

SATZUNG DES VERSORGUNGSWERKES der Landesapothekerkammer Hessen Körperschaft des öffentlichen Rechts

gemäß Beschluss der Delegiertenversammlung der Landesapothekerkammer Hessen vom 14. März 2007, genehmigt vom Hessischen Sozialministerium am 27. März 2007, veröffentlicht in der Pharmazeutischen Zeitung Nr. 15/2007, S. 1375 ff. und in der Deutschen Apotheker Zeitung Nr. 15/2007, S. 1735 ff., zuletzt geändert durch Beschluss der Delegiertenversammlung der Landesapothekerkammer Hessen am 08. März 2017, zuletzt genehmigt vom Hessischen Sozialministerium am 22. März 2017, veröffentlicht in der Pharmazeutischen Zeitung Nr. 14/2017, S. 90 und in der Deutschen Apotheker Zeitung Nr. 14/2017, S. 109

§ 1 Rechtsnatur, Sitz und Aufgaben

- (1)** Das Versorgungswerk ist eine Einrichtung der Landesapothekerkammer Hessen (Kammer), Körperschaft des öffentlichen Rechts, und führt ein Dienstsiegel. Es hat seinen Sitz in Frankfurt am Main.
- (2)** Das Versorgungswerk kann im Rechtsverkehr unter seinem eigenen Namen handeln, klagen und verklagt werden. Es verwaltet ein eigenes Vermögen, das nicht für Verbindlichkeiten der Kammer haftet. Das Vermögen der Kammer haftet nicht für Verbindlichkeiten des Versorgungswerkes.
- (3)** Das Versorgungswerk wird durch einen Ausschuss geleitet (Leitender Ausschuss).
- (4)** Das Versorgungswerk hat die Aufgabe, seinen Mitgliedern und deren Familienangehörigen Versorgungsleistungen nach Maßgabe dieser Satzung zu gewähren.

§ 2 Bekanntmachungen

Bekanntmachungen des Versorgungswerkes erfolgen durch Veröffentlichungen in der Pharmazeutischen Zeitung und der Deutschen Apotheker Zeitung.

§ 3 Mitwirkungspflichten

- (1)** Die Mitglieder sind verpflichtet, alle Änderungen der die Mitgliedschaft oder die Beitragsentrichtung beeinflussenden Verhältnisse dem Versorgungswerk unverzüglich mitzuteilen. Das Versorgungswerk kann von Mitgliedern und sonstigen Leistungsberechtigten die Auskünfte und Nachweise verlangen, die für die Feststellung der Mitgliedschaft sowie Art und Umfang der Beitragspflicht und der Versorgungsleistungen erforderlich sind, insbesondere ist das Versorgungswerk berechtigt, in angemessenen Abständen Lebendbescheinigungen zu verlangen und die persönlichen Daten des Mitglieds oder Versorgungsbezugsempfängers zu überprüfen. Reicht das Mitglied die erforderlichen Unterlagen nicht in einer angemessenen Frist beim Versorgungswerk ein, so ist das Versorgungswerk berechtigt, die Leistung einzustellen oder abzulehnen.
- (2)** Das Versorgungswerk kann die Angaben und Nachweise überprüfen und erforderlichenfalls weitere Unterlagen verlangen oder eigene Ermittlungen anstellen.

(3) Für Leistungsberechtigte nach § 29, die keine Mitglieder im Versorgungswerk sind, gelten die Absätze 1 und 2 entsprechend.

§ 4 Organe des Versorgungswerkes

Organe des Versorgungswerkes sind die Delegiertenversammlung und der Leitende Ausschuss.

§ 5 Delegiertenversammlung

(1) Die Delegiertenversammlung beschließt über

1. die Satzung des Versorgungswerkes mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der gesetzlichen Mitglieder,
2. die Wahl, die Abberufung und die Entlastung der Mitglieder des Leitenden Ausschusses,
3. die Geschäftsordnung des Versorgungswerkes,
4. die Haushalts- und Kassenordnung des Versorgungswerkes,
5. die Kostensatzung des Versorgungswerkes,
6. Leistungsänderungen,
7. die Bestellung des Wirtschaftsprüfers,
8. die Bestellung des versicherungsmathematischen Sachverständigen,
9. die Feststellung des Jahresabschlusses,
10. den Haushaltsplan des Versorgungswerkes,
11. die Richtlinien für die Kapitalanlagen,
12. den technischen Geschäftsplan,
13. die Auflösung des Versorgungswerkes mit einer Mehrheit von drei Vierteln der gesetzlichen Mitglieder. Hierzu ist die Delegiertenversammlung mit einer Frist von mindestens acht Wochen zu laden.

(2) Die Beschlussfassungen zu Abs. 1 Nr. 1, 6, 11, 12, 13 bedürfen der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde.

§ 6 Leitender Ausschuss

(1) Der Leitende Ausschuss besteht aus dem vorsitzenden Mitglied, dem stellvertretenden vorsitzenden Mitglied und drei weiteren Mitgliedern. Die Mitglieder müssen dem Versorgungswerk angehören. Der Leitende Ausschuss wird für die Dauer von fünf Jahren gewählt. Er bleibt solange im Amt, bis ein neuer Ausschuss gewählt ist.

(2) Die Delegiertenversammlung wählt das vorsitzende Mitglied, das stellvertretende vorsitzende Mitglied und die drei weiteren Mitglieder in getrennten Wahlgängen für die Dauer von fünf Jahren. Das vorsitzende Mitglied und das stellvertretende vorsitzende Mitglied des Vorstandes der Kammer können nicht vorsitzendes oder stellvertretendes vorsitzendes Mitglied des Leitenden Ausschusses sein. Soweit das vorsitzende oder das stellvertretende vorsitzende Mitglied des Leitenden Ausschusses zum vorsitzenden oder stellvertretenden vorsitzenden Mitglied des Vorstandes der Kammer gewählt wird und dieses Amt annimmt, endet seine Mitgliedschaft im Leitenden Ausschuss. Eine Wahl zum weiteren Mitglied in den Leitenden Ausschuss ist möglich. Die Mitglieder des Leitenden Ausschusses üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich

aus, ihnen kann eine angemessene Aufwandsentschädigung sowie eine Reisekostenvergütung gewährt werden. Soweit für die Tätigkeiten Aufwandsentschädigungen gezahlt werden, bedürfen dieser der Beschlussfassung durch die Delegiertenversammlung.

(3) Der Leitende Ausschuss ist beschlussfähig, wenn mehr als die Hälfte seiner Mitglieder anwesend sind. Er fasst seine Beschlüsse mit einfacher Mehrheit.

(4) Der Leitende Ausschuss leitet das Versorgungswerk. Er ist für die Durchführung der Beschlüsse der Delegiertenversammlung verantwortlich. Insbesondere hat er folgende Aufgaben:

1. die Vorlage der Richtlinien für die Kapitalanlage,
2. die Überwachung der Geschäftsführung und der Kapitalanlagen,
3. die Beschlussfassung über die Vorlage des Haushaltsplanes und des Jahresabschlusses an die Delegiertenversammlung,
4. den Wirtschaftsprüfer vorzuschlagen,
5. den versicherungsmathematischen Sachverständigen vorzuschlagen,
6. Änderungen des technischen Geschäftsplanes vorzuschlagen,
7. der Delegiertenversammlung Vorlagen im Rahmen des Satzungsrechtes zu erstellen,
8. die Entscheidung über Widersprüche gegen Bescheide des Versorgungswerkes,
9. Vorschläge zu Leistungsänderungen.

(5) Der Leitende Ausschuss hat einen Geschäftsführer sowie einen stellvertretenden Geschäftsführer zu bestellen.

§ 7 Geschäftsführung

(1) Die Geschäftsführung besteht aus dem Geschäftsführer sowie dem stellvertretenden Geschäftsführer. Der Geschäftsführer ist Dienstvorgesetzter aller Mitarbeiter des Versorgungswerkes.

(2) Die Geschäftsführung führt die laufenden Geschäfte des Versorgungswerkes und ist dem Leitenden Ausschuss verantwortlich. Zu den laufenden Geschäften gehören insbesondere:

1. die Bearbeitung der Verwaltungsverfahren einschließlich der Widerspruchsverfahren, wobei die Entscheidung über den Widerspruch dem Leitenden Ausschuss vorbehalten bleibt,
2. die Vorbereitung und Protokollierung der Sitzungen des Leitenden Ausschusses,
3. die Durchführung der Beschlüsse des Leitenden Ausschusses,
4. die termingerechte Aufstellung des Haushaltsplanes für das Folgejahr,
5. die termingerechte Erstellung des Jahresabschlusses und des Geschäftsberichtes für das vorangegangene Jahr,
6. die ordnungsgemäße Abwicklung aller Beiträge, Renten, Forderungen und Verbindlichkeiten einschließlich der Kassenführung im Rahmen des Haushaltsplanes sowie der Buchhaltung,
7. die laufende Verbindung zu anderen Institutionen, Verbänden und Einrichtungen im wirtschaftlichen Bereich und im öffentlichen Leben, soweit sie für das Versorgungswerk von Interesse sind,

8. alle das Versorgungswerk betreffenden nationalen und internationalen Vorgänge im öffentlichen Leben und im wirtschaftlichen Bereich,
9. die laufende Überwachung der Kapitalanlagen und die Direktanlage,
10. die Datenverarbeitung.

(3) Der Geschäftsführer hat dem Leitenden Ausschuss regelmäßig über die Tätigkeit und Maßnahmen der Geschäftsführung, die Finanzlage und die sonstigen wesentlichen Ereignisse im Versorgungswerk zu berichten.

§ 8 Vertretung des Versorgungswerkes

(1) Das vorsitzende Mitglied des Leitenden Ausschusses, im Verhinderungsfall sein Stellvertreter, vertritt das Versorgungswerk gerichtlich und außergerichtlich. Der Geschäftsführer kann zur gerichtlichen und außergerichtlichen Vertretung des Versorgungswerkes bevollmächtigt werden. Die Vollmacht ist durch das vorsitzende Mitglied und das stellvertretende vorsitzende Mitglied des Leitenden Ausschusses schriftlich zu erteilen.

(2) Erklärungen, die das Versorgungswerk vermögensrechtlich verpflichten, müssen, soweit es sich nicht um laufende Geschäfte handelt, vom vorsitzenden Mitglied des Leitenden Ausschusses oder dessen Stellvertreter und vom Geschäftsführer oder dessen Stellvertreter schriftlich abgegeben werden.

§ 9 Geschäftsjahr, Haushaltsplan

(1) Das Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr.

(2) Für jedes Geschäftsjahr ist ein Haushaltsplan nach der Haushalts- und Kassenordnung des Versorgungswerkes zu erstellen.

(3) Der Haushaltsplan für das folgende Geschäftsjahr ist mindestens vier Wochen vor Ablauf des laufenden Geschäftsjahres der Delegiertenversammlung zur Beschlussfassung vorzulegen.

§ 10 Rechnungslegung

(1) Für das abgelaufene Geschäftsjahr ist ein Geschäftsbericht zu erstellen. Dieser enthält neben einem Lagebericht den Jahresabschluss mit Bilanz, Gewinn- und Verlustrechnung und Anhang.

(2) Es ist ein versicherungsmathematischer Sachverständiger zu beauftragen. Dieser hat zum Stichtag des Jahresabschlusses die zu seinem Aufgabengebiet gehörenden Untersuchungen durchzuführen und über die Ergebnisse ein Gutachten vorzulegen. Dieses hat die für den Jahresabschluss erforderlichen versicherungstechnischen Rückstellungen zu enthalten.

(3) Weist die Gewinn- und Verlustrechnung einen Überschuss aus, so wird mindestens die Hälfte dieses Überschusses der Sicherheitsrücklage zugeführt, bis diese den Betrag von sechs vom Hundert der versicherungstechnischen Rückstellungen, ohne Berücksichtigung der Zinszusatzreserve, erreicht oder nach Inanspruchnahme

wieder erreicht hat. Ein darüber hinaus verbleibender Überschuss wird der Überschussrücklage zugeführt.

(4) Eine Verfügung über die Überschussrücklage ist nur zur Deckung eines Fehlbetrages nach Abs. 5, der Aktualisierung der versicherungsmathematischen Rechnungsgrundlagen, der Auffüllung der Sicherheitsrücklage nach Abs. 3 oder zur Verbesserung oder Erweiterung der Versorgungsleistungen zulässig. Der Verfügungsvorschlag ist durch den versicherungsmathematischen Sachverständigen zu begründen und der Delegiertenversammlung zur Beschlussfassung vorzulegen.

(5) Weist die Gewinn- und Verlustrechnung einen Fehlbetrag aus, so wird zu seiner Deckung zunächst die Überschussrücklage, und, falls diese nicht ausreicht, die Sicherheitsrücklage in Anspruch genommen. Ein danach verbleibender Fehlbetrag wird in der Bilanz als Verlust ausgewiesen. Zu diesem Verlust haben der versicherungsmathematische Sachverständige im Hinblick auf etwaige Auswirkungen auf die den Mitgliedern zustehenden Leistungen und der Wirtschaftsprüfer im Hinblick auf die Vermögenslage des Versorgungswerkes Stellung zu nehmen.

(6) Der Jahresabschluss und der Lagebericht sind durch einen Wirtschaftsprüfer zu prüfen.

(7) Der Geschäftsbericht, das versicherungsmathematische Gutachten und der Wirtschaftsprüferbericht sind so rechtzeitig zu erstellen, dass sie der Delegiertenversammlung bis spätestens 30. Juni des Folgejahres zur Beschlussfassung zur Feststellung des Jahresabschlusses vorgelegt werden können.

§ 11 Aufbringung und Verwendung der Mittel

(1) Die Mittel des Versorgungswerkes werden durch Beiträge seiner Mitglieder und durch Vermögenserträge aufgebracht.

(2) Die aufgebrachten Mittel dürfen nur verwendet werden zur

1. Gewährung der satzungsmäßigen Leistungen,
2. Deckung der Verwaltungskosten,
3. Bildung der Rückstellungen und Rücklagen, und zwar
 - a) der versicherungstechnischen Rückstellungen,
 - b) der Sicherheitsrücklage,
 - c) der Überschussrücklage,
 - d) der Rücklage für Rehabilitation.

§ 12 Mitglieder kraft Satzung

(1) Mitglieder des Versorgungswerkes sind alle Kammerangehörigen, die ihren Beruf in Hessen ausüben oder die sich in der praktischen pharmazeutischen Ausbildung nach der Approbationsordnung für Apotheker befinden, soweit sie bei Inkrafttreten dieser Satzung das 65. Lebensjahr oder zum Zeitpunkt der Berufsaufnahme in Hessen das 67. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder nicht durch diese Satzung von der Mitgliedschaft ausgenommen sind. Kammerangehörige, die vor dem 01.01.2012 nicht Mitglied des Versorgungswerkes wurden, weil sie zum Zeitpunkt

der Berufsaufnahme in Hessen bereits das 65. Lebensjahr vollendet hatten, bleiben von der Mitgliedschaft ausgenommen.

(2) Ein Mitglied, das bei Eintritt in das Versorgungswerk bereits berufsunfähig ist, ist zur Beitragszahlung weder berechtigt noch verpflichtet und hat keinen Anspruch auf Leistungen aus dem Versorgungswerk, solange die Berufsunfähigkeit andauert. Etwaige Beiträge, soweit sie vom Mitglied selbst entrichtet worden sind, werden zinslos erstattet.

§ 13 Ausnahmen von der Mitgliedschaft

(1) Kammermitglieder, die bei in Kraft treten dieser Satzung aufgrund von früheren Satzungsbestimmungen von der Pflichtmitgliedschaft befreit oder ausgenommen sind, bleiben bis zum Wegfall des jeweiligen Befreiungsgrundes weiterhin von der Mitgliedschaft ausgenommen. Dies gilt auch für Kammermitglieder, die von einem anderen berufsständischen Versorgungswerk von der Mitgliedschaft befreit oder ausgenommen wurden, sofern der Grund für diese Befreiung nicht entfallen ist.

(2) Von der Pflichtmitgliedschaft ist ausgenommen, wer ab Beginn der Mitgliedschaft nach § 12 dieser Satzung nicht mehr als drei Monate seine pharmazeutische Tätigkeit im Kammerbereich ausübt und während dieser Zeit weiterhin Mitglied eines anderen Apothekerversorgungswerkes ist und an dieses Pflichtbeiträge aus seinem gesamten pharmazeutischen Einkommen entrichtet. Wird diese vorübergehende Tätigkeit nicht nach drei Monaten beendet, so beginnt die Pflichtmitgliedschaft ab dem Anfang des vierten Monats.

(3) Von der Mitgliedschaft kraft Satzung sind darüber hinaus Kammerangehörige ausgenommen, die als Beamte auf Lebenszeit, auf Zeit oder zur Probe des Bundes, des Landes, der Gemeinden oder einer Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts tätig oder Sanitätsoffiziere als Berufs- oder Zeitsoldaten sind.

(4) Entfällt der Grund, der zur Ausnahme von der Mitgliedschaft geführt hat, wird der Kammerangehörige ab diesem Zeitpunkt Mitglied entsprechend der Satzung.

(5) Auf schriftlichen Antrag werden von der Mitgliedschaft befreit:

1. Kammerangehörige, die auf Grund einer durch Gesetz oder auf Gesetz beruhenden Verpflichtung gleichzeitig aufgrund pharmazeutischer Tätigkeit Pflichtmitglieder einer anderen Apothekerversorgung sind und diese Pflichtbeiträge aus ihrem gesamten pharmazeutischen Einkommen entrichten.
2. Kammerangehörige, die bei Begründung der Pflichtmitgliedschaft das 60. Lebensjahr vollendet haben.

(6) Befreiungsanträge nach Abs. 5 sind schriftlich innerhalb von drei Monaten nach Entstehen des Befreiungsgrundes unter Beifügung der erforderlichen Nachweise beim Versorgungswerk einzureichen.

(7) Die Befreiung wird wirksam ab dem Zeitpunkt, in dem die Voraussetzungen eingetreten waren, sofern die Frist gemäß Abs. 6 eingehalten wurde, anderenfalls ab dem ersten Kalendertag des Monats, der auf den Eingang des Antrages beim Versorgungswerk folgt.

(8) Die Befreiung endet mit dem Zeitpunkt, in dem die Voraussetzungen entfallen sind.

(9) Mitglieder der Landesapothekerkammer Hessen, die von der Mitgliedschaft im Versorgungswerk befreit wurden, haben jede Änderung der für die Befreiung maßgeblichen Verhältnisse dem Versorgungswerk unverzüglich anzuzeigen.

§ 14 Befreiung von der Beitragspflicht

(1) Nicht pharmazeutisch tätige Mitglieder oder angestellte Mitglieder des Versorgungswerkes, bei denen für die ausgeübte Tätigkeit die Bestimmungen des § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI i.V.m. § 6 Abs. 5 SGB VI keine Anwendung finden, sind beitragsfrei.

(2) Von der Beitragspflicht sind befreit:

1. Kammerangehörige, die im Angestelltenverhältnis tätig sind, für die Zeit des Mutterschutzes und für die gesetzlich eingeräumte Elternzeit nach dem Bundeserziehungsgeldgesetz.
2. Kammerangehörige, auf deren Beschäftigung die Bestimmungen des § 5 Abs. 2 SGB VI anwendbar sind und die auf die Versicherungspflicht verzichtet haben.

(3) Die Nachweise gemäß Abs. 2 sind unaufgefordert und unverzüglich dem Versorgungswerk zu übermitteln.

(4) Die Befreiung wird ab dem Zeitpunkt wirksam, in dem die Voraussetzungen eingetreten sind. Sie endet mit dem Zeitpunkt, in dem die Voraussetzungen entfallen sind. § 13 Abs. 7 gilt entsprechend.

§ 15 Freiwillige Mitgliedschaft

(1) Mitglieder kraft Satzung scheiden aus dem Versorgungswerk aus, sobald sie der Landesapothekerkammer Hessen nicht mehr als Pflichtmitglied angehören. Sie sind jedoch berechtigt, mit schriftlichem Antrag die Mitgliedschaft auf freiwilliger Basis weiterzuführen.

(2) Die Fortsetzung der Mitgliedschaft ist ausgeschlossen, wenn eine Pflichtmitgliedschaft oder Pflichtversicherung bei einer anderen öffentlich-rechtlichen Versorgungseinrichtung, insbesondere der Deutschen Rentenversicherung, einer anderen Versorgungseinrichtung im Sinne der Verordnung (EG) 883/2004 in der jeweils geltenden Fassung oder einer anderen berufsständischen Versorgungseinrichtung besteht oder das Mitglied in ein Beamtenverhältnis berufen wird.

(3) Der Antrag auf freiwillige Mitgliedschaft muss spätestens nach drei Monaten ab Beendigung der Pflichtmitgliedschaft beim Versorgungswerk eingegangen sein. Für Beitragszahlungen nach § 20 Abs. 2 ist eine gesonderte Antragstellung nicht erforderlich.

(4) Die freiwillige Mitgliedschaft endet:

1. falls die Voraussetzungen für eine Mitgliedschaft kraft Satzung eintreten,

2. mit Eintritt des Leistungsbezuges,
3. durch schriftliche Erklärung des Mitgliedes oder des Versorgungswerkes unter den Voraussetzungen von Abs. 5,
4. sobald eine der Voraussetzungen i.S.d. Abs. 2 eingetreten ist.

(5) Die Erklärung nach Abs. 4 Nr. 3 ist durch Einschreiben vorzunehmen und wird wirksam mit einer Frist von sechs Wochen zum jeweiligen Quartalsende. Das Versorgungswerk ist berechtigt, die freiwillige Mitgliedschaft zu kündigen, wenn das Mitglied seine satzungsgemäßen Mitwirkungspflichten i.S.d. § 3 oder seine Beitragsverpflichtungen nicht erfüllt. Vor Ausspruch einer Kündigung ist das Mitglied mit einer Frist von mindestens zwei Wochen schriftlich zu mahnen, seine satzungsgemäßen Pflichten zu erfüllen.

(6) Änderungen der für die freiwillige Mitgliedschaft maßgeblichen Verhältnisse sind dem Versorgungswerk durch das Mitglied unverzüglich anzuzeigen.

§ 16 Rechte ausgeschiedener Mitglieder

(1) Endet die Mitgliedschaft im Versorgungswerk, so bleibt die Anwartschaft auf Versorgung nach den §§ 23 ff. dieser Satzung erhalten, es sei denn, dass die für ein Mitglied entrichteten Beiträge nach § 17 der Satzung an eine andere Versorgungseinrichtung übergeleitet wurden.

(2) Entsteht erneut Pflichtmitgliedschaft, verbleibt es bei den Ansprüchen aus der beendeten Mitgliedschaft; sie treten zu den Ansprüchen aus der erneuten Mitgliedschaft.

§ 17 Überleitung

(1) Nach Ende der Mitgliedschaft im Versorgungswerk können ehemalige Mitglieder die Überleitung der geleisteten Pflicht- und freiwilligen Beiträge ohne Zinsen an eine andere Versorgungseinrichtung für Apotheker, in der es Pflichtmitglied wird, unter den Voraussetzungen der Absätze 2 bis 5 beantragen.

(2) Der Antrag auf Überleitung ist schriftlich mit einer Frist von drei Monaten ab Aufnahme der Tätigkeit im Bereich der aufnehmenden Versorgungseinrichtung bei dieser zu stellen.

(3) Eine Überleitung ist insbesondere ausgeschlossen wenn

1. das Mitglied bereits eine Mitgliedschaftszeit von mehr als 60 Monaten bei der Apothekerversorgung Hessen zurückgelegt hat,
2. Ansprüche des Mitglieds ganz oder teilweise abgetreten, verpfändet oder gepfändet sind,
3. das Mitglied zum Zeitpunkt der Beendigung der Mitgliedschaft einen Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente gestellt hat oder schon berufsunfähig war,
4. der Versorgungsfall eingetreten ist oder
5. ein Versorgungsausgleichsverfahren eingeleitet oder abgeschlossen ist.

(4) Die Apothekerversorgung nimmt bei bestehendem Überleitungsabkommen Beiträge entgegen, die auf Antrag des Mitgliedes von einem anderen Apothekerversorgungswerk übergeleitet werden, die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend. Durch die

Übertragung der Beiträge werden Anwartschaften in der Weise begründet, als wären die übertragenen Beiträge dem Versorgungswerk zu dem Zeitpunkt zugegangen, wie sie an das abgebende Versorgungswerk entrichtet wurden.

(5) Besteht kein Überleitungsabkommen, ist eine Einzelvereinbarung zwischen den Versorgungsträgern erforderlich. Als Versorgungsträger können auch sonstige internationale und supranationale Einrichtungen anerkannt werden. Das Versorgungswerk ist in den Fällen, bei denen kein Überleitungsabkommen besteht, nur verpflichtet, Beiträge überzuleiten oder entgegenzunehmen, wenn die Übertragung zu den zwischen den Apothekerversorgungswerken üblichen Bedingungen erfolgt.

§ 18 Nachversicherung

(1) Nachversichert werden können Kammerangehörige, die aus einer versicherungsfreien Beschäftigung gemäß §§ 5 und 6 SGB VI ausscheiden und die innerhalb eines Jahres nach dem Ausscheiden Mitglieder kraft Satzung gemäß § 12 werden oder die während der versicherungsfreien Beschäftigung bis zum Ausscheiden Mitglieder kraft Satzung waren. Auf Antrag des Nachzuversichernden hat der Arbeitgeber die Beiträge, die an die Deutsche Rentenversicherung zu entrichten wären, mit befreiender Wirkung an das Versorgungswerk zu zahlen und die in § 186 SGB VI genannten Bescheinigungen zu übersenden.

(2) Der Antrag nach Abs. 1 Satz 2 ist innerhalb eines Jahres nach dem Ausscheiden zu stellen. Ist das nachzuversichernde Mitglied verstorben, so steht das Antragsrecht dem überlebenden Ehegatten zu. Ist dieser nicht vorhanden, so können alle Waisen gemeinsam und, wenn auch keine Waisen vorhanden sind, jeder frühere Ehepartner den Antrag stellen.

(3) Grund, Art und Höhe der Leistungen richten sich nach den Vorschriften der Satzung. Für die Verrentung der Nachversicherungsbeiträge ist das in der Leistungstabelle gemäß Anlage 1 definierte Alter maßgeblich, welches das Mitglied bei Erstellung der Nachversicherungsberechnung erreicht hat. Etwaige in der Nachversicherungszeit an das Versorgungswerk bereits entrichtete Beiträge gelten als Beiträge zur zusätzlichen Höherversicherung. Die Bestimmungen des § 21 Abs. 2 sind zu beachten.

(4) Der Eintritt des Versorgungsfalles bei einem Mitglied steht der Nachversicherung nicht entgegen. Im Übrigen findet der § 8 Abs. 2 SGB VI entsprechende Anwendung.

§ 19 Mitgliedsbeiträge für Selbständige

(1) Apothekenleiter, die aufgrund ihrer Tätigkeit Pflichtmitglied in einer Apothekerkammer sind, zahlen als monatlichen Beitrag den Betrag, der dem jeweiligen Höchstbeitrag in der Deutschen Rentenversicherung entspricht.

(2) Nicht als Apothekenleiter pharmazeutisch tätige Mitglieder des Versorgungswerkes, die aufgrund ihrer Tätigkeit Pflichtmitglied in einer Apothekerkammer sind, zahlen Beiträge entsprechend ihrer nachzuweisenden tatsächlichen Einkünfte aus der selbstständigen pharmazeutischen Tätigkeit, mindestens aber 2/10 des Beitrages

nach Abs. 1. Die Regelungen der Abs. 3 und 4 sowie des § 20 Abs. 2 gelten entsprechend.

(3) Auf Antrag wird gegen Nachweis über die festgestellten Einkünfte aus dem pharmazeutischen Gewerbebetrieb bzw. über die festgestellten Einkünfte aus der selbstständigen pharmazeutischen Tätigkeit als Apothekenleiter der Beitrag entsprechend dem jeweils geltenden Beitragssatz der Deutschen Rentenversicherung festgesetzt. Der Mindestbeitrag beträgt 2/10 des Beitrages nach Abs. 1. Der Antrag muss beim Versorgungswerk vor Ablauf des Jahres vorliegen, für das die Beitragsreduzierung beantragt wird. Der Antrag auf Beitragsregulierung ist kalenderjährlich neu zu stellen.

(4) Zur vorläufigen Beitragsfestsetzung von Mitgliedern, die einen Antrag nach Abs. 3 gestellt haben, ist dem Antrag der letzte Einkommensteuerbescheid des Mitgliedes oder eine Bescheinigung eines Angehörigen der rechts- und steuerberatenden Berufe über die festgestellten Einkünfte aus dem pharmazeutischen Gewerbebetrieb bzw. über die festgestellten Einkünfte aus der selbstständigen pharmazeutischen Tätigkeit des Mitgliedes beizufügen. Für jede hinzutretende Filialapotheke erhöht sich der vorläufige Mindestbeitrag um 2/10 des jeweiligen Höchstbeitrages. Der einzureichende Nachweis darf nicht älter als 30 Monate sein.

(5) Bei Neuaufnahme einer selbstständigen pharmazeutischen Tätigkeit nach Abs. 1 und 2 wird auf Antrag ohne gesonderten Nachweis, längstens für zwei Jahre, der halbe Höchstbeitrag als vorläufiger Beitrag erhoben. Der Antrag auf Beitragsregulierung ist kalenderjährlich neu zu stellen.

(6) Der vorläufige ermäßigte Beitrag gilt frühestens ab dem Monat des Antragseinganges.

(7) Die endgültige Beitragsfestsetzung erfolgt nach Vorlage des Steuerbescheides oder einer Bescheinigung eines Angehörigen der rechts- und steuerberatenden Berufe über die im Veranlagungszeitraum festgestellten Einkünfte aus dem pharmazeutischen Gewerbebetrieb bzw. über die festgestellten Einkünfte aus der selbstständigen pharmazeutischen Tätigkeit für den Veranlagungszeitraum, spätestens 15 Monate nach Ablauf des Veranlagungszeitraumes. Liegen dem Versorgungswerk die zur Beitragsfestsetzung erforderlichen Unterlagen nicht rechtzeitig vor, wird ein Beitrag in Höhe des jeweiligen Höchstbeitrages in der Deutschen Rentenversicherung festgesetzt.

(8) Sofern ein Insolvenzverfahren eröffnet wurde, beträgt der monatliche Beitrag 2/10 des Betrages nach Abs. 1. Die Beitragszahlung mit schuldbefreiender Wirkung hat durch den Insolvenzverwalter zu erfolgen.

§ 20 Beiträge für Angestellte

(1) Angestellte, die von der Versicherungspflicht in der Deutschen Rentenversicherung gem. § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI befreit sind, zahlen den Beitrag, den sie ohne diese Befreiung an die Deutsche Rentenversicherung zu entrichten hätten.

(2) Beiträge in besonderen Fällen

1. Für Zeiten der Arbeitslosigkeit oder der Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme zahlen die Mitglieder, die von der Deutschen Rentenversicherung befreit sind, Beiträge in Höhe der Ansprüche, die ihnen gegen die Bundesagentur für Arbeit oder den zuständigen Träger der Rehabilitation auf Beitragserstattung zustehen.
2. Wehr- oder zivildienstleistende Mitglieder, die von der Deutschen Rentenversicherung befreit sind, leisten Beiträge in der Höhe, die ihnen nach den gesetzlichen Bestimmungen zu gewähren sind.
3. Wehr- oder zivildienstleistende Mitglieder, die nicht von der Deutschen Rentenversicherung befreit sind, leisten Beiträge bis zu 40 vom Hundert des jeweiligen Höchstbeitrages in der Deutschen Rentenversicherung, höchstens jedoch bis zu dem Beitrag, der ihnen nach den gesetzlichen Bestimmungen von dritter Seite zu gewähren ist.
4. Empfänger von Krankengeld aus der privaten Krankenversicherung, Versorgungskrankengeld oder Verletztengeld entrichten Beiträge in Höhe des halben Beitragssatzes der Deutschen Rentenversicherung. Empfänger von Krankengeld aus der gesetzlichen Krankenversicherung zahlen den Beitrag, in Höhe des (vollen) Beitragssatzes der Deutschen Rentenversicherung. Die Möglichkeit der Antragstellung nach § 47a SGB V bei der zuständigen Krankenkasse bleibt davon unberührt.
5. Mitglieder des Versorgungswerkes, die von der Deutschen Rentenversicherung gem. § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI befreit sind, entrichten für die Zeiten einer häuslichen Pflgetätigkeit im Sinne des § 44 SGB XI die Beiträge, die ihnen durch den zuständigen Träger gewährt werden.

§ 21 Gemeinsame Vorschriften für selbständige und angestellte Mitglieder

(1) Für Mitglieder, die die Mitgliedschaft freiwillig nach dieser Satzung fortsetzen, gelten die Beitragsbestimmungen für Mitglieder kraft Satzung.

(2) Die Mitglieder sind berechtigt, im Kalenderjahr Beiträge bis zur Höhe von 20/10 des Höchstbeitrages zur Deutschen Rentenversicherung aufzustocken.

(3) Die Möglichkeit der freiwilligen Beitragsentrichtung entfällt mit der Beendigung der Mitgliedschaft oder der Antragstellung auf Berufsunfähigkeits- oder Altersrente, spätestens mit der Vollendung des 67. Lebensjahres.

§ 22 Beitragsentrichtung

(1) Die Beiträge sind monatlich bis zum Ablauf des Fälligkeitsmonats zu entrichten, erstmals für den Monat, in dem der Kammerangehörige Mitglied des Versorgungswerkes wird, letztmals für den Monat, mit dem die Mitgliedschaft endet oder der dem Beginn des Leistungsbezuges vorangeht.

(2) Rückständige Beiträge werden nach den Vorschriften des Hessischen Verwaltungsvollstreckungsgesetzes (HVwVG) angemahnt. Danach wird ab Fälligkeit des Beitrages ein Säumniszuschlag von eins vom Hundert für jeden angefangenen Monat erhoben. Für die qualifizierte Mahnung werden Mahngebühren nach der Vollstreckungskostenordnung zum HVwVG erhoben.

(3) Zahlt das Mitglied trotz Mahnung nicht innerhalb der Nachfrist, ist das Versorgungswerk berechtigt, die rückständigen Beiträge und Säumniszuschläge auf Kosten des Mitglieds nach den Vorschriften des Hessischen Heilberufsgesetzes beizutreiben. Die Kostenpflicht regelt sich nach der Vollstreckungskostenordnung zum HVwVG.

(4) Eingehende Zahlungen werden zunächst auf die Gebühren und Auslagen, auf vom Mitglied verursachte Kosten, dann auf die Säumniszuschläge, Zinsen und zuletzt auf die offenen Beitragsforderungen angerechnet. Das Versorgungswerk kann eine andere Reihenfolge bestimmen; dies ist dem Mitglied mitzuteilen. Stehen bei Beendigung der Mitgliedschaft oder bei Rentenbeginn noch Nebenforderungen offen und werden diese nach angemessener Zahlungsfristsetzung nicht ausgeglichen, kann das Versorgungswerk diese Forderungen mit den zuletzt entrichteten Beiträgen zu Lasten der Rentenanwartschaft oder der Erstattungsansprüche verrechnen.

(5) Auf Antrag kann eine Stundungs- oder Abzahlungsregelung gewährt werden. Bei Zahlungsfristen, die über drei Monate hinaus vereinbart werden, ist die Beitragsschuld ab Fälligkeit jährlich mit 4% zu verzinsen. Im begründeten Einzelfall kann die Geschäftsführung zur Vermeidung von außergewöhnlichen Härten auf Antrag Ermäßigung oder Erlass des Beitrages und der Zinsen gewähren.

(6) Beitragsrückstände verjähren innerhalb von vier Jahren. Die Verjährungsfrist beginnt mit Ablauf des Kalenderjahres, für das die Beiträge zu entrichten sind. Sie wird durch Erlass eines Beitragsbescheides gehemmt.

§ 23 Leistungen

(1) Das Versorgungswerk gewährt seinen Mitgliedern und deren Hinterbliebenen folgende Leistungen, auf die ein Rechtsanspruch besteht:

1. Altersrente,
2. Berufsunfähigkeitsrente oder
3. Hinterbliebenenrente

Die Leistungen sind aufgeteilt in zwei Stammrechte:

- A) Leistungen aufgrund von Beitragszahlungen bis zum 31.12.2014 (Stammrecht A)
- B) Leistungen aufgrund von Beitragszahlungen ab dem 01.01.2015 (Stammrecht B)

(2) Alle Renten werden bis zum 15. des laufenden Monats gezahlt.

(3) Das Versorgungswerk ist berechtigt, zur Überprüfung der Leistungsverpflichtung, die erforderlichen Nachweise anzufordern.

(4) Renten, die einen Monatsbetrag in Anlehnung an § 93 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes in der Fassung des Alterseinkünftegesetzes von 1% der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV nicht übersteigen, können auf schriftlichen Antrag des Anspruchsberechtigten nach versicherungsmathematischen Grundsätzen abgefunden werden. Mit der Abfindung des Rentenanspruches erlöschen alle Ansprüche gegen das Versorgungswerk.

(5) Können Renten oder sonstige Leistungen wegen der Verletzung einer Mitwirkungspflicht nicht, nicht rechtzeitig oder nicht ordnungsgemäß ausbezahlt werden, entsteht kein Anspruch auf Verzinsung.

§ 24 Altersrente

(1) Jeder Anspruchsberechtigte erhält eine lebenslänglich zahlbare Altersrente. Mit Rentenbeginn erlischt die Beitragspflicht.

(2) Der Anspruch auf Zahlung der Altersrente erfolgt ab dem ersten Kalendertag des der Vollendung des 67. Lebensjahres folgenden Monats, mithin der Regelaltersgrenze und bemisst sich nach der Leistungstabelle gemäß Anlage 1. Der Anspruch endet mit Ablauf des Monats, in dem das berechnete Mitglied verstirbt.

(3) Die Altersrente kann auf schriftlichen Antrag bereits nach Vollendung des 62. Lebensjahres bezogen werden. Die vorgezogene Altersrente beginnt frühestens mit dem Monat, der auf den Eingang des Antrages auf vorgezogene Altersrente beim Versorgungswerk folgt. Die Höhe der Rente bemisst sich bei Anwartschaften auf Alters-, Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenenversorgung nach der Leistungstabelle gemäß Anlage 1 i.V.m. Anlage 2, bei Anwartschaften auf Altersrente aus Versorgungsausgleich nach § 29 Abs. 6 Buchstabe b nach der Leistungstabelle gemäß Anlage 5 i.V.m. Anlage 6 sowie dem gültigen Technischen Geschäftsplan. Die Kürzung der Rente nach Anlage 2 bzw. Anlage 6 gilt für die gesamte Dauer des Rentenbezuges und wird nicht durch Erreichen der Altersgrenze nach Abs. 2 aufgehoben.

(4) Folgt eine Rente nach Abs. 2 oder 3 einer Leistung nach § 25 dieser Satzung nach, und liegt das Ende der Leistung nach § 25 mit oder nach Vollendung des 60. Lebensjahres, so bemisst sich der Anspruch auf Leistung der Höhe nach aus der Summe des letzten Rentenbetrages der beendeten Leistung nach § 25 und des jeweiligen Leistungsanspruches nach Abs. 2 oder 3 auf Basis der nach Ende der Leistung nach § 25 gezahlten Beiträge.

§ 25 Berufsunfähigkeitsrente

(1) Jedes Mitglied des Versorgungswerkes, das mindestens für einen Monat vor Eintritt der Berufsunfähigkeit Pflichtbeiträge gemäß der Satzung geleistet hat, hat Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente. Der Anspruch besteht nur, wenn das Mitglied infolge eines körperlichen Gebrechens oder wegen Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte zur Ausübung des Apothekerberufes unfähig ist und seine pharmazeutische Tätigkeit eingestellt hat. Der Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente beginnt mit dem auf die Einstellung der pharmazeutischen Tätigkeit folgenden Monat, frühestens aber in dem Monat, der auf den Eingang des Antrags auf Berufsunfähigkeitsrente beim Versorgungswerk folgt. Die pharmazeutische Tätigkeit gilt nicht

als eingestellt, solange die Apotheke durch einen Vertreter geführt wird oder bei angestellten Apothekern durch den Arbeitgeber die Dienstbezüge weiter gewährt werden. Die pharmazeutische Tätigkeit gilt auch für die Zeiten als nicht eingestellt, in der das Mitglied Krankengeld, Verletztengeld oder Übergangsgeld erhält.

(2) Tritt die Berufsunfähigkeit vor Vollendung des 60. Lebensjahres ein, so errechnet sich die Rente nach Maßgabe der Anlage 4. Bei Eintritt der Berufsunfähigkeit ab Vollendung des 60. Lebensjahres bemisst sich die Höhe der Rente nach der Leistungstabelle gemäß Anlage 1 i.V.m. Anlage 2.

(3) Die Berufsunfähigkeit, der Zeitpunkt ihres Eintritts und ihre voraussichtliche Dauer werden im Regelfall durch zwei voneinander unabhängige fachärztliche Gutachter festgestellt. Mitglied und Versorgungswerk bestimmen je einen Gutachter, der weder mit dem Mitglied verwandt, verschwägert, verheiratet oder zuvor ärztlich für das Mitglied tätig geworden sein darf. Das Versorgungswerk kann von der Bestimmung eines Gutachters absehen. Bei im Ergebnis abweichender Beurteilung wird der Präsident der Landesärztekammer Hessen gebeten, einen Obergutachter zu benennen, dessen Gutachten für beide Teile verbindlich ist. Das Versorgungswerk trägt die Kosten für das von ihm bestellte Gutachten und das Obergutachten.

(4) Mit dem Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente hat das Mitglied eine Erklärung einzureichen, die alle mit dem Vorgang befassten Ärzte und Gutachter gegenüber dem Versorgungswerk von ihrer Schweigepflicht entbindet.

(5) Das Versorgungswerk kann die Berufsunfähigkeitsrente unter Auflagen gewähren, hierzu kann es insbesondere bestimmte Maßnahmen der medizinischen Therapie oder der Rehabilitation anordnen.

(6) Das Versorgungswerk kann die Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente befristen.

(7) Zur Feststellung, ob die Voraussetzungen zum Bezug der Berufsunfähigkeitsrente weiterhin vorliegen, kann das Versorgungswerk Nachuntersuchungen anordnen. Hierfür kann es den Gutachter bestimmen. Die Kosten der Nachuntersuchung hat das Versorgungswerk zu tragen.

(8) Der Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente endet:

1. wenn eine pharmazeutische Tätigkeit ausgeübt wird,
2. mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit endet oder das Mitglied verstirbt,
3. wenn das Mitglied sich einer angeordneten Nachuntersuchung nicht unterzieht,
4. wenn das Mitglied an der Wiederherstellung der Berufsfähigkeit nicht mitwirkt, insbesondere wenn es Auflagen des Versorgungswerkes oder ärztliche Anweisungen nicht befolgt, die nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft zu einer Verbesserung oder Wiederherstellung der Berufsfähigkeit führen.
5. Mit Vollendung des 67. Lebensjahres wird die Berufsunfähigkeitsrente in eine Altersrente gleicher Höhe umgewandelt.

(9) Wer die Berufsunfähigkeit vorsätzlich herbeiführt, hat keinen Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente.

§ 26 Hinterbliebenenrente

(1) Hinterbliebenenrenten sind:

1. Witwen- und Witwerrenten sowie Renten des überlebenden eingetragenen Lebenspartners im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes,
2. Halb- und Vollwaisenrenten.

Der Anspruch auf Hinterbliebenenrente beginnt mit dem ersten Kalendertag des Monats, der auf das Ableben des Mitgliedes folgt.

(2) Hinterbliebenenrenten werden gewährt, wenn das Mitglied zum Zeitpunkt des Todes eine Anwartschaft auf Berufsunfähigkeitsrente besaß oder Berufsunfähigkeits- oder Altersrente bezog.

(3) Die Witwen- oder Witwerrente sowie die Rente des überlebenden eingetragenen Lebenspartners i.S.d. Lebenspartnerschaftsgesetzes beträgt 60 vom Hundert der Rente oder Berufsunfähigkeitsrentenanwartschaft. Wurde die Ehe nach Rentenbeginn geschlossen und bestand sie nicht mindestens 3 Jahre, so besteht kein Anspruch auf Hinterbliebenenrente, es sei denn aus dieser Ehe ist ein Kind hervorgegangen oder nach den besonderen Umständen des Einzelfalls ist die Annahme nicht gerechtfertigt, dass es der alleinige oder überwiegende Zweck der Heirat war einen Anspruch auf Hinterbliebenenrente zu begründen. Der Eheschließung steht die Begründung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft i.S.d. Lebenspartnerschaftsgesetzes gleich.

(4) Einem früheren Ehegatten des Mitgliedes, dessen Ehe mit dem Mitglied vor dem 01.07.1977 geschieden worden ist, wird nach dem Tode des Mitgliedes Rente gewährt, wenn ihm das Mitglied zur Zeit des Ablebens Unterhalt zu leisten hatte. Sind aus mehreren Ehen Unterhaltsberechtigte vorhanden, so wird die Witwen- oder Witwerrente unter ihnen entsprechend den während der jeweiligen Ehezeiten erworbenen Rentenanwartschaften aufgeteilt.

(5) Waisenrenten werden nach dem Ableben des Mitgliedes an seine Kinder längstens bis zu dem Monat gewährt, in dem das betreffende Kind das 18. Lebensjahr vollendet. Für Kinder des Mitgliedes, die sich in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden oder vollständig erwerbsunfähig sind, wird die Waisenrente längstens bis zu dem Monat gewährt, in dem das betreffende Kind das 27. Lebensjahr vollendet. Wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung der gesetzlichen Wehr- oder Ersatzdienstpflicht unterbrochen oder verzögert, so verlängert sich die Laufzeit über das 27. Lebensjahr der Waise um die Zeit dieser Unterbrechung.

(6) Zum Bezug einer Waisenrente sind berechtigt:

1. die ehelichen Kinder,
2. die für ehelich erklärten Kinder,
3. die gemäß den Bestimmungen des Adoptionsrechtes angenommenen Kinder,
4. die nichtehelichen Kinder eines weiblichen Mitgliedes,
5. die nichtehelichen Kinder eines männlichen Mitgliedes, wenn dessen Unterhaltspflicht nach vorangegangener Anerkennung der Vaterschaft oder durch gerichtliche Entscheidung rechtswirksam festgestellt ist.

(7) Die Waisenrente beträgt:

1. bei Halbweisen 15 vom Hundert,
2. bei Vollweisen 30 vom Hundert
der Rente oder der Berufsunfähigkeitsrentenanwartschaft.

(8) Die Hinterbliebenenbezüge dürfen zusammen das 1,5-fache der Berufsunfähigkeits- oder Altersrente nicht übersteigen. Ist dies der Fall, so erfolgt eine Kürzung in Quoten.

(9) Erlischt der Anspruch eines versorgungsberechtigten Hinterbliebenen, so erhöhen sich die Leistungen an die verbliebenen Berechtigten in den Fällen des Abs. 8 bis zum zulässigen Höchstbetrag.

(10) Die Zahlung der Hinterbliebenenrente an Witwen oder Witwer sowie an überlebende eingetragene Lebenspartner i.S.d. Lebenspartnerschaftsgesetzes endet mit Ablauf des Monats, in dem der Berechtigte verstirbt, wieder heiratet oder eine neue eingetragene Lebenspartnerschaft begründet.

(11) Stirbt ein Mitglied des Versorgungswerkes oder ein Empfänger von Berufsunfähigkeits- oder Altersrente, ohne nach diesen Bestimmungen leistungsberechtigte Personen zu hinterlassen, so entfällt jede Verpflichtung des Versorgungswerkes zur Leistungsgewährung.

(12) Hinterbliebene haben keinen Anspruch auf Rente, wenn sie den Tod des Mitgliedes vorsätzlich herbeigeführt haben.

§ 27 Freiwillige Leistungen

(1) Als freiwillige Leistungen können im Einzelfall auf Antrag gemäß den Richtlinien nach Anlage 3 Zuschüsse für Rehabilitationsmaßnahmen gewährt werden an:

1. Pflichtmitglieder kraft Satzung, die Pflichtbeiträge nach der Satzung entrichten.
2. freiwillige Mitglieder, die in den 12 vorangegangenen Monaten Pflichtbeiträge gemäß der Satzung entrichtet haben.
3. Bezieher von Berufsunfähigkeitsrente, wenn anzunehmen ist, dass durch Rehabilitationsmaßnahmen die Berufsfähigkeit wieder hergestellt werden kann.

Freiwillige Mitglieder, die nicht die Voraussetzung der Nr. 2 erfüllen, und ausgeschiedene Mitglieder haben keinen Anspruch auf Zuschüsse zu Rehabilitationsmaßnahmen.

(2) Der Leitende Ausschuss hat jährlich aufgrund der Ertrags- und Vermögenslage des Versorgungswerkes unter Berücksichtigung des Preisgefüges der Gesamtwirtschaft sowie der Veränderungen der Lebenshaltungskosten Leistungsverbesserungen zu prüfen und einen Beschlussvorschlag für die Anpassung der Renten- und Rentenanwartschaften der Delegiertenversammlung vorzulegen.

§ 28 Höhe der Leistungen

Die Höhe der Leistungen bestimmt sich aus den Beitragszahlungen des einzelnen Mitgliedes und wird nach der Leistungstabelle gemäß Anlage 1 errechnet. Leistungen aus Beitragszahlungen bis zum 31.12.2014 gehören zum Stammrecht A, Leistungen aus Beitragszahlungen ab dem 01.01.2015 gehören zum Stammrecht B.

§ 29 Versorgungsausgleich bei Ehescheidung

(1) Wird die Ehe eines Mitgliedes geschieden, findet zum Ausgleich der bei dem Versorgungswerk erworbenen Anrechte die interne Teilung nach dem Versorgungsausgleichsgesetz und den Bestimmungen der folgenden Absätze statt, sofern keine externe Teilung vorgenommen wird.

(2) Die ausgleichsberechtigte Person wird kein Mitglied des Versorgungswerkes, eine Aufstockung des durch die interne Teilung erworbenen Anrechts durch zusätzliche Beitragszahlungen ist ausgeschlossen.

(3) Die interne Teilung erfolgt, indem zu Lasten der von dem ausgleichspflichtigen Mitglied erworbenen Anrechte auf Alters-, Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenenversorgung für die ausgleichsberechtigte Person Versorgungsanrechte beim Versorgungswerk übertragen werden. Die Höhe des für die ausgleichsberechtigte Person zu übertragenden Anrechts errechnet sich nach Maßgabe der Absätze 4 bis 6 durch Verrantung des Ausgleichswertes, dem ein als Kapitalwert ermittelter Ehezeitanteil zugrunde liegt. Hierbei hat eine Unterscheidung nach Stammrecht A (Ehezeitanteil aus Beitragszahlungen bis zum 31.12.2014) und Stammrecht B (Ehezeitanteil aus Beitragszahlungen ab dem 01.01.2015) zu erfolgen.

(4) Der Ehezeitanteil des vom ausgleichspflichtigen Mitglied beim Versorgungswerk erworbenen Anrechts, getrennt für jedes Stammrecht, wird durch Umrechnung der aus Beiträgen und ggf. Überschussverteilungen in der Ehezeit erworbenen – beitragsfrei gestellten - Anwartschaft auf Alters-, Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenenversorgung in einen Kapitalwert, bezogen auf das Ende der Ehezeit, ermittelt. Bezieht das Mitglied zum Ende der Ehezeit bereits eine Berufsunfähigkeitsrente, so sind auch angerechnete Zukunftsbeiträge für die Zeit bis zum Ende der Ehezeit zu berücksichtigen. Der Kapitalwert errechnet sich gemäß Anlage 1 (Leistungs- und Kapitalwerttabelle) getrennt für jedes Stammrecht durch Multiplikation der ehezeitlich erworbenen Anwartschaft mit dem zum Ehezeitende gültigen Kapitalwertfaktor. Bezieht das ausgleichspflichtige Mitglied zum Ende der Ehezeit noch keine Rente oder lediglich eine Rente nach § 25 der Satzung, ist Teil 1 der Anlage 1 (Leistungs- und Kapitalwerttabelle für die Anwartschaftsphase) anzuwenden. Bei zum Ende der Ehezeit bereits laufenden Altersrenten nach § 24 der Satzung ist Teil 2 der Anlage 1 (Kapitalwerttabelle für die laufende Altersrente) anzuwenden.

(5) Der Ausgleichswert wird getrennt für jedes Stammrecht durch Halbierung des gemäß Absatz 4 ermittelten Kapitalwerts der ehezeitlich erworbenen Anwartschaft bestimmt. Haben beide geschiedenen Ehegatten in der Ehezeit Anrechte beim Versorgungswerk erworben, beträgt der Ausgleichswert die Hälfte der Differenz zwischen den jeweiligen Kapitalwerten.

(6) Der Ausgleichswert wird bezogen auf das Ende der Ehezeit, als Einmalbeitrag für die ausgleichsberechtigte Person getrennt für jedes Stammrecht wie folgt versicherungsmathematisch äquivalent verrechnet:

- a) Ist die ausgleichsberechtigte Person Pflichtmitglied oder Versorgungsempfänger des Versorgungswerkes, so wird für sie unter Anwendung der Leistungstabelle (Anlage 1) ein Anrecht auf Alters-, Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenenversorgung errechnet. Bezieht sie zum Ende der Ehezeit bereits eine laufende Rente, erhöht sich diese um den Betrag, der sich zum Ehezeitende aus der Teilung des Ausgleichswerts durch den Kapitalwertfaktor nach Teil 2 der Anlage 1 (Kapitalwerttabelle für die laufende Altersrente) ergibt.
- b) Erfüllt die ausgleichsberechtigte Person die Voraussetzungen des Buchstaben a) nicht, so wird für sie ein Anrecht auf eine ab Erreichen der Regelaltersgrenze zahlbare bzw. Überschreitung dieser Altersgrenze sofort beginnende Altersrente errechnet. Ein Anspruch Berufsunfähigkeits- oder Witwen- bzw. Witwerrente ist ausgeschlossen. Es besteht jedoch im Falle des Todes der ausgleichsberechtigten Person ein Anrecht auf Waisenrente für gemeinsame leibliche oder adoptierte Kinder der geschiedenen Ehegatten. Für den Anspruch auf Halb- bzw. Vollwaisenrente gelten die Bestimmungen in § 26 Absätze 5 und 7 entsprechend mit der Maßgabe, dass in Fällen, in denen die ausgleichsberechtigte Person vor Erreichen der Regelaltersgrenze verstirbt, ohne bereits eine Rente zu beziehen, sich die Waisenrente aus dem Betrag der fiktiven Altersrente errechnet, die die ausgleichsberechtigte Person zum Zeitpunkt ihres Todes bzw. zum frühestmöglichen Zeitpunkt nach § 24 Absatz 3 Satz 1 hätte in Anspruch nehmen können. Das Anrecht auf Altersrente ermittelt sich nach der Tabelle für eine Altersrente aus Versorgungsausgleich (Anlage 5). Zum Ausgleich für den Ausschluss vorzeitiger Versorgungsrisiken sind in diese Tabelle entsprechende Aufschläge auf die Werte der Leistungstabelle (Anlage 1) eingerechnet.

(7) Aufgrund der internen Teilung kürzt sich, bezogen auf das Ende der Ehezeit, das Anrecht des ausgleichspflichtigen Mitglieds beim Versorgungswerk getrennt für jedes Stammrecht um den Betrag, der sich unter Anwendung der Leistungstabelle (Anlage 1) für das Mitglied aus einer Verrentung des Ausgleichswertes nach Absatz 4 als Anwartschaft auf Alters-, Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenenversorgung ergäbe. Bezieht das ausgleichspflichtige Mitglied bereits eine Rente, so wird die Rente um den Anteil des in der Ehezeit erworbenen Anspruchs entsprechend dem Verhältnis des Ausgleichswerts zum Kapitalwert gemindert.

(8) Ist der Ausgleichswert am Ende der Ehezeit nicht höher als 240 Prozent der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch, so wird unter Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen des Abschnitts 2 Unterabschnitt 3 des Versorgungsausgleichsgesetzes eine externe Teilung durchgeführt. In diesem Fall wird der nach Absatz 4 bestimmte Ausgleichswert zur Begründung eines Anrechts außerhalb des Versorgungswerks als Einmalbeitrag an den Träger der Zielversorgung geleistet. Für die Kürzung des Anrechts des ausgleichspflichtigen Mitglieds gilt Absatz 7 entsprechend.

(9) In den gesetzlichen Anpassungsfällen der §§ 33, 35 und 37 des Versorgungsausgleichsgesetzes wird die Kürzung des Anrechts des ausgleichspflichtigen Mitglieds nach Maßgabe §§ 33 bis 38 des Versorgungsausgleichsgesetz auf entsprechenden Antrag ausgesetzt bzw. aufgehoben. Eine teilweise Aussetzung wird im Verhältnis der Kürzung der Stammrechte auf die Stammrechte verteilt.

(10) Soweit der Versorgungsausgleich nach den vor Inkrafttreten des Gesetzes zur Strukturreform des Versorgungsausgleichs geltenden gesetzlichen Bestimmungen durchzuführen ist, gilt weiterhin § 29 der Satzung in der vor dem 01.09.2009 gültigen Fassung.

(11) Ist zugunsten des Mitglieds ein bei einem anderen Versorgungsträger erworbenes Anrecht des Ehegatten auszugleichen, so kann zulasten dieses Anrechts ein Anrecht für das Mitglied beim Versorgungswerk nach Maßgabe des § 14 Versorgungsausgleichsgesetz begründet werden. Die Zahlung des Ausgleichswerts an das Versorgungswerk wird bezogen auf das Alter des ausgleichsberechtigten Mitglieds zum Zeitpunkt der Zahlung unter Anwendung der Beitrags- und Leistungstabelle (Anlage 1) bewertet.

(12) In Fällen, in denen ein Versorgungsausgleich nach § 20 Lebenspartnerschaftsgesetzes durchzuführen ist, finden die Absätze 1 bis 11 entsprechende Anwendung.

(13) Die Geschäftsführung wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Leitenden Ausschuss Richtlinien zur Durchführung des Versorgungsausgleichs zu erlassen.

§ 30 Übergangsbestimmungen

(1) Anspruchsberechtigte, deren Versicherungszeiten vor dem 01.01.2012 begonnen haben, können abweichend von § 24 Abs. 3 die Altersrente bereits nach Vollendung des 60. Lebensjahres in Anspruch nehmen. Als Versicherungszeiten gelten dabei auch Zeiten, für die Überleitungs- oder Nachversicherungsbeiträge entrichtet wurden sowie nachgewiesene Versicherungszeiten in anderen berufsständischen Versorgungswerken. Für Berechtigte nach § 29 Abs. 3 gelten die Versicherungszeiten des ausgleichsverpflichteten Mitglieds als eigene Versicherungszeiten, soweit diese innerhalb der Ehezeit liegen.

(2) Ansprüche, die aus Beitragszahlungen bis zum 31.12.2011 erworben wurden, erhöhen sich zum 01.01.2012 einmalig um einen jahrgangsabhängigen Zuschlag gemäß Anlage 7 zur Berücksichtigung der Anhebung der Regelaltersgrenze von 65 Jahre auf 67 Jahre. Entsprechendes gilt für Ansprüche aus Versorgungsausgleich nach § 29 Abs. 6, die vor dem 01.01.2012 begründet wurden.

§ 31 Schlussbestimmungen

(1) Ergibt eine nachträgliche Prüfung von Rentenfestsetzungen oder erworbenen Rentenansprüchen, dass eine Leistung zu Unrecht abgelehnt, entzogen, eingestellt, zu niedrig oder zu hoch festgelegt wurde, ist sie neu festzustellen. Durch einen Irrtum des Versorgungswerkes zu hoch festgesetzte Leistungen können für den Zeitraum bis zur Neufeststellung nicht zurückgefordert werden. Erschlichene Leistungen sind zurückzuzahlen.

(2) Ansprüche auf Leistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Für die Pfändung gilt § 54 SGB 1 entsprechend.

(3) Es finden die Vorschriften des Hessischen Verwaltungsverfahrensgesetzes Anwendung. Die Bescheide des Versorgungswerkes sind auf dem Verwaltungsrechtsweg anfechtbar. Vor Erhebung einer Klage ist ein Widerspruchsverfahren durchzuführen.

§ 32 Inkrafttreten

Die Änderungen treten am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Anlage 1

Leistungs- und Kapitalwerttabelle (für Pflichtmitglieder)

R = Betrag in € der monatlichen Rentenanwartschaft auf Berufsunfähigkeits- und Altersrente für eine Zahlung von € 1.000,- im Alter X. Das Alter X wird als Differenz zwischen dem Kalenderjahr, in dem die Zahlung bis zum 10.01. des folgenden Jahres beim Versorgungswerk eingegangen ist, und dem Geburtsjahr des Mitgliedes bestimmt. Gezahlte Säumniszuschläge, Zinsen und Kosten gelten nicht als Zahlung im Sinne der Satzung.

K = Kapitalwert in € einer monatlichen Rentenanwartschaft auf Berufsunfähigkeits- und Altersrente in Höhe von € 1,- . Das Alter X wird als Differenz zwischen dem Kalenderjahr des Ehezeitendes und dem Geburtsjahr des Mitgliedes bestimmt.

Teil 1A: Leistungs- und Kapitalwerttabelle für die Anwartschaftsphase (für Stammrecht A aus Beitragszahlungen bis zum 31.12.2014)

X	R X	K X	X	R X	K X
20	24,453	40,89	44	10,449	95,70
21	23,596	42,38	45	10,097	99,04
22	22,773	43,91	46	9,759	102,47
23	21,977	45,50	47	9,431	106,03
24	21,212	47,14	48	9,115	109,71
25	20,473	48,84	49	8,809	113,52
26	19,759	50,61	50	8,515	117,44
27	19,067	52,45	51	8,232	121,48
28	18,396	54,36	52	7,960	125,63
29	17,748	56,34	53	7,698	129,90
30	17,123	58,40	54	7,448	134,26
31	16,522	60,53	55	7,210	138,70
32	15,941	62,73	56	6,981	143,25
33	15,386	64,99	57	6,766	147,80
34	14,847	67,35	58	6,566	152,30
35	14,326	69,80	59	6,378	156,79
36	13,824	72,34	60	6,203	161,21
37	13,339	74,97	61	5,983	167,14
38	12,873	77,68	62	5,772	173,25
39	12,425	80,48	63	5,568	179,60
40	11,996	83,36	64	5,371	186,19
41	11,585	86,32	65	5,180	193,05
42	11,191	89,36	66	4,998	200,08
43	10,813	92,48	67	4,821	207,43

Für die Verrentung von Beitragszahlungen vor dem 01.01.2012 gilt die im Zeitpunkt der Zahlung jeweils gültige Leistungstabelle.

Für eine Zahlung im Alter X vom Betrage B (verschieden von € 1.000,--) ergibt sich die monatliche Rentenanwartschaft R' aus der Formel

$$R' = \frac{B}{1000} \times R$$

wobei R aus der vorstehenden Tabelle abzulesen ist.

Teil 1B : Leistungs- und Kapitalwerttabelle für die Anwartschaftsphase (für Stammrecht B aus Beitragszahlungen ab dem 01.01.2015)

X	R X	K X	X	R X	K X
20	15,823	63,20	44	8,056	124,13
21	15,382	65,01	45	7,841	127,53
22	14,955	66,87	46	7,632	131,03
23	14,540	68,78	47	7,429	134,61
24	14,137	70,74	48	7,231	138,29
25	13,744	72,76	49	7,039	142,07
26	13,363	74,83	50	6,852	145,94
27	12,991	76,98	51	6,672	149,88
28	12,626	79,20	52	6,497	153,92
29	12,272	81,49	53	6,329	158,00
30	11,928	83,84	54	6,167	162,15
31	11,594	86,25	55	6,013	166,31
32	11,269	88,74	56	5,865	170,50
33	10,956	91,27	57	5,726	174,64
34	10,650	93,90	58	5,597	178,67
35	10,352	96,60	59	5,478	182,55
36	10,062	99,38	60	5,367	186,32
37	9,780	102,25	61	5,217	191,68
38	9,507	105,19	62	5,070	197,24
39	9,243	108,19	63	4,926	203,00
40	8,988	111,26	64	4,787	208,90
41	8,743	114,38	65	4,652	214,96
42	8,506	117,56	66	4,522	221,14
43	8,277	120,82	67	4,395	227,53

Teil 2A: Kapitalwerttabelle für die laufende Altersrente(für Stammrecht A aus Beitragszahlungen bis zum 31.12.2014)

X	K	X	K
	x		x
60	238,49	76	155,55
61	234,52	77	149,63
62	230,41	78	143,64
63	226,14	79	137,59
64	221,73	80	131,54
65	217,16	81	125,49
66	212,40	82	119,47
67	207,47	83	113,51
68	200,80	84	107,63
69	195,54	85	101,76
70	190,11	86	96,02
71	184,57	87	90,42
72	178,92	88	84,85
73	173,16	89	79,45
74	167,34	ab 90	74,26
75	161,39		

Der Kapitalwert nach § 29 Absatz 3 einer während der Ehezeit erworbenen Anwartschaft R' auf Alters-, Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenenrente ergibt sich als

$$K' = R' \times K,$$

wobei K aus der vorstehenden Tabelle abzulesen ist. Anwartschaften und Renten sind dabei entsprechend aufzuteilen in Stammrecht A (aus Beitragszahlungen bis zum 31.12.2014) und Stammrecht B (aus Beitragszahlungen ab dem 01.01.2015). Für laufende Altersrenten ist dabei Teil 2 maßgeblich, ansonsten Teil 1.

Ist die ausgleichsberechtigte Person bereits Versorgungsempfänger des Versorgungswerks aufgrund einer vorangegangenen Pflichtmitgliedschaft, so errechnet sich aus dem Ausgleichswert K' gemäß § 29 Absatz 4 die Erhöhung der Rente R' nach § 29 Absatz 5 Buchstabe a) als

$$R' = \frac{K'}{K}$$

wobei K aus Teil 2 der vorstehenden Tabelle abzulesen ist.

Teil 2B: Kapitalwerttabelle für die laufende Altersrente (für das Stammrecht B aus Beitragszahlungen ab dem 01.01.2015)

X	K x	X	K x
60	265,53	76	167,36
61	260,55	77	160,69
62	255,43	78	153,92
63	250,19	79	147,17
64	244,80	80	140,41
65	239,23	81	133,67
66	233,48	82	127,02
67	227,63	83	120,44
68	219,68	84	113,99
69	213,49	85	107,56
70	207,13	86	101,29
71	200,68	87	95,20
72	194,14	88	89,17
73	187,51	89	83,34
74	180,80	ab 90	77,74
75	174,03		

Anlage 2

Kürzung der monatlichen Rente
bei Vorverlegung der Altersrente auf einen früheren Zeitpunkt
 (§ 24 Abs. 3 der Satzung i.V.m. § 30 Abs. 1 der Satzung)

bzw. bei Eintritt der Berufsunfähigkeit ab der Vollendung
des 60. Lebensjahres
 (§ 25 Abs. 2 der Satzung)

Monate	Abschlag	Monate	Abschlag	Monate	Abschlag
1	0,45%	31	13,60%	61	24,95%
2	0,90%	32	14,00%	62	25,30%
3	1,35%	33	14,40%	63	25,65%
4	1,80%	34	14,80%	64	26,00%
5	2,25%	35	15,20%	65	26,35%
6	2,70%	36	15,60%	66	26,70%
7	3,15%	37	16,00%	67	27,05%
8	3,60%	38	16,40%	68	27,40%
9	4,05%	39	16,80%	69	27,75%
10	4,50%	40	17,20%	70	28,10%
11	4,95%	41	17,60%	71	28,45%
12	5,40%	42	18,00%	72	28,80%
13	5,85%	43	18,40%	73	29,15%
14	6,30%	44	18,80%	74	29,50%
15	6,75%	45	19,20%	75	29,85%
16	7,20%	46	19,60%	76	30,20%
17	7,65%	47	20,00%	77	30,55%
18	8,10%	48	20,40%	78	30,90%
19	8,55%	49	20,75%	79	31,25%
20	9,00%	50	21,10%	80	31,60%
21	9,45%	51	21,45%	81	31,95%
22	9,90%	52	21,80%	82	32,30%
23	10,35%	53	22,15%	83	32,65%
24	10,80%	54	22,50%	84	33,00%
25	11,20%	55	22,85%		
26	11,60%	56	23,20%		
27	12,00%	57	23,55%		
28	12,40%	58	23,90%		
29	12,80%	59	24,25%		
30	13,20%	60	24,60%		

Dabei bezeichnet *Monate* die Anzahl der Monate, um die die Altersrente bzw. Berufsunfähigkeitsrente vor der regulären Altersrente nach § 24 Abs. 2 beginnt.

Anlage 3

Richtlinien für Zuschüsse zu Rehabilitationsmaßnahmen

Das Versorgungswerk der Landesapothekerkammer Hessen kann nach Maßgabe der folgenden Richtlinien Zuschüsse für Maßnahmen zur Erhaltung, Besserung oder Wiederherstellung der Berufsfähigkeit (Rehabilitationsmaßnahmen) im Rahmen der alljährlich nach § 1 dieser Richtlinien zur Verfügung stehenden Mittel gewähren.

§ 1 Zuschussmittel

Der zur Finanzierung von Zuschüssen zu Rehabilitationsmaßnahmen dem Versorgungswerk im laufenden Jahr aus der Überschussrücklage zur Verfügung stehende Gesamtbetrag wird durch den versicherungsmathematischen Sachverständigen ermittelt und im versicherungsmathematischen Gutachten ausgewiesen. Dieser Gesamtbetrag darf eins vom Tausend der Beitragseinnahme des letzten Kalenderjahres nicht übersteigen. Nicht verbrauchte Mittel sind solange einer zweckgebundenen Rücklage zuzuführen, bis diese € 150.000 beträgt.

§ 2 Gesundheitliche Voraussetzungen

Einem Mitglied des Versorgungswerkes oder einem Mitglied, dem Berufsunfähigkeitsrente nach den Vorschriften dieser Satzung gewährt wird, kann auf Antrag ein einmaliger oder wiederholter Zuschuss zu den Kosten notwendiger medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen gewährt werden, wenn seine Berufsfähigkeit infolge Krankheit oder eines körperlichen Gebrechens oder wegen Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte gefährdet, gemindert oder ausgeschlossen ist und sie durch diese Rehabilitationsmaßnahmen voraussichtlich erhalten, gebessert oder wiederhergestellt werden kann.

§ 3 Gegenstand der Maßnahmen

Die Zuschüsse werden zur Durchführung von Heilbehandlung gewährt. Heilbehandlung umfasst alle erforderlichen medizinischen Maßnahmen, insbesondere Behandlungen in anerkannten Kur- und Badeorten sowie in Spezialanstalten einschließlich der Unterbringung.

§ 4 Ausschlussgründe

Zuschüsse können nicht gewährt werden:

1. wenn der mit der beabsichtigten Maßnahme bezweckte Erfolg durch einen Erholungsaufenthalt erzielt werden kann;
2. bei akut verlaufenden Erkrankungen;
3. in Fällen, in denen mit einer wesentlichen Besserung der Berufsfähigkeit bei Durchführung der Heilbehandlung auch während längerer Zeit nicht zu rechnen ist.

Wegen derselben Erkrankung ist die Wiederholung eines Antrages auf Gewährung von Zuschüssen nur zulässig, wenn besondere Umstände die Rehabilitationsmaßnahmen erfordern.

§ 5 Form der Zuschüsse

Die Zuschüsse werden in der Regel in Form von Geldleistungen zu den Aufwendungen für die jeweilige Rehabilitationsmaßnahme gewährt. Sie können nur auf den Teil der entstandenen Aufwendungen gewährt werden, der nicht von einem anderen nach Gesetz, Satzung oder Vertrag zuständigen oder verpflichteten Kostenträger (z. B. Sozialversicherung, Berufsgenossenschaft, Kriegsopferversorgung, Bundesagentur für Arbeit, Krankenversicherung) übernommen wird. Der Zuschuss kann auch dadurch geleistet werden, dass das Mitglied zu ermäßigten Kosten in einer zu diesem Zweck zur Verfügung gestellten Rehabilitationseinrichtung untergebracht, gepflegt und behandelt wird.

§ 6 Höhe der Zuschüsse durch Geldleistung

Die Höhe der Zuschüsse durch Geldleistung richtet sich nach dem Gesamtbetrag der Aufwendungen, für welche das Mitglied selbst aufzukommen hat. Von diesem Gesamtbetrag kann der Zuschuss in der Regel bis zu 50 vom Hundert betragen. Für die Kosten der Unterbringung gelten die Bestimmungen des § 23 Abs. 2 SGB V.

§ 7 Antrag und Begründung

Der Zuschuss ist rechtzeitig vor Einleitung der Maßnahme schriftlich zu beantragen. Der Bearbeitung des Antrages auf Gewährung von Zuschüssen geht die zuverlässige und gewissenhafte Beantwortung der von dem Versorgungswerk in einem Vor-druck gestellten Fragen voraus.

Die Notwendigkeit der Rehabilitationsmaßnahme und ihre Erfolgsaussicht sind vom Antragsteller durch ärztliches Gutachten nachzuweisen.

§ 8 Entscheidung durch die Geschäftsführung

Die Geschäftsführung entscheidet nach pflichtmäßigem Ermessen. Sie kann eine zusätzliche Begutachtung verlangen. Sie kann die Kostenbeteiligung an Auflagen über Beginn, Dauer, Ort und Art der Durchführung der Maßnahme knüpfen. Sie kann weitere Untersuchungen anordnen und hierfür den Gutachter bestimmen. Die Kosten der Untersuchung und Begutachtung mit Ausnahme der Kosten einer vom Versorgungswerk veranlassten Untersuchung und Begutachtung trägt das Mitglied. Die Geschäftsführung kann ausnahmsweise, insbesondere zur Vermeidung von Härten beschließen, dass auch diese Kosten ganz oder teilweise vom Versorgungswerk übernommen werden.

Die Geschäftsführung kann darüber hinaus Ermittlungen anstellen und dem Mitglied weitere Fragen stellen.

§ 9 Inkrafttreten

Diese Richtlinien für Zuschüsse zu Rehabilitationsmaßnahmen treten am 01.01.2006 in Kraft.

Anlage 4

Berechnung der Berufsunfähigkeitsrente bei Eintritt der Berufsunfähigkeit vor Vollendung des 60. Lebensjahres

Die Berufsunfähigkeitsrente errechnet sich in folgenden Schritten:

1. Die entrichteten Beiträge werden nach der Leistungstabelle (Anlage 1) verrentet.

Tritt der Berufsunfähigkeitsfall innerhalb von 36 Monaten nach Beginn der Mitgliedschaft im Versorgungswerk ein, werden Beiträge zur zusätzlichen Höherversicherung im Sinne von § 21 Abs. 2 für die Verrentung nicht berücksichtigt und sind an das Mitglied zu erstatten.

Der resultierende Betrag ist entsprechend in ein Stammrecht A (aus Beitragszahlungen bis zum 31.12.2014) und in ein Stammrecht B (aus Beitragszahlungen ab dem 01.01.2015) aufzuteilen.

2. Der nach Nr. 1 errechnete Betrag wird für Mitglieder um einen Zuschlag erhöht.

Der Zuschlag errechnet sich durch Verrentung eines Durchschnittsbeitrages, dessen Zahlung vom Beginn der Berufsunfähigkeitsrentengewährung bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres unterstellt und nach Anlage 1 Teil 1B dieser Satzung verrentet wird.

Der für den Zuschlag maßgebliche Durchschnittsbeitrag wird aus den durchschnittlich geleisteten Pflichtbeiträgen ermittelt, die das Mitglied für die letzten 60 beim Versorgungswerk zurückgelegten Monate vor Eintritt des Versorgungsfalles entrichtet hat.

Hat die Mitgliedschaft noch keine 60 Monate bestanden, so wird der Durchschnitt aus allen bis zum Eintritt des Versorgungsfalles entrichteten Pflichtbeiträgen ermittelt.

Hat das Mitglied mehrere Zeiten der Mitgliedschaft, unterbrochen durch anderweitige Pflichtversicherungszeiten bei sonstigen Trägern, zurückgelegt, so wird der Durchschnitt nur aus den für die letzte zusammenhängende Mitgliedschaft entrichteten Pflichtbeiträgen ermittelt.

Soweit das Mitglied gemäß § 14 Abs. 2 Nr. 1 oder § 20 Abs. 2 keine oder nur herabgesetzte Beiträge entrichtet hat, bleiben die entsprechenden Zeiten und Beiträge für die Durchschnittsbildung außer Acht.

Bei der Berechnung des Durchschnittsbeitrages werden die Beiträge für eine zusätzliche Höherversicherung gemäß § 21 Abs. 2 nicht berücksichtigt.

Nach Antragstellung auf Berufsunfähigkeitsrente werden entrichtete freiwillige Beiträge gleichfalls nicht in die Berechnung der Berufsunfähigkeitsrente einbezogen und sind an das Mitglied zu erstatten.

Für Zeiten der Nachversicherung wird der Bildung des Durchschnittsbeitrages eine Beitragszahlung des Mitgliedes in der Höhe unterstellt, in der es als Pflicht-

versicherter Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung hätte entrichten müssen.

Zur Berechnung eines erneuten Berufsunfähigkeitsanspruches werden Zeiten und Beiträge bzw. Rentenleistungen für Zeiten des Bezuges von Berufsunfähigkeitsrente bei der Durchschnittsbildung nicht berücksichtigt.

Bei Mitgliedern, die Pflichtversicherungszeiten (Versicherungszeiten im Sinne des Art. 1 t) bei beteiligten Versorgungsträgern der Verordnung (EG 883/2004) außerhalb des Versorgungswerkes zurückgelegt haben, werden die zur Ermittlung des Durchschnittsbeitrages zu berücksichtigenden Pflichtbeiträge nach dem Verhältnis der bis zum Rentenbeginn beim Versorgungswerk zurückgelegten Monate der Pflichtmitgliedschaft zu den bei anderen beteiligten Versorgungsträgern entsprechend Art. 46 Abs. 2 der Verordnung (EG 883/2004) zurückgelegten versicherungspflichtigen Monate zeitanteilig gekürzt.

3. Anwartschaftsberechtigte, deren Mitgliedschaft vor Eintritt des Versorgungsfalls geendet hat, erhalten gleichfalls einen zeitanteilig gekürzten Zuschlag nach den Bestimmungen zu Nr. 2 letzter Absatz, sofern sie im Zeitpunkt des Eintritts des Versorgungsfalls bei einem ausländischen Versorgungsträger im Sinne der Verordnung (EG) 883/2004 oder einer berufsständischen Versorgungseinrichtung pflichtversichert sind oder waren. Ist dies nicht der Fall, ermittelt sich der Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente nach Nr. 1 i.V.m. Nr. 4 ohne Zuschlag.

4. Der nach Nr. 1 bis 3 errechnete Gesamtbetrag wird gemäß folgender Tabelle gekürzt:

Alter bei Eintritt der Berufsunfähigkeit	Kürzung um	Alter bei Eintritt der Berufsunfähigkeit	Kürzung um
20	0%	41	19%
21	0%	42	20%
22	0%	43	21%
23	1%	44	22%
24	2%	45	23%
25	3%	46	24%
26	4%	47	25%
27	5%	48	26%
28	6%	49	27%
29	7%	50	28%
30	8%	51	29%
31	9%	52	30%
32	10%	53	31%
33	11%	54	32%
34	12%	55	33%
35	13%	56	33%
36	14%	57	33%
37	15%	58	33%
38	16%	59	33%
39	17%	60	33%
40	18%		

Anlage 5

Leistungstabelle (für Anwartschaften auf Altersrente nach § 29 Abs. 6 Buchstabe b)

R = Betrag in € der monatlichen Rentenanwartschaft auf Altersrente aufgrund einer internen Teilung nach § 29 Absatz 5 Buchstabe b für einen Ausgleichswert von € 1.000,-- im Alter X. Das Alter X wird als Differenz zwischen dem Kalenderjahr, in dem das Ehezeitende liegt, und dem Geburtsjahr der ausgleichsberechtigten Person bestimmt.

Teil A) Anwartschaften auf Altersrente nach § 29 Abs. 6 Buchstabe b) aus Stammrecht A (Beitragszahlungen bis zum 31.12.2014)

X	R X	X	R X	X	R X
20	26,958	45	11,434	70	5,776
21	26,044	46	11,048	71	5,979
22	25,161	47	10,674	72	6,200
23	24,309	48	10,313	73	6,439
24	23,486	49	9,963	74	6,700
25	22,691	50	9,624	75	6,986
26	21,924	51	9,296	76	7,287
27	21,183	52	8,978	77	7,615
28	20,468	53	8,670	78	7,973
29	19,777	54	8,372	79	8,365
30	19,110	55	8,082	80	8,795
31	18,465	56	7,801	81	9,266
32	17,843	57	7,529	82	9,781
33	17,242	58	7,265	83	10,346
34	16,661	59	7,009	84	10,963
35	16,101	60	6,761	85	11,639
36	15,559	61	6,521	86	12,379
37	15,036	62	6,287	87	13,189
38	14,530	63	6,061	88	14,079
39	14,042	64	5,841	89	15,059
40	13,570	65	5,628	ab 90	16,143
41	13,114	66	5,421		
42	12,672	67	5,220		
43	12,246	68	5,420		
44	11,833	69	5,590		

Für einen Ausgleichswert im Alter X vom Betrag K (verschieden von € 1.000,--) ergibt sich die monatliche Rentenanwartschaft R' auf Altersrente aus der Formel

$$R' = \frac{K}{1000} \times R$$

wobei R aus der vorstehenden Tabelle abzulesen ist.

Teil B) Anwartschaften auf Altersrente nach § 29 Abs. 6 Buchstabe b) aus Stammrecht B (aus Beitragszahlungen ab dem 01.01.2015)

X	R _X	X	R _X	X	R _X
20	17,428	45	8,895	70	5,332
21	16,962	46	8,658	71	5,531
22	16,509	47	8,428	72	5,746
23	16,068	48	8,203	73	5,980
24	15,640	49	7,983	74	6,235
25	15,223	50	7,769	75	6,514
26	14,817	51	7,560	76	6,808
27	14,423	52	7,356	77	7,129
28	14,039	53	7,157	78	7,479
29	13,666	54	6,962	79	7,863
30	13,303	55	6,771	80	8,283
31	12,950	56	6,585	81	8,743
32	12,607	57	6,402	82	9,248
33	12,273	58	6,224	83	9,801
34	11,948	59	6,050	84	10,406
35	11,631	60	5,880	85	11,069
36	11,323	61	5,713	86	11,795
37	11,024	62	5,550	87	12,591
38	10,733	63	5,391	88	13,465
39	10,449	64	5,235	89	14,429
40	10,173	65	5,082	ab 90	15,496
41	9,903	66	4,933		
42	9,641	67	4,786		
43	9,386	68	4,982		
44	9,137	69	5,150		

Anlage 6

Kürzung der monatlichen Anwartschaft auf Altersrente
bei Vorverlegung der Altersrente auf einen früheren Zeitpunkt
(§ 24 Abs. 3 der Satzung für Anwartschaften nach § 29 Abs. 6 Buchstabe b)

Monate	Abschlag	Monate	Abschlag	Monate	Abschlag
1	0,50%	31	14,55%	61	26,75%
2	1,00%	32	15,00%	62	27,10%
3	1,50%	33	15,45%	63	27,45%
4	2,00%	34	15,90%	64	27,80%
5	2,50%	35	16,35%	65	28,15%
6	3,00%	36	16,80%	66	28,50%
7	3,50%	37	17,20%	67	28,85%
8	4,00%	38	17,60%	68	29,20%
9	4,50%	39	18,00%	69	29,55%
10	5,00%	40	18,40%	70	29,90%
11	5,50%	41	18,80%	71	30,25%
12	6,00%	42	19,20%	72	30,60%
13	6,45%	43	19,60%	73	30,95%
14	6,90%	44	20,00%	74	31,30%
15	7,35%	45	20,40%	75	31,65%
16	7,80%	46	20,80%	76	32,00%
17	8,25%	47	21,20%	77	32,35%
18	8,70%	48	21,60%	78	32,70%
19	9,15%	49	22,00%	79	33,05%
20	9,60%	50	22,40%	80	33,40%
21	10,05%	51	22,80%	81	33,75%
22	10,50%	52	23,20%	82	34,10%
23	10,95%	53	23,60%	83	34,45%
24	11,40%	54	24,00%	84	34,80%
25	11,85%	55	24,40%		
26	12,30%	56	24,80%		
27	12,75%	57	25,20%		
28	13,20%	58	25,60%		
29	13,65%	59	26,00%		
30	14,10%	60	26,40%		

Anlage 7

Zuschlagstabelle zur Umstellung der zum 31.12.2011 erworbenen Rentenanwartschaften auf die Regelaltersgrenze mit 67 Jahren

Jahrgang	Anhebung	Jahrgang	Anhebung	Jahrgang	Anhebung
1949 und älter	12,00%	1965	8,00%	1981	4,00%
1950	11,75%	1966	7,75%	1982	3,75%
1951	11,50%	1967	7,50%	1983	3,50%
1952	11,25%	1968	7,25%	1984	3,25%
1953	11,00%	1969	7,00%	1985	3,00%
1954	10,75%	1970	6,75%	1986	2,75%
1955	10,50%	1971	6,50%	1987	2,50%
1956	10,25%	1972	6,25%	1988	2,25%
1957	10,00%	1973	6,00%	1989 und jünger	2,00%
1958	9,75%	1974	5,75%		
1959	9,50%	1975	5,50%		
1960	9,25%	1976	5,25%		
1961	9,00%	1977	5,00%		
1962	8,75%	1978	4,75%		
1963	8,50%	1979	4,50%		
1964	8,25%	1980	4,25%		