreterversammlung.
- (6) Die Jahresabschlussprüfung soll spätestens 7 Monate nach Beendigung des Geschäftsjahres durch den öffentlich bestellten Wirtschaftsprüfer beendet sein.

§ 8 Geschäftsjahr, Prüfung des Rechnungsabschlusses

- (1) Das Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr.
- (2) Der Jahresabschluss ist durch einen öffentlich bestellten Wirtschaftsprüfer zu prüfen.
- (3) Der Geschäftsbericht ist in geeigneter Form im Saarländischen Ärzteblatt nach Genehmigung durch die Vertreterversammlung zu veröffentlichen.

II. Mitgliedschaft

§ 9 Pflichtmitgliedschaft

- (1) Pflichtmitglieder des Versorgungswerkes sind alle Pflichtmitglieder der Ärztekammer des Saarlandes,

die im Saarland ihre berufliche Tätigkeit ausüben, nicht berufsunfähig sind und die gemäß § 20 Absatz 1 geltende Altersgrenze noch nicht erreicht haben.

- (2) Die Pflichtmitgliedschaft besteht fort, soweit die Berufstätigkeit nicht ausgeübt wird, weil
- a) ein gesetzliches Beschäftigungsverbot nach dem Mutterschutzgesetz oder entsprechenden beamtenrechtlichen Regelungen besteht oder nach dem Mutterschutzgesetz bestehen würde, wenn das betroffene Mitglied nicht selbständig, sondern unselbständig tätig wäre,
 - b) sich das Mitglied in der Zeit ab dem Tage der Geburt bis maximal zur Vollendung des 36. Lebensmonates seines Kindes ausschließlich dessen Betreuung und Erziehung widmet,
 - c) das Mitglied arbeitslos im Sinne des Sozialgesetzbuches III gemeldet ist.
- (3) Pflichtmitglieder sind auch Ärzte und Zahnärzte, die am 31.12.2004 kein Mitglied des Versorgungswerkes der Ärztekammer des Saarlandes waren, zu diesem Zeitpunkt das 45. Lebensjahr bereits vollendet hatten und nach dem 31.10.2012 eine neue sozialversicherungspflichtige berufsspezifische Beschäftigung im Sinne des § 6 Absatz 1 Nummer 1 des SGB VI im Saarland aufnehmen.
- (4) Die Pflichtmitgliedschaft endet mit Entfallen der Voraussetzungen nach Absatz 1 oder 2 bzw. nach Eintritt der Voraussetzungen nach § 10.

§ 10 Ausnahmen von der Pflichtmitgliedschaft

Von der Pflichtmitgliedschaft sind ausgenommen:

1. Beamte und Sanitätsoffiziere,
2. Personen, die bei Beginn ihrer Mitgliedschaft eine (teilweise) Berufsunfähigkeitsrente oder eine (vorgezogene) Altersrente nach dem SGB VI oder von einer berufsständischen Versorgungseinrichtung innerhalb des Bundesgebietes beziehen.

§ 11 Freiwillige Mitgliedschaft

- (1) Mitglieder, deren Pflichtmitgliedschaft nach § 9 endet, können auf Antrag die Mitgliedschaft freiwillig fortsetzen. Der Antrag ist innerhalb von sechs Monaten nach Mitteilung des Versorgungswerkes über die Beendigung der Pflichtmitgliedschaft zu stellen. Im Einzelfall kann eine längere Frist gewährt werden.
- (2) Wird der Beruf im Bereich einer anderen auf Gesetz beruhenden berufsständischen Versorgungseinrichtung ausgeübt, kann die Mitgliedschaft freiwillig fortgesetzt werden, wenn das Mitglied bei einer anderen Versorgungseinrichtung nicht Pflichtmitglied werden kann.
- (3) Die freiwillige Mitgliedschaft endet
1. bei Eintritt der Voraussetzungen für die Pflichtmitgliedschaft im Versorgungswerk der Ärztekammer des Saarlandes oder in einer anderen berufsständischen Versorgungseinrichtung im Bundesgebiet,
 2. durch schriftliche Kündigung des Mitgliedes,
 3. durch Kündigung durch das Versorgungswerk, wenn das Mitglied wegen eines Beitragsrückstandes gemahnt wurde und der Zahlungsaufforderung nicht innerhalb einer Frist von vier Wochen nach Zustellung nachgekommen ist,
 4. mit dem Tode.
- (4) Die Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft wird wirksam
1. in den Fällen des Abs. 3 Nr. 1 mit dem Eintritt der Voraussetzungen für die Pflichtmitgliedschaft,
 2. in den Fällen des Abs. 3 Nr. 2 mit dem Ablauf des Kalendermonats, in dem die Kündigung eingegangen ist,
 3. in den Fällen des Abs. 3 Nr. 3 mit dem Ablauf des Kalendermonats, in dem die Kündigung zugestellt wurde.

§ 12 Mitwirkungspflichten

- (1) Pflichtmitglieder haben sich beim Versorgungswerk schriftlich anzumelden.
- (2) Mitglieder und Leistungsberechtigte haben dem Versorgungswerk jederzeit die zur Erfüllung seiner Aufgaben notwendigen Angaben zu machen. Das Versorgungswerk ist berechtigt und verpflichtet, die Angaben zu prüfen und die Vorlage geeigneter Nachweise zu verlangen.
- (3) Wer Leistungen beantragt oder erhält, hat
 1. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind und auf Verlangen des Versorgungswerkes der Erteilung der erforderlichen Auskunft durch Dritte zuzustimmen.
 2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen.
 3. Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des Versorgungswerkes Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen.
- (4) Wer Leistungen beantragt oder erhält, soll sich auf Verlangen des Versorgungswerkes
 1. ärztlichen und psychologischen Untersuchungsmaßnahmen unterziehen, soweit diese für die Entscheidung über die Leistung erforderlich sind. Das Versorgungswerk benennt hierzu einen geeigneten sachverständigen Gutachter innerhalb des Bundesgebietes. Die hierfür notwendigen Kosten trägt das Versorgungswerk. Reisekosten werden auf Grundlage des Saarländischen Reisekostengesetzes erstattet. Einwände der fehlenden Reisefähigkeit sind durch amtsärztliches Attest nachzuweisen.
 2. einer Heilbehandlung oder anderen qualifizierenden Maßnahmen unterziehen, wenn zu erwarten ist, dass diese Maßnahmen die Berufsunfähigkeit beseitigen oder eine drohende Berufsunfähigkeit verhindern.
- (5) Kommt derjenige, der eine Leistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach Absatz 2 bis 4 schuldhaft nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert, kann das Versorgungswerk ohne weitere Ermittlungen die Leistungen bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen.
- (6) Leistungen dürfen wegen fehlender Mitwirkung 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.

III. Beiträge

§ 13 Beitragshöhe

- (1) Selbständige Mitglieder zahlen als Pflichtbeitrag das 1,2fache des jeweils geltenden höchsten Pflichtversicherungsbeitrages nach dem SGB VI.

Unterschreitet das Einkommen das 1,2fache der jährlichen Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung, kann der Beitrag auf Antrag ermäßigt werden. Der Beitrag wird vorläufig auf den Betrag ermäßigt, der sich durch Bewertung des voraussichtlichen Einkommens mit dem Beitragsatz der gesetzlichen Rentenversicherung ergibt. Einkommen sind die Einkünfte aus selbständiger ärztlicher und zahnärztlicher Tätigkeit im Sinne des § 2 Abs. 2 EStG. Der Antrag auf Beitragsermäßigung ist schriftlich bis zum 31.12. des Folgejahres zu stellen. Zur endgültigen Beitragsfestsetzung sind die Einkünfte durch Einkommenssteuerbescheid unaufgefordert nachzuweisen. Der Einkommensnachweis muss spätestens zum 31. Juli des übernächsten Jahres nach dem Kalenderjahr, für das der Antrag auf Ermäßigung der Beiträge gestellt wurde, geführt sein. Wird der Einkommensnachweis nicht innerhalb dieser Frist vorgelegt, entfallen die Voraussetzungen für eine Ermäßigung der Beiträge. Auf Antrag kann die Frist im Einzelfall verlängert werden. Ist bei Eintritt des Versorgungsfalles für einen Zeitraum der ermäßigte Beitrag noch nicht festgesetzt, wird der Rentenanspruch auf Grundlage des vorläufig festgesetzten Beitrages ermittelt. Dies gilt auch für ehemalige Mitglieder, die vor Eintritt des Versorgungsfalles ausgeschieden sind.

- (2) Angestellte Mitglieder, die gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI von der Versicherungspflicht in der

gesetzliche Rentenversicherung zugunsten des Versorgungswerkes befreit sind, zahlen für Zeiten der Beschäftigungen in einem Angestelltenverhältnis jeweils den Beitrag, der ohne die Befreiung an die Deutsche Rentenversicherung Bund zu entrichten wäre. Bei gleichzeitiger Ausübung einer selbständigen Tätigkeit wird der Gesamtbeitrag auf die Höhe des Beitrags nach Abs. 1 begrenzt.

- (3) Sozialversicherungspflichtige angestellte Mitglieder, die nicht gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind, zahlen als Pflichtbeitrag das 0,4fache des jeweils geltenden höchsten Pflichtversicherungsbeitrages nach dem SGB VI.
- (4) Die Beitragszahlung von Mitgliedern, die von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind, entspricht während des Wehr- oder Bundesfreiwilligendienstes, der Arbeitslosigkeit, des Mutterschutzes oder der Elternzeit sowie in anderen Fällen der Höhe der Zuwendungen zur Altersversorgung, die aufgrund von entsprechenden gesetzlichen Vorschriften oder sonstigen Regelungen von dritter Seite gewährt werden. Von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreite Mitglieder, die Sozialleistungen beziehen, für die der Leistungsträger Beiträge zu berufsständischen Versorgungseinrichtungen gewährt, zahlen den Beitrag, der ohne die Befreiung an die Deutsche Rentenversicherung Bund zu zahlen wäre. Mitglieder, die eine berufsfremde rentenversicherungspflichtige Tätigkeit, die infolge ihrer Eigenart oder vertraglich im Voraus zeitlich begrenzt ist, ausüben, und für diese Tätigkeit von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind, zahlen als Pflichtbeitrag den Beitrag, der ohne die Befreiung an die Deutsche Rentenversicherung Bund zu entrichten wäre.
- (5) Freiwillige Mitglieder zahlen Beiträge in Höhe des 0,2fachen des jeweils geltenden höchsten Pflichtversicherungsbeitrages nach dem SGB VI.
- (6) Pflichtmitglieder können freiwillige Zahlungen in Höhe des Unterschiedsbetrages zwischen dem Beitrag nach Abs.1 bis 5 und dem doppelten höchsten Pflichtversicherungsbeitrag nach dem SGB VI leisten. Dabei kann der freiwillige Beitrag pro Kalenderjahr um maximal 20 % des höchsten Pflichtversicherungsbeitrages nach dem SGB VI bis zum Erreichen dieser Beitragshöchstgrenze gesteigert werden.
- (7) Unbeschadet von Absatz 6 ist bei gleichzeitiger Ausübung mehrerer Beschäftigungen in einem Angestelltenverhältnis die Höhe des Beitrages auf den doppelten höchsten Pflichtversicherungsbeitrag nach dem SGB VI begrenzt. Dies gilt auch für selbständige Mitglieder, die gleichzeitig eine oder mehrere Beschäftigungen in einem Angestelltenverhältnis ausüben.
- (8) Freiwillige Mitglieder können maximal den doppelten höchsten Pflichtversicherungsbeitrag nach dem SGB VI zahlen. Der Beitrag ist im ersten Kalenderjahr der freiwilligen Mitgliedschaft auf den höchsten Pflichtversicherungsbeitrag nach dem SGB VI begrenzt. Der Beitrag des freiwilligen Mitgliedes kann in jedem folgenden Kalenderjahr um maximal 20 % des höchsten Pflichtversicherungsbeitrages nach dem SGB VI bis zum Erreichen der Beitragshöchstgrenze gesteigert werden.
- (9) Beginnend mit dem Kalenderjahr nach Vollendung des 55. Lebensjahres sind für alle Mitglieder freiwillige Beitragszahlungen nur insoweit möglich, als der Beitragsquotient des jeweiligen Kalenderjahres, der sich einschließlich der freiwilligen Beitragszahlung ergibt, den bis zu dem genannten Zeitpunkt durchschnittlichen Beitragsquotienten zuzüglich 20 % des höchsten Pflichtversicherungsbeitrages nach dem SGB VI nicht übersteigt. Bei Beendigung der Beitragszahlung innerhalb eines Jahres errechnet sich die Begrenzung der freiwilligen Beitragszahlung nach Satz 1 anteilig.
- (10) Der Beitragsquotient eines Jahres ergibt sich aus dem Verhältnis des in dem Jahr gezahlten Beitrages zum jeweils geltenden jährlichen höchsten Pflichtversicherungsbeitrages nach dem SGB VI im gleichen Zeitraum.

§ 14 Beitragszahlung

- (1) Beiträge werden mit Ablauf des jeweiligen Beitragsmonats fällig.
- (2) Über Anträge auf eine Beitragsstundung, einen Beitragserlass und Ratenzahlungen entscheidet der Vorstand nach pflichtgemäßem Ermessen.
- (3) Über die bis zum 31. Dezember eines jeden Geschäftsjahres eingezahlten Beiträge erhält das Mitglied eine Beitragsbescheinigung und eine Information über die hieraus resultierenden Anwartschaften. In dieser Bescheinigung wird auch die Summe der während der Mitgliedschaft erworbenen und entsprechend § 18 Abs. 3 jährlich angepassten Anwartschaften mitgeteilt.

- (4) Beiträge können für Zeiten nach Ablauf des Kalendermonats, in dem der Versorgungsfall eingetreten ist, nicht mehr entrichtet werden. Dies gilt nicht für Bezieher einer Teilrente. Die Beitragspflicht endet mit Ablauf des Kalendermonats nach Erreichen der Regelaltersgrenze. Dies gilt auch für Bezieher einer Teilrente.
- (5) Bei Aufschub der Altersrente gilt in Abweichung zu Abs. 4:
 - a. Wird eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung ausgeübt, besteht weiterhin Beitragspflicht.
 - b. Ansonsten kann der bisher gezahlte Pflichtbeitrag auf freiwilliger Basis bis zum Ende des Kalendermonats vor Inanspruchnahme der Altersrente weitergezahlt werden.

§ 15 Nachversicherung

- (1) Auf Antrag kann nach den gesetzlichen Bestimmungen des Sozialgesetzbuches VI nachversichert werden, wer
 - a. unmittelbar vor Beginn der Nachversicherungszeit Mitglied war oder
 - b. während der Nachversicherungszeit Mitglied war oder
 - c. innerhalb eines Jahres nach Beendigung der Nachversicherungszeit die Voraussetzungen der Mitgliedschaft erfüllt.
- (2) Nach dem Tod von Nachzuversichernden steht das Antragsrecht nacheinander zu:
 - a. überlebenden Ehegatten oder Lebenspartner
 - b. den Waisen gemeinsam,
 - c. früheren Ehegatten oder Lebenspartner.
- (3) Das Versorgungswerk ist verpflichtet, die Nachversicherungsbeiträge entgegenzunehmen. Die Nachversicherungsbeiträge, die sich unter Berücksichtigung des tatsächlich bezogenen Arbeitsentgelts ergeben, sind so zu behandeln, als ob sie rechtzeitig in der Zeit entrichtet worden wären, für die die Nachversicherung durchgeführt wird. Der Nachversicherte gilt rückwirkend für die Dauer der Nachversicherung als Mitglied. Der Eintritt des Versorgungsfalles steht der Nachversicherung nicht entgegen.

§ 16 Beitragsüberleitung

- (1) Überleitungen an einen anderen auf Gesetz beruhenden Versorgungsträger oder an das Versorgungswerk der Ärztekammer des Saarlandes können nur dann erfolgen, wenn zwischen den Versorgungswerken ein Überleitungsabkommen besteht. 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.
- (2) Die Überleitung kann nur nach Maßgabe des jeweiligen Überleitungsabkommens durchgeführt werden.
- (3) Übergeleitete Beiträge gelten als rechtzeitig geleistet. Enthält die Überleitung Nachversicherungsbeiträge, finden insoweit die für die Nachversicherung geltenden Bestimmungen Anwendung.
- (4) Mit erfolgter Überleitung erlöschen sämtliche Ansprüche des früheren Mitgliedes gegenüber dem Versorgungswerk der Ärztekammer des Saarlandes.

IV. Leistungen

§ 17 Leistungen

- (1) Nach Entrichtung des ersten Beitrages besteht Rechtsanspruch auf folgende Leistungen:
 1. Altersrente
 2. Berufsunfähigkeitsrente

3. Witwen- bzw. Witwerrente
4. Kapitalabfindung bei Wiederheirat
5. Waisenrente.

Darüber hinaus können auf Antrag Leistungen gemäß § 20 Abs. 3 und § 22 gewährt werden.

- (2) Versorgungsleistungen werden auf schriftlichen Antrag gewährt. Sie werden vom Ersten des auf den Eintritt des Versorgungsfalles folgenden Monats gezahlt, frühestens jedoch nach Erfüllung der satzungsgemäßen Voraussetzungen. Versorgungsleistungen, die später als sechs Monate nach dem Eintritt des Versorgungsfalles beantragt werden, beginnen mit dem Ersten des Antragsmonats.
- (3) Anwartschaften und Ansprüche auf Leistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Das Versorgungswerk kann auf Antrag des Berechtigten durch schriftlichen Bescheid Ausnahmen zulassen, wenn dessen Versorgung dadurch nicht ernsthaft gefährdet wird.
- (4) Mit Ansprüchen auf Erstattung zu Unrecht erbrachter Leistungen kann das Versorgungswerk gegen Ansprüche auf laufende Versorgungsleistungen bis zu deren Hälfte aufrechnen, wenn der Rentenberechtigte nicht nachweist, dass er dadurch hilfebedürftig im Sinne der Vorschriften des SGB II oder SGB XII wird.
- (5) Die Renten werden monatlich im Voraus gezahlt. Zum Ende eines jeden Geschäftsjahres haben die Rentenempfänger eine Lebensbescheinigung vorzulegen.
- (6) Ansprüche aus dem Rechtsverhältnis zwischen dem Versorgungswerk und dem Mitglied sowie dessen leistungsberechtigten Angehörigen verjähren in vier Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie entstanden sind.
- (7) Hat ein Mitglied mit Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente (§ 21) oder ein Hinterbliebener mit Anspruch auf Hinterbliebenenrente (§§ 24,25) aus dem den Versorgungsfall begründenden Ereignis einen Anspruch auf Schadensersatz gegen einen Dritten, ist der Versorgungsberechtigte verpflichtet, diesen Anspruch bis zur Höhe, in der das Versorgungswerk Versorgungsleistungen gewährt, schriftlich an das Versorgungswerk abzutreten. Das Versorgungswerk kann diesen Anspruch in eigenem Namen geltend machen. Das Mitglied ist bei Antragstellung verpflichtet, einen möglicherweise bestehenden Anspruch auf Schadensersatz gegen einen Dritten anzuzeigen. Erfolgt die Anzeige, die Abtretung und die Vorlage der erforderlichen Unterlagen nicht, kann das Versorgungswerk die Versorgungsleistung wegen mangelnder Mitwirkung versagen. § 12 Abs. 5 und 6 finden Anwendung. Gibt der Versorgungsberechtigte einen Anspruch auf Schadensersatz auf, wird das Versorgungswerk von der Pflicht zur Gewährung von Versorgungsleistungen insoweit frei, als es durch Abtretung hätte Ersatz erlangen können.
- (8) Sollte die Leistung von Dritten bereits an den Versorgungsberechtigten bewirkt worden sein, ist der Versorgungsberechtigte verpflichtet, diese bis zur Höhe, in der das Versorgungswerk Versorgungsleistungen gewährt, an das Versorgungswerk abzuführen.

§ 18 Berechnung der Versorgungsleistung allgemein

- (1) Die monatliche Versorgungsleistung des Mitgliedes ergibt sich aus der Summe der während der Dauer der Mitgliedschaft erworbenen und entsprechend Abs. 3 jährlich anzupassenden individuellen Steigerungsbeträge. Sie verringert sich um einen Generationenfaktor, der sich in Abhängigkeit vom Geburtsjahr des Mitgliedes ergibt. Der Generationenfaktor beläuft sich für das Geburtsjahr 1966 auf 0,3 % und erhöht sich mit jedem folgenden Geburtsjahrgang jeweils um weitere 0,3 %-Punkte.
- (2) Der individuelle Steigerungsbetrag eines Jahres ergibt sich durch Vervielfältigung des allgemeinen Steigerungsbetrages mit dem vom Mitglied entsprechend § 13 Abs. 10 erworbenen Beitragsquotienten des gleichen Jahres sowie mit dem altersabhängigen Multiplikator gemäß der folgenden Tabelle, wobei sich das Alter als Differenz aus diesem Jahr minus dem Geburtsjahr des Mitgliedes ergibt:

Alter	Multiplikator für Beiträge bis 2015	Multiplikator für Beiträge ab 2016
bis 57	1,00	1,00
58	1,00	0,98
59	1,00	0,96
60	1,00	0,94
61	1,00	0,92
62	1,00	0,90
63	1,00	0,88
64	1,00	0,86
65	1,00	0,84
66	1,00	0,82
67	1,00	0,80
68		0,82
69		0,84
70		0,87

- (3) Der für die Bewertung der Anwartschaften maßgebliche allgemeine Steigerungsbetrag wird jährlich vom Vorstand festgelegt. Die bis zu dem laufenden Geschäftsjahr erworbenen Anwartschaften werden jährlich durch einen Multiplikator angepasst. Die Anpassung wird zum 1. Januar des Folgejahres wirksam. Der Anpassungsmultiplikator wird vom Vorstand festgelegt.
- (4) Der im Versorgungsfall nach Abs. 1 bis 3 ggf. unter Berücksichtigung des § 19 errechnete Versorgungsanspruch wird jährlich durch die Anwendung eines Multiplikators angepasst. Die Anpassung wird zum 1. Januar des Folgejahres wirksam.
- (5) Die Festlegung des allgemeinen Steigerungsbetrages nach Abs. 3 sowie der Anpassungsmultiplikatoren nach Abs. 3 und 4 erfolgt in Anlehnung an die Empfehlung eines Sachverständigen unter Berücksichtigung eines versicherungsmathematischen Gutachtens.
- (6) Die Bewertung von Beiträgen erfolgt zum Zeitpunkt des Zahlungseinganges.
- (7) Altersrenten, deren Höhe bei Erreichen der Altersgrenze nach § 20 Abs. 1 den maßgeblichen aktuellen Rentenwert (alte Bundesländer) nach § 68 SGB VI nicht übersteigt, werden mit Zustimmung des Mitglieds abgefunden. Die gezahlten Beiträge werden ausgehend vom Zeitpunkt des Zahlungseingangs jährlich mit 2 % verzinst. Mit Zahlung des Abfindungsbetrages sind sämtliche Ansprüche gegenüber dem Versorgungswerk abgegolten
- (8) Ändern sich die Voraussetzungen für die Höhe einer Rente nach ihrem Beginn, wird die Rente in neuer Höhe ab dem Ersten des Folgemonats geleistet.

§ 19 Berechnung der Berufsunfähigkeitsrente

- (1) Ab Beginn der Mitgliedschaft bis zum Eintritt des Versorgungsfalles wird aus den gemäß § 13 Abs. 10 erworbenen Beitragsquotienten ein durchschnittlicher monatlicher Beitragsquotient errechnet, indem die Summe der vom Mitglied entsprechend § 13 Abs. 10 erworbenen Beitragsquotienten durch die Zahl der Monate, in denen die Beitragsquotienten erworben wurden, dividiert wird.

In der Zahl der Monate sind auch solche Zeiten mit zu berücksichtigen, in denen eine Mitgliedschaft ohne Beitragszahlung bestand, jedoch solche Zeiten auszunehmen, in denen eine Mitgliedschaft bestand während Zeiten des Mutterschutzes, der Inanspruchnahme von Elternzeit oder der Gewährung einer Berufsunfähigkeitsrente aus dem Versorgungswerk.

- (2) Die Anzahl der Monate in den jeweiligen Jahren nach Eintritt des Versorgungsfalles bis zur Vollendung der Altersgrenze gemäß § 20 Abs. 1 abzüglich 60 Kalendermonate wird mit dem nach Absatz 1 ermittelten durchschnittlichen monatlichen Beitragsquotienten und dem zum Zeitpunkt des Eintritts des Versorgungsfalles geltenden allgemeinen Steigerungsbetrag sowie dem altersabhängigen Multiplikator nach § 18 Abs. 2 vervielfältigt. Der sich so ergebende Betrag wird um den Generationenfaktor nach § 18 Abs. 1 verringert und der Summe der bis zum Eintritt des Versorgungsfalles erworbenen Anwartschaften nach § 18 Abs. 1 hinzugerechnet.

Die Zurechnungszeit nach Satz 1 wird anteilig entsprechend der Zeit der Mitgliedschaft beim Versorgungswerk der Ärztekammer des Saarlandes zur Gesamtzeit vom Beginn der erstmaligen Mitgliedschaft im Versorgungswerk der Ärztekammer des Saarlandes bis zum Eintritt der Berufsunfähigkeit oder des Todes aus Anwartschaft gewährt.

- (3) Die Berufsunfähigkeitsrente beträgt 76 % der nach Abs. 2 errechneten Rente zuzüglich eines Zuschlags in Höhe von 0,75 % für jedes angefangene Jahr, das der Versorgungsfall vor der Vollendung der Altersgrenze gemäß § 20 Abs. 1 abzüglich 60 Kalendermonaten eintritt.

§ 20 Altersrente

- (1) Altersrente wird mit dem Beginn des auf die Vollendung des 65. Lebensjahres folgenden Kalendermonats gewährt. Die Altersgrenze erhöht sich für die Geburtsjahrgänge

1948 auf 65 Jahre und 1 Monat,
1949 auf 65 Jahre und 2 Monate,
1950 auf 65 Jahre und 3 Monate,
1951 auf 65 Jahre und 4 Monate,
1952 auf 65 Jahre und 5 Monate,
1953 auf 65 Jahre und 6 Monate,
1954 auf 65 Jahre und 7 Monate,
1955 auf 65 Jahre und 8 Monate,
1956 auf 65 Jahre und 9 Monate,
1957 auf 65 Jahre und 10 Monate,
1958 auf 65 Jahre und 11 Monate,
1959 auf 66 Jahre,
1960 auf 66 Jahre und 2 Monate,
1961 auf 66 Jahre und 4 Monate,
1962 auf 66 Jahre und 6 Monate,
1963 auf 66 Jahre und 8 Monate,
1964 auf 66 Jahre und 10 Monate.

Für alle Geburtsjahrgänge ab 1965 ist die Altersgrenze mit Vollendung des 67. Lebensjahres erreicht.

- (2) Vorgezogene Altersrente wird auf Antrag nach Vollendung des 60. Lebensjahres gewährt. Beginnt die Mitgliedschaft nach dem 31.12.2011, wird die vorgezogene Altersrente auf Antrag nach Vollendung des 62. Lebensjahres gewährt. Der Anspruch auf Zahlung der vorgezogenen Altersrente entsteht mit dem Ersten des Monats, zu dem die Versorgungsleistung beantragt wird, jedoch nicht vor dem Ersten des Monats, der dem Eingang des Antrages und der Vollendung des 60. Lebensjahres bzw. des 62. Lebensjahres nachfolgt. Die monatliche Rente wird für jeden fehlenden Kalendermonat vor Beginn der Altersrente gemäß Abs. 1 um 0,4 % gekürzt. Die Kürzung gilt für die Dauer des Rentenbezuges einschließlich der Hinterbliebenenversorgung. Die Antragstellung ist unwiderruflich.
- (3) Auf Antrag wird der Beginn der Altersrente über die Regelaltersrente hinaus aufgeschoben, längstens bis zur Vollendung des 70. Lebensjahres. Alle ab dem Kalendermonat nach Erreichen der Regelaltersgrenze entrichteten Beiträge und nicht in Anspruch genommene Rentenzahlungen werden pro Kalenderjahr in eine Rentenerhöhung umgewandelt, deren Erhöhungsbetrag sich aus § 18 Abs. 1 bis 4 ergibt. Die Erhöhung des Rentenanspruchs wird zum 31. Dezember jeden Kalenderjahres der Aufschubzeit oder zum Rentenbeginn, falls dieser vorher eintritt, fällig. Der Antrag auf Hinausschieben ist unwiderruflich und schriftlich vor Erreichen der Regelaltersgrenze zu stellen. Die Auszahlung der hinausgeschobenen Rente erfolgt auf Antrag. Die Rente beginnt nicht vor dem Ersten des Monats, der dem Eingang des Antrages nachfolgt.

- (4) Die Altersrente kann als Voll- oder Teilrente in Höhe von 30 %, 50 % oder 70 % in Anspruch genommen werden. Soweit nichts Besonderes bestimmt ist, gelten für die Teilrente sowie den verbleibenden Teil der Anwartschaften die gleichen Satzungsbestimmungen wie für volle Rentenleistungen oder Anwartschaften. Ein Antrag auf Teilrente ist unwiderruflich und ist schriftlich vor Beginn der Altersrente unter Angabe des gewählten Prozentsatzes zu beantragen. Eine weitere Teilrente aus dem verbleibenden Teil der Anwartschaften oder eine Änderung des Prozentsatzes ist unzulässig. Absatz 3 Satz 2 gilt entsprechend.
- (5) In Härtefällen kann neben der Altersrente für Kinder des Mitgliedes bis zum vollendeten 18. Lebensjahres eine Erziehungsbeihilfe in Höhe der Halbwaisenrente gewährt werden. Über diesen Zeitpunkt hinaus kann Erziehungsbeihilfe für Kinder des Mitgliedes, die in Berufsausbildung stehen oder infolge körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande sind, sich selbst zu unterhalten, bis zum vollendeten 27. Lebensjahr gewährt werden. Über Anträge zur Erziehungsbeihilfe entscheidet der Vorstand nach pflichtgemäßem Ermessen.

§ 21 Berufsunfähigkeitsrente

- (1) Berufsunfähigkeitsrente erhalten Mitglieder, die vor Erreichen der Altersgrenzen gemäß § 20 Abs. 2 Sätze 1 und 2 infolge eines körperlichen, geistigen oder seelischen Gebrechens zur Ausübung des ärztlichen bzw. zahnärztlichen Berufes unfähig sind. Ärztliche/zahnärztliche Berufsausübung im Sinne dieser Vorschrift ist jede Tätigkeit von Ärzten/Zahnärzten, bei der die Kenntnisse, Fähigkeiten und Erfahrungen, die im Rahmen der Ausbildung erworben wurden, eingesetzt oder mitverwendet werden können. Bei Überschreiten der in Satz 1 genannten Altersgrenzen tritt anstelle der Berufsunfähigkeitsrente die vorgezogene Altersrente in gleicher Höhe. § 21 Abs. 4 Satz 3 gilt entsprechend, sofern nicht durch ärztliches Gutachten die Wiederherstellung der Berufsfähigkeit nachgewiesen wird.

- (2) Die Berufsunfähigkeitsrente wird auf Zeit geleistet. Die Befristung erfolgt für längstens drei Jahre nach Rentenbeginn. Sie kann verlängert werden, dabei verbleibt es bei dem ursprünglichen Rentenbeginn. Verlängerungen erfolgen für längstens drei Jahre nach dem Ablauf der vorherigen Frist. Wenn unwahrscheinlich ist, dass die Berufsunfähigkeit behoben werden kann, wird die Berufsunfähigkeitsrente unbefristet geleistet.

Hiervon ist nach einer Gesamtdauer der Befristung von neun Jahren auszugehen. Die Befristung schließt ein Ende der Rente aus anderen Gründen nicht aus. Wird unmittelbar im Anschluss an eine auf Zeit geleistete Berufsunfähigkeitsrente diese Rente unbefristet geleistet, verbleibt es bei dem ursprünglichen Rentenbeginn.

- (3) Die Feststellung der Berufsunfähigkeit erfolgt durch den Vorstand nach pflichtgemäßem Ermessen, gegebenenfalls durch Hinzuziehung geeigneter unabhängiger Sachverständiger. Nachuntersuchungen können angeordnet werden. Die Mitwirkungspflichten nach § 12 dieser Satzung findet Anwendung. In Anwendung des § 3 Abs. 3 S. 2 SHKG ist bei Vorliegen von Berufsunfähigkeit die zuständige Behörde in Kenntnis zu setzen.
- (4) Der Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente entsteht nicht, solange das Mitglied eine ärztliche bzw. zahnärztliche Tätigkeit im Sinne des Abs. 1 ausübt. Die Berufsunfähigkeitsrente wird gewährt ab dem ersten des Monats, der auf die Antragstellung folgt, jedoch frühestens ab dem Zeitpunkt, zu dem die Berufsunfähigkeit festgestellt wird. Der Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente setzt die Einstellung der gesamten ärztlichen bzw. zahnärztlichen Tätigkeit voraus. Die ärztliche bzw. zahnärztliche Tätigkeit gilt auch als eingestellt, wenn bei einer Berufsunfähigkeitsrente auf Zeit die Praxis mit einem Vertreter oder einem Assistenten weitergeführt wird. Dies gilt nicht für unbefristete Berufsunfähigkeitsrenten.
- (5) § 20 Abs. 3 gilt entsprechend.
- (6) Wird die Berufsunfähigkeit vorsätzlich herbeigeführt, entsteht kein Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente.

§ 22 Rehabilitation

- (1) Einem Mitglied des Versorgungswerkes, das Anwartschaft auf Berufsunfähigkeitsrente hat oder Berufsunfähigkeitsrente bezieht, kann auf Antrag ein Zuschuss zu den Kosten notwendiger medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen gewährt werden, wenn seine Berufsfähigkeit infolge eines körperlichen, geistigen oder seelischen Gebrechens gefährdet, gemindert oder ausgeschlossen ist und sie durch diese Rehabilitationsmaßnahmen voraussichtlich erhalten, wesentlich gebessert oder wiederhergestellt

werden kann. Zur Beseitigung oder Milderung von Nachteilen, die aufgrund einer Behinderung oder einer Erkrankung die Berufsausübung erschweren oder unmöglich erscheinen lassen, können in Einzelfällen auf Antrag nach pflichtgemäßem Ermessen des Vorstandes Zuschüsse zur Berufsförderung gezahlt werden, sofern die Gesamtsumme der Maßnahme 1.000 € übersteigt. Zu Umschulungsmaßnahmen werden keine Zuschüsse gezahlt. In Anwendung des § 3 Abs. 3 S. 2 SHKG ist bei Anträgen auf Zuschüsse zu medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen die zuständige Behörde in Kenntnis zu setzen, sofern dem Versorgungswerk Tatsachen bekannt werden, die das Ruhen und den Widerruf von Approbationen oder Berufserlaubnissen, den Entzug der Weiterbildungsbefugnis oder der Zulassung als Weiterbildungsstätte zur Folge haben können.

- (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 die Erfolgsaussicht der Rehabilitationsmaßnahme sind vom Antragsteller durch ärztliches Gutachten nachzuweisen. Das Versorgungswerk kann die Kostenbeteiligung an Auflagen über Beginn, Dauer, Ort und Art der Durchführung der Maßnahme knüpfen.
- (4) Die notwendigen Kosten der Rehabilitationsmaßnahmen sind vom Antragsteller nach Grund und Höhe nachzuweisen oder unter Beifügung von Belegen vorzuschätzen. Sie bleiben insoweit außer Betracht, als gesetzliche oder satzungsmäßige Erstattungspflicht eines anderen Leistungsträgers besteht. Ein Zuschuss kann nicht gewährt werden, sofern ein Anspruch auf vollständige Erstattung der Kosten der Rehabilitationsmaßnahme in voller Höhe gegen einen Dritten (Haftpflichtversicherer, Drittschädiger etc.) besteht. Das Mitglied ist bei Antragstellung verpflichtet, einen möglicherweise bestehenden Anspruch auf Schadensersatz gegen einen Dritten anzuzeigen. In der Regel wird eine Kostenbeteiligung erwartet. Die Höchstgrenze für Zuschüsse zur Berufsförderung beträgt 50 %. Zur Vermeidung außergewöhnlicher Härten können höhere Zuschüsse gewährt werden. Über die Höhe der Zuschüsse entscheidet der Vorstand unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalles.
- (5) Zu Art und Umfang der Zuschüsse kann der Vorstand Richtlinien erlassen.

§ 23 Versorgungsausgleich

- (1) Ist ein Mitglied in einem Versorgungsausgleichsverfahren ausgleichspflichtig, findet die interne Teilung nach dem Versorgungsausgleichsgesetz (VersAusglG) statt.
- (2) Hat das Familiengericht für den ausgleichsberechtigten Ehegatten zulasten des ausgleichspflichtigen Ehegatten ein Anrecht in Höhe des Ausgleichswerts rechtskräftig übertragen, werden vom Versorgungswerk zulasten der Anwartschaften des ausgleichspflichtigen Ehegatten für den ausgleichsberechtigten Ehegatten Anwartschaften begründet oder verstärkt. Sind beide Ehegatten Mitglieder des Versorgungswerkes, erfolgt der Ausgleich nur in Höhe des Wertunterschiedes nach Verrechnung. Ist nur ein Ehegatte Mitglied, wird der andere Ehegatte durch die interne Teilung kein Mitglied.
- (3) Bei der internen Teilung ist der Anspruch des ausgleichsberechtigten Ehegatten auf eine Altersrente nach § 20 Abs. 1 bis 4 und die Hinterbliebenenversorgung auf Waisenrenten nach § 25 für Kinder aus der Ehe mit dem ausgleichspflichtigen Ehegatten beschränkt; der Anspruch auf Altersrente erhöht sich hierfür um einen Zuschlag, der nach versicherungsmathematischen Grundsätzen errechnet wird. Dies gilt nicht, wenn der ausgleichsberechtigte Ehegatte Mitglied im Versorgungswerk ist.

Für das durch eine interne Teilung begründete Anrecht gelten die §§ 12 Abs. 2, 3 und 5, 17 Abs. 2–5, 26 Abs. 1, 3 und 4 sinngemäß; das Gleiche gilt bezüglich § 25 Abs. 5 für Kinder aus der Ehe mit dem ausgleichspflichtigen Ehegatten.

- (4) Das ausgleichspflichtige Mitglied kann seine aufgrund des Versorgungsausgleichs gekürzten Anwartschaften durch zusätzliche Zahlungen ganz oder teilweise ergänzen, solange noch keine Rentenleistung in Anspruch genommen wurde, längstens jedoch bis zur Erreichung der Regelaltersgrenze.
- (5) Wird nach Beginn der Rente ein Versorgungsausgleich durchgeführt, wird die Rente der leistungsberechtigten Person von dem Kalendermonat an um Zuschläge oder Abschläge verändert, zu dessen Beginn der Versorgungsausgleich durchgeführt ist. Der Rentenbescheid ist mit Wirkung von diesem Zeitpunkt an aufzuheben. Die Rente ist neu festzusetzen. Bei einer rechtskräftigen Abänderung des Versorgungsausgleichs gelten die Sätze 1 und 2 mit der Maßgabe, dass die Veränderung ab dem ersten Tag des Monats, der auf den Monat der Antragstellung folgt, wirksam wird. Im Übrigen gelten die Bestimmungen des Gesetzes über den Versorgungsausgleich (VersAusglG).

- (6) Für Verfahren über den Versorgungsausgleich, in denen gemäß § 48 Versorgungsausgleichsgesetz das bisherige Recht anzuwenden ist, gilt § 20 in der bis zum 31.8.2009 geltenden Fassung weiter.

§ 24 Witwenrente/Witwerrente

- (1) Anspruch auf Witwen- oder Witwerrente hat der überlebende Ehegatte eines Mitgliedes, wenn die Ehe bis zum Tode des Mitgliedes bestanden hat.
- (2) Die Witwen- Witwerrente beträgt 60 % der für den Ehegatten errechneten Rente. War der überlebende Ehegatte mehr als zwanzig Jahre jünger als das verstorbene Mitglied, so wird die Witwen-oder Witwerrente für jedes angefangene Jahr des zwanzig Jahre übersteigenden Altersunterschiedes um ein Zwanzigstel, höchstens jedoch um fünf Zwanzigstel gekürzt.
- (3) Keinen Anspruch auf Witwen- oder Witwerrente hat der verwitwete Ehegatte aus einer Ehe, die erst nach Eintritt der unbefristeten Berufsunfähigkeit des Mitglieds oder nach dem Zeitpunkt, zu dem vorgezogene Altersrente als Voll- oder Teilrente in Anspruch genommen wurde oder zu dem das Mitglied die Regelaltersgrenze erreicht hat, geschlossen wurde. Bei Eheschließungen vor dem 01.08.2019, die nach dem Eintritt der unbefristeten Berufsunfähigkeit geschlossen wurden, gilt Satz 1 entsprechend, jedoch nur im Falle kürzerer Ehedauer als drei Jahre.
- (4) Witwen oder Witwer haben keinen Anspruch auf Witwenrente oder Witwerrente, wenn die Ehe nicht mindestens ein Jahr gedauert hat, es sei denn, dass nach den besonderen Umständen des Falles die Annahme nicht gerechtfertigt ist, dass es der alleinige oder überwiegende Zweck der Heirat war, einen Anspruch auf Hinterbliebenenversorgung zu begründen.
- (5) Die Witwen- oder Witwerrente beginnt mit dem auf den Todestag des Mitgliedes folgenden Monatsersten.
- (6) Witwen oder Witwer haben keinen Anspruch auf Rente, wenn sie den Tod des Ehegatten vorsätzlich herbeigeführt haben.
- (7) Die Zahlung der Witwen- oder Witwerrente endet mit dem Ablauf des Monats:
 1. des Todes der Witwe, des Witwers.
 2. der Wiederheirat der Witwe, des Witwers.
- (8) Heiraten die Witwe, der Witwer wieder, erhalten sie auf Antrag eine Kapitalabfindung. Diese beträgt bei Wiederheirat
 1. vor Vollendung des 30. Lebensjahres das Fünffache,
 2. vor Vollendung des 35. Lebensjahres das Viereinhalbfache,
 3. vor Vollendung des 40. Lebensjahres das Vierfache,
 4. nach Vollendung des 40. Lebensjahres das Dreifacheder der Witwe, dem Witwer im Jahre der Wiederheirat zustehenden Jahresrente, sofern seit dem Tode des Ehegatten noch keine zehn Jahre vergangen sind. Nach dem Monat der Wiederheirat bezogene Renten werden mit der Kapitalabfindung verrechnet.
- (9) Für einen Anspruch auf Witwen- oder Witwerrente gelten als Heirat auch die Begründung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, als Ehe auch eine eingetragene Lebenspartnerschaft, als Witwe und Witwer auch ein überlebender eingetragener Lebenspartner und als Ehegatte auch ein eingetragener Lebenspartner.

§ 25 Waisenrente

- (1) Anspruch auf Waisenrente haben nach dem Tod des Mitgliedes seine Kinder.
- (2) Als Kinder gelten:
 1. eheliche Kinder,
 2. für ehelich erklärte Kinder,

3. an Kindes statt angenommene Kinder,
 4. nicht eheliche Kinder des Mitgliedes, wenn die Unterhaltspflicht festgestellt ist,
 5. nachgeborene Kinder (Abs. 5 gilt entsprechend).
- (3) Die Waisenrente beträgt bei Halbweisen 12 %, bei Vollweisen 20 % der für das verstorbene Mitglied errechneten Rente.
- (4) Die Waisenrente beginnt grundsätzlich mit dem auf den Todestag des Mitgliedes folgenden Monatsersten, für nachgeborene Kinder mit dem Ersten des Geburtsmonates. Diese wird bis zum vollendeten 18. Lebensjahr gewährt. Über diesen Zeitpunkt hinaus wird sie längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres denjenigen Waisen gewährt, die
1. sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder
 2. ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Gesetzes zur Förderung von Jugendfreiwilligendiensten leisten oder
 3. Bundesfreiwilligendienst nach dem Gesetz über den Bundesfreiwilligendienst leisten oder
 4. sich in einer Übergangszeit von höchstens vier Kalendermonaten befinden, die zwischen zwei Ausbildungsabschnitten oder zwischen einem Ausbildungsabschnitt und der Ableistung eines freiwilligen Dienstes im Sinne der Nr. 2 oder 3 liegt, oder
 5. infolge körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande sind, sich selbst zu unterhalten.

Im Falle der Unterbrechung oder Verzögerung der Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung der gesetzlichen Wehr- oder Zivildienstpflicht der Waise wird die Waisenrente auch für einen der Zeit dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 27. Lebensjahr hinaus gewährt, wenn die sonstigen Anspruchsvoraussetzungen zur Gewährung der Waisenrente erfüllt sind.

- (5) Der Anspruch auf Waisenrente ist ausgeschlossen, wenn der Antrag auf Annahme als Kind erst nach dem Zeitpunkt notariell beurkundet wurde, die nach Eintritt der unbefristeten Berufsunfähigkeit des Mitglieds liegt oder zu dem die vorgezogene Altersrente als Voll- oder Teilrente in Anspruch genommen wurde oder das Mitglied die Regelaltersgrenze erreicht hat.
- (6) Waisen haben keinen Anspruch auf Rente, wenn sie den Tod des Mitgliedes vorsätzlich herbeigeführt haben.

§ 26 Ende des Versorgungsanspruches

- (1) Der Rentenanspruch erlischt mit Ablauf des Monats, in dem der Rentenberechtigte stirbt.
- (2) In Fällen der Berufsunfähigkeitsrente endet der Rentenanspruch
- a. mit dem Ablauf des Monats der Erreichung der Altersgrenzen gemäß § 20 Abs. 2 Sätze 1 und 2,
 - b. mit dem Ersten des Monats, in dem die Voraussetzungen für den Anspruch auf Gewährung einer Berufsunfähigkeitsrente entfallen sind.
- (3) Geldleistungen, die für die Zeit nach dem Tod des Rentenberechtigten auf ein Konto bei einem Geldinstitut, für das die Verordnung (EU) Nr. 260/2012 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 14. März 2012 zur Festlegung der technischen Vorschriften und der Geschäftsanforderungen für Überweisungen und Lastschriften in Euro und zur Änderung der Verordnung (EG) Nr. 924/2009 (ABl. L 94 vom 30.3.2012, S. 22) gilt, überwiesen wurden, gelten als unter Vorbehalt erbracht. Das Geldinstitut hat sie dem Versorgungswerk zurückzuüberweisen, wenn dieses sie als zu Unrecht erbracht zurückfordern. Eine Verpflichtung zur Rücküberweisung besteht nicht, soweit über den entsprechenden Betrag bei Eingang der Rückforderung bereits anderweitig verfügt wurde, es sei denn, dass die Rücküberweisung aus einem Guthaben erfolgen kann. Das Geldinstitut darf den überwiesenen Betrag nicht zur Befriedigung eigener Forderungen verwenden.
- (4) Soweit Geldleistungen für die Zeit nach dem Tod des Rentenberechtigten zu Unrecht erbracht worden sind, sind sowohl die Personen, die die Geldleistungen unmittelbar in Empfang genommen haben oder an die der entsprechende Betrag durch Dauerauftrag, Lastschrifteinzug oder sonstiges bankübliches

Zahlungsgeschäft auf ein Konto weitergeleitet wurde (Empfänger), als auch die Personen, die als Verfügungsberechtigte über den entsprechenden Betrag ein bankübliches Zahlungsgeschäft zu Lasten des Kontos vorgenommen oder zugelassen haben (Verfügende) zur Erstattung des entsprechenden Betrages verpflichtet. Ein Geldinstitut, das eine Rücküberweisung mit dem Hinweis abgelehnt hat, dass über den entsprechenden Betrag bereits anderweitig verfügt wurde, hat dem Versorgungswerk auf Verlangen Name und Anschrift des Empfängers oder Verfügenden und etwaiger neuer Kontoinhaber zu benennen.

V. Gebühren

§ 27 Kosten und Gebühren

- (1) Ist ein Beitrag nicht bis zum Ablauf des Fälligkeitstages nach § 14 Abs. 1 entrichtet, wird nach erfolglosem Ablauf der in der ersten Mahnung genannten Zahlungsfrist für jeden angefangenen Kalendermonat des Zahlungsverzuges ein Säumniszuschlag in Höhe von 2 % des fälligen Beitrages erhoben. Für jede Mahnung wird eine Gebühr von 10 Euro erhoben. Die Kosten einer Zwangsvollstreckung werden dem Mitglied in Rechnung gestellt.
- (2) Eingehende Zahlungen werden zunächst auf die Kosten, danach auf Mahngebühren und Säumniszuschläge und zuletzt auf die Beitragsforderung angerechnet.
- (3) Für die Zurückweisung eines Widerspruchs wird je nach Aufwand eine Gebühr in Höhe zwischen 50 und 100 Euro erhoben.

VI. Übergangsbestimmungen und Inkrafttreten

§ 28 Anwartschaften vor dem 1. Juli 1989

- (1) Je 100 %-Punkte der bis zum 1. Juli 1989 erworbenen Vohundertsätze entsprechen 67,30 €, sofern sie durch die Zahlung des Vollbeitrages (§ 7 Abs. 1 der bis zum 30. Juni 1989 geltenden Satzung) erworben wurden, 75,12 €, sofern sie durch die Zahlung des Angestelltenbeitrages (§ 7 Abs. 2 der bis zum 30. Juni 1989 geltenden Satzung) erworben wurden und 120,49 €, sofern sie durch die Zahlung von Mindestbeiträgen (§ 7 Abs. 3 der bis zum 30. Juni 1989 geltenden Satzung) erworben wurden.
- (2) Für die bis zum 30. Juni 1989 nach der bis zu diesem Zeitpunkt geltenden Satzung erworbenen Vohundertsätze ergibt sich unter Beachtung der Quoten nach Abs. 1 ein Gesamtwert, der als Summe individueller Steigerungsbeträge für die Zeit vor dem 1. Juli 1989 in das ab 1. Juli 1989 geltende Berechnungssystem übernommen und künftig entsprechend § 18 Abs. 3 Satz 2 angepasst wird. Bei Berechnung des Durchschnittswertes nach § 19 Abs. 1 wird diese Summe einschließlich der Anpassungen und die entsprechende Zahl der Jahre mitberücksichtigt.
- (3) Für Versorgungsfälle, die nach dem 30. Juni 1989 eintreten und bei denen eine Mitgliedschaft vor dem 1. Juli 1989 begründet wurde, wird eine Rente nach den bis zum 30. Juni 1989 geltenden Vorschriften auf Basis der Besoldungsgruppe A 13 nach dem Stand vom 1. Juli 1988 gewährt, sofern und solange sich nicht durch Anwendung der ab 1. Juli 1989 geltenden Satzung eine höhere Versorgungsleistung ergibt. Für die Bewertung der Beiträge nach der bis zum 30. Juni 1989 geltenden Satzung ist ab 1. Juli 1989 als Vollbeitrag das 1,75fache des jeweils geltenden höchsten Pflichtversicherungsbeitrages nach § 157 und § 159 SGB VI anzusetzen.

§ 29 Allgemeiner Steigerungsbetrag zweites Halbjahr 1989

Für das 2. Halbjahr 1989 beträgt der allgemeine Steigerungsbetrag 26,33 €, der für eine Beitragszahlung von 3.499,38 € erworben wird.

§ 30 Versorgungsausgleich bei Anwendung der bis zum 30. Juni 1989 geltenden Satzung

Werden zu dem Zeitpunkt, zu dem das Auskunftersuchen des Familiengerichts beim Versorgungswerk eingeht, die Anwartschaften des Mitgliedes auf der Grundlage des § 27 Abs. 3 und 4 nach den Bestimmungen der

bis zum 30. Juni 1989 geltenden Satzung berechnet, so ist § 14 a in der bis zum 30. Juni 1989 geltenden Satzung anzuwenden.

§ 31 Mitgliedschaft nach Inkrafttreten der Satzungsänderung vom 1. März 2006

Eine Mitgliedschaft entsteht nicht, wenn ein Arzt/Zahnarzt am 31.12.2004 im Versorgungswerk der Ärztekammer des Saarlandes kein Mitglied war und zu diesem Zeitpunkt das 45. Lebensjahr bereits vollendet hat. Dies gilt nicht in den Fällen des § 9 Abs. 3.

§ 32 Vorgezogene Altersrente

Für Mitglieder, die vor dem 1.6.2011 (Datum der Satzungsänderung) eine Altersteilzeitvereinbarung entsprechend der §§ 2 und 3 Abs. 1 Nr. 1 des Altersteilzeitgesetzes vereinbart haben, gilt § 22 der Satzung in der Fassung vom 1.9.2009.

§ 33 Wahl Aufsichtsrat/Vorstand

Die Vertreterversammlung wählt innerhalb von zwei Monaten nach Inkrafttreten dieser Satzung erstmals Aufsichtsrat und Vorstand. Die Amtszeit des bestehenden Verwaltungsausschusses und des Geschäftsführenden Ausschusses endet mit der Wahl von Aufsichtsrat und Vorstand. Die erste Amtszeit von Aufsichtsrat und Vorstand des Versorgungswerkes endet mit Ablauf der Wahlperiode der Vertreterversammlung, die erstmals Aufsichtsrat und Vorstand gewählt hat. § 3 Absatz 1 Buchstabe b Satz 2 bleibt unberührt.

§ 34 Inkrafttreten

Die Satzung tritt am 01. Dezember 2022 in Kraft.

Anmerkung

Vorstehender Wortlaut der Satzung entspricht dem Stand vom 01. September 2017. Er enthält die Änderungen laut Beschluss der Vertreterversammlung vom 26.04.2018 (in Kraft seit 01.07.2018), vom 26.09.2018 (in Kraft seit 01.12.2018), vom 10.04.2019 (in Kraft seit 01.08.2019), vom 07.10.2020 (in Kraft seit 01.01.2021), vom 15.12.2021 (in Kraft seit 01.10.2022), vom 28.09.2022 (in Kraft seit 01.12.2022).

I. Struktur des Versorgungswerkes	1
§ 1 Rechtsnatur, Sitz und Aufgaben	1
§ 2 Verwaltungsorgane	1
§ 3 Vertreterversammlung	1
§ 4 Aufsichtsrat	2
§ 5 Vorstand.....	2
§ 6 Aufbringung und Verwendung der Mittel.....	3
§ 7 Rechnungslegung, Leistungsverbesserung, Rückstellungen	4
§ 8 Geschäftsjahr, Prüfung des Rechnungsabschlusses.....	4
II. Mitgliedschaft.....	4
§ 9 Pflichtmitgliedschaft.....	4
§ 10 Ausnahmen von der Pflichtmitgliedschaft	5
§ 11 Freiwillige Mitgliedschaft.....	5
§ 12 Mitwirkungspflichten	6
III. Beiträge	6
§ 13 Beitragshöhe	6
§ 14 Beitragszahlung.....	7
§ 15 Nachversicherung	8
§ 16 Beitragsüberleitung	8
IV. Leistungen.....	8
§ 17 Leistungen.....	8
§ 18 Berechnung der Versorgungsleistung allgemein.....	9
§ 19 Berechnung der Berufsunfähigkeitsrente.....	10
§ 20 Altersrente.....	11
§ 21 Berufsunfähigkeitsrente	12
§ 22 Rehabilitation	12
§ 23 Versorgungsausgleich	13
§ 24 Witwenrente/Witwerrente	14
§ 25 Waisenrente	14
§ 26 Ende des Versorgungsanspruches.....	15
V. Gebühren	16
§ 27 Kosten und Gebühren	16
VI. Übergangsbestimmungen und Inkrafttreten.....	16
§ 28 Anwartschaften vor dem 1. Juli 1989.....	16
§ 29 Allgemeiner Steigerungsbetrag zweites Halbjahr 1989.....	16
§ 30 Versorgungsausgleich bei Anwendung der bis zum 30. Juni 1989 geltenden Satzung.....	16
§ 31 Mitgliedschaft nach Inkrafttreten der Satzungsänderung vom 1. März 2006.....	17

§ 32 Vorgezogene Altersrente.....	17
§ 33 Wahl Aufsichtsrat/Vorstand	17
§ 34 Inkrafttreten	17
Anmerkung.....	17