

# ÄRZTEVERSORGUNG LAND BRANDENBURG

Einrichtung der Landesärztekammer Brandenburg - Körperschaft des öffentlichen Rechts -



Ärzteversorgung Land Brandenburg  
Ostrower Wohnpark 2  
03046 Cottbus

Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

## Antrag auf Anerkennung der Berufsunfähigkeit

### **I. Angaben zur Person: \***

a) Titel, Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort:      |\_|\_|\_|\_|\_|      \_\_\_\_\_

Geburtsdatum:      |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|      Telefon: \_\_\_\_\_

b) Familienstand:       ledig       verheiratet  
                                  geschieden       verwitwet

Vor- und Zuname des Ehegatten: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum des Ehegatten:      |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

c) Kinder unter 27 Jahren: (Kinder über 18 Jahre sind bitte nur anzugeben, wenn sie sich in der Schul- bzw. Berufsausbildung befinden oder auf Grund körperlicher bzw. geistiger Gebrechen außer Stande sind, sich selbst zu unterhalten)

1. \_\_\_\_\_  
Name, Vorname und Geburtsdatum \*\*

2. \_\_\_\_\_  
Name, Vorname und Geburtsdatum \*\*

3. \_\_\_\_\_  
Name, Vorname und Geburtsdatum \*\*

\*Bitte Kopie der Geburtsurkunde und ggf. der Eheurkunde beifügen!

\*\*Bitte Kopie der Geburtsurkunde sowie Schul- oder Ausbildungsbescheinigung oder amtliche Lebensbescheinigung beifügen!

**II. Angaben zur ärztlichen Tätigkeit: (bitte vollständig ausfüllen)**

1. Zu welchem Zeitpunkt wird oder wurde die gesamte ärztliche Tätigkeit aus gesundheitlichen Gründen eingestellt (letzter Arbeitstag)?  am \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_  bisher nicht

2. Zuletzt ausgeübte Tätigkeit(en) (Fachrichtung)?: \_\_\_\_\_ als  
(Mehrfachnennungen möglich)

a)  Angestellte(r) Arzt/Ärztin, Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

b)  Beamte(r) Arzt/Ärztin, Dienstherr: \_\_\_\_\_

zu a) + b)

Wann enden die Gehaltszahlungen?  am \_\_\_\_\_ (Bitte Bestätigung des Arbeitgebers beifügen)

bisher nicht, wird nachgereicht

habe ich der Ärzteversorgung Land Brandenburg bereits mit Nachweis gemeldet

c)  Arzt/Ärztin in Niederlassung

d)  Arzt/Ärztin in Privatpraxis

zu c) + d) Wird die Praxis durch einen Vertreter weitergeführt?  nein  ja, bis \_\_\_\_\_

zu c) Wann wird oder wurde der Verzicht auf die KV-Zulassung ausgesprochen?

am \_\_\_\_\_

erst, wenn Berufsunfähigkeit von der Ärzteversorgung Land Brandenburg medizinisch anerkannt ist

bisher nicht bzw. Verkaufsverhandlungen laufen

e) Sonstige ärztliche Tätigkeit(en): (z.B. frei(r)Mitarbeiter(in) auf Honorarbasis, Praxisvertreter(in) /-assistent(in), Gutachter(in), Dozent(in))

nein, keine  ja, und zwar: \_\_\_\_\_

f) Bis zu welchem Zeitpunkt erzielen oder erzielten Sie Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit?

bis zum \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_  bis auf weiteres bzw. bis \_\_\_\_\_



g) Angaben zu Ihrer Krankenkasse:

1. Hiermit erkläre ich gegenüber der Ärzteversorgung Land Brandenburg entsprechend der mir nach § 202 Satz 3 Sozialgesetzbuch V. Buch obliegenden Meldeverpflichtung, dass ich
- a)  in einer gesetzlichen Krankenkasse (Gesetzliche Krankenkassen sind: AOK, BKK, IKK, LKK, Ersatzkassen, Bundesknappschaft und See-Krankenkassen.)
  - b)  in einem privaten Krankenversicherungsunternehmen
  - c)  weder bei einer gesetzlichen Krankenkasse noch bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen krankenversichert bin.
  - d)  Ich bin Beihilfe-/Heilfürsorgeberechtigter nach beamtenrechtlichen Grundsätzen.

**Die Beantwortung der Fragen 2. bis 5. bitte vornehmen, wenn Frage 1 a) bejaht worden ist.**

2. Ich bin  pflichtversichert  
 freiwillig versichert  
 familienversichert
3. Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_
4. Genaue Anschrift der Geschäftsstelle der unter 3. genannten Krankenkasse:  
\_\_\_\_\_
5. Mitglieds-Nr. bei der Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
Sozialversicherungsnummer bei der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit meiner Angaben. Sollten sich zu den unter Ziffer 1. bis 5. dargestellten Angaben irgendwelche Veränderungen ergeben, so werde ich die Ärzteversorgung Land Brandenburg unverzüglich benachrichtigen.

h) Beziehen Sie eine Rente bei der Deutschen Rentenversicherung oder werden Sie eine Rente bei der Deutschen Rentenversicherung beziehen?

- nein       ja, ab dem: |\_|\_|\_| |\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|\_|



**V. Angaben zu Beitragszahlungen an andere Rententräger:**

Haben Sie Beiträge zu einem Versicherungsträger in einem anderen Staat der EU bzw. in dem EWR<sup>1</sup> oder zu einer anderen deutschen berufsständischen Versorgungseinrichtung entrichtet?

- nein
- ja, und zwar

Von	Bis	Staat oder Bundesland	Versicherungsträger / Versorgungseinrichtung	Versicherungsnummer / Aktenzeichen

Sofern Ziffer V. (soeben) mit ja beantwortet wurde: Soll dieser BU-Rentenantrag auch für die vorgenannten bzw. beteiligten Versicherungsträger / Versorgungseinrichtungen gelten?

- nein
- ja

<sup>1</sup> Zu den Ländern der EU gehören Belgien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Italien, Lettland Litauen, Luxemburg, Niederlande, Malta, Österreich, Polen, Portugal, Schweden Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn und Zypern. Zum EWR gehören Island, Liechtenstein und Norwegen.

## **VI. Schlusserklärung:**

Ich habe davon Kenntnis genommen, dass ich während der Bezugsdauer von Berufsunfähigkeitsrente durch die Ärzteversorgung Land Brandenburg diese entsprechend § 10 Abs. 6 der Satzung unaufgefordert und unverzüglich schriftlich zu unterrichten habe, **sobald ich**

**a) eine Tätigkeit jedweder Art aufnehme oder ausübe bzw.**

**b) zur Ausübung eines ärztlichen Berufs** (Definition: Ärztliche Tätigkeit ist jede Tätigkeit, bei der die ärztliche Vorbildung überwiegend verwandt wird bzw. werden kann) **nicht mehr umfassend unfähig bin.**

Der Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente erlischt dann mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsfähigkeit wieder eingetreten ist.

Ich werde jede Aufenthaltsänderung – mit Ausnahme von vorübergehenden Reisen – bekannt geben.

**Hiermit ermächtige ich**, gegebenenfalls unter Entbindung von der Schweigepflicht,

- meine gesetzliche und / oder private Krankenversicherung Auskünfte über die Anerkennung einer Arbeitsunfähigkeit sowie den Beginn und Zeitraum der Zahlung von Kranken(tage)geld zu erteilen,
- die Ärzteversorgung Land Brandenburg, medizinische Unterlagen von den unter Ziffer V. angegebenen Versicherungsträgern / Versorgungseinrichtungen anzufordern und / oder an diese weiterzuleiten,
- die Personalabteilung meines Arbeitgebers, Auskünfte über das Ende der Gehaltszahlung zu erteilen.

Ärzte, Krankenanstalten, Rehabilitationseinrichtungen, Ämter bzw. Behörden sowie Versicherungsunternehmen entbinde ich ebenfalls von der Schweigepflicht bzw. dem Datenschutzgeheimnis.

Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, mich auf Weisung des Verwaltungsausschusses oder des Aufsichtsausschusses ärztlich untersuchen und beobachten zu lassen, falls einer dieser Ausschüsse das für notwendig erachtet.

**Ich bin damit einverstanden**, dass die Ärzteversorgung Land Brandenburg Auskünfte und Unterlagen über meine Gesundheitsverhältnisse an die durch ihr, im Rahmen meines Antrages auf Gewährung von Berufsunfähigkeitsrente bzw. einer Überprüfung, ob die Voraussetzung zur Weitergewährung einer Berufsunfähigkeitsrente noch bestehen, beauftragten Gutachter erteilt.

Ich entbinde die Ärzteversorgung Land Brandenburg in diesem Zusammenhang von der Schweigepflicht.

Hiermit beantrage ich Rente wegen Berufsunfähigkeit. Für die genannten Kinder unter I. c) beantrage ich Kinderzuschuss zur Berufsunfähigkeitsrente.

Das „Merkblatt BU“ habe ich zur Kenntnis genommen.

---

Ort und Datum

ggf. Stempel

Unterschrift

**Ärztliches Zeugnis zur Feststellung der Berufsunfähigkeit  
gemäß § 10 der Satzung der Ärzteversorgung Land Brandenburg**

Mitgl.-Nr.: \_\_\_\_\_

Name des Mitgliedes: \_\_\_\_\_  
(Antragsteller/in)

geb. am \_\_\_\_\_

**Dieser folgende Fragebogen und ein zusätzliches schriftliches ausführliches ärztliches Zeugnis ist bitte vom untersuchenden Arzt/ von der untersuchenden Ärztin eigenhändig und auf Grund eigener Urteilsfindung auszufüllen und verschlossen direkt an die Ärzteversorgung Land Brandenburg, Ostrower Wohnpark 2, 03046 Cottbus, zu senden.**

**I. Allgemeine Angaben:**

1. a) Wann und wo wurde der / die Antragsteller/in untersucht? Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_  
 in der Praxis  anderer Ort:
- b) Seit wann ist Ihnen das Mitglied bekannt?  seit \_\_\_\_\_  bisher unbekannt
2. Haben Sie das Mitglied schon früher untersucht oder behandelt? Wenn ja, wann und wegen welcher Erkrankungen oder Verletzungen?  nein  ja, wegen:
3. Wie erfolgte der Nachweis der Identität?  persönlich bekannt  
 Personalausweis-Nr. \_\_\_\_\_
4. Sind Sie mit dem Mitglied verwandt oder verschwägert?  nein  ja

**II. Erklärung des Mitglieds vor dem untersuchenden Arzt/vor der untersuchenden Ärztin:**

(Hinweis an den Untersucher/die Untersucherin: Die Seiten 1-3 bitte gemeinsam beantworten und jeweils unterschreiben. Bitte jede Frage einzeln stellen, ausfüllen und keine Frage übergehen oder mit Strichen oder Zeichen versehen.)

**1. Bestanden oder bestehen bei Ihnen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden** (das bei den Einzelangaben Zutreffende bitte unterstreichen und rechts erläutern)

- |   | Wenn ja, welche?  | Seit wann? |
|---|---|------------|
| a) des Herzens oder der Kreislauforgane, z. B. Herzfehler, Herzleistungsschwäche Atemnot bei Anstrengungen, Durchblutungsstörungen der Herzkranzgefäße, Beklemmungen oder Schmerzen in der Herzgegend, Herzinfarkt, Herzklopfen, erhöhter Blutdruck, Schlaganfall, sonstige Durchblutungsstörungen, Venenentzündung, Embolie? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |            |
| b) der Atmungsorgane, z. B. Tuberkulose, Rippen-(Brust-)fellentzündung, wiederholte oder chronische Bronchitis, Asthma?   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |            |
| c) der Verdauungsorgane, z. B. Magenschleimhautentzündung, Magen- oder Darmblutungen, Leberleiden, Gelbsucht, Gallenblasenleiden, Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse?  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |            |



- |   | Wenn ja, welche?   | Seit wann? |
|---|--|------------|
| d) der Harn- oder Geschlechtsorgane z. B. Nierenentzündung, Nierenkolik, Steinleiden, Nierenbecken- oder Harnblasenentzündung, Erkrankung der Vorsteherdrüse, erschwertes oder schmerzhaftes Harnlassen, blutiger Harn, Eiweißausscheidung? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  |            |
| e) des Gehirns oder Rückenmarks, der Nerven, Geistesstörungen, Depressionen, Epilepsie, Krämpfe, Lähmungen, Ohnmachten, Schwindel, häufige Kopfschmerzen? Suizidversuch?  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  |            |
| f) der Augen, z. B. Herabsetzung der Sehschärfe?<br>Dioptrienzahl: _____  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  |            |
| g) der Ohren, z. B. Schwerhörigkeit?  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  |            |
| h) der Haut, der Drüsen, der Milz, des Blutes, Allergien?   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  |            |
| i) Zuckerkrankheit, Blutfetterhöhungen, Harnsäureerhöhungen, Gicht, Funktionsstörungen der Schilddrüse?   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  |            |
| j) Geschwülste, Tumore?   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  |            |
| k) der Knochen und Gelenke, der Wirbelsäule, der Bandscheiben;<br>Gelenkrheumatismus, rheumatische Beschwerden?   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |            |
| l) akute oder chronische Infektionskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Tropenkrankheiten, z. B. Malaria?   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  |            |
| m) bei Frauen: Erkrankungen der weiblichen Organe?  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  |            |
| n) Sonstige Krankheiten, Gebrechen, körperliche Fehler oder Beschwerden, nach denen nicht ausdrücklich gefragt ist?   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  |            |

- |  | Wenn ja, welche?   | Seit wann? |
|--|--|------------|
| 2. a) Sind Sie mit Medikamenten, z. B. Herzmitteln, Antibiotika, blutzucker- oder blutdrucksenkenden Mitteln behandelt worden?       | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  |            |
| b) Nehmen oder nahmen Sie häufig oder gewohnheitsgemäß Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Drogen oder andere Betäubungsmittel?         | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  |            |
| c) Nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich? In welchem Umfang?  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  |            |
| 3. a) Haben Sie Unfälle, Verletzungen oder Vergiftungen erlitten?<br>Welcher Art?<br>Welche Folgen bestehen?                         | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  |            |
| b) Beantragten, bezogen oder beziehen Sie eine Rente oder Pension?<br>⇒ Weshalb?<br>⇒ Von welcher Stelle?                            | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  |            |
| 4. a) Sind Sie operiert worden?  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  |            |
| b) Ist eine Operation vorgesehen?  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  |            |
| c) Sind Sie mit Röntgen-, Radium-, Isotopen- oder sonstigen Strahlen behandelt worden?   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  |            |
| 5. a) Wurden Sie mit Röntgen, Isotopen oder mit Sonografie untersucht?<br>⇒ Ergebnis?  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  |            |
| b) Wurde früher ein Elektrokardiogramm aufgenommen?<br>⇒ Ergebnis? (falls vorhanden, EKG-Streifen und Befundbericht bitte einsenden) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br><br><input type="checkbox"/> ist / sind beigelegt<br><input type="checkbox"/> liegt / liegen nicht (mehr) vor |            |

- |  | Wenn ja, welche?   | Seit wann? |
|--|--|------------|
| 6. a) Sind Sie in Krankenhäusern oder sonstigen ärztlich geleiteten Einrichtungen untersucht oder ärztlich behandelt worden? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  |            |
| b) Der / die Entlassungsbericht(e) der letzten 2 Jahre   | <input type="checkbox"/> ist / sind beigefügt<br><input type="checkbox"/> liegt / liegen nicht (mehr) vor<br>bzw.<br><input type="checkbox"/> keine Krankenhaus- bzw. Rehabilitationsaufenthalte in den letzten 2 Jahren |            |
| 7. Bestand in den letzten 3 Jahren vor Rentenantragstellung Arbeitsunfähigkeit?  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  |            |
| Wenn ja, in welchem Zeitraum? (bitte Einzelaufstellung mit Diagnosen beifügen)   |  |            |

---

Unterschrift Mitglied (Antragsteller/in)

---

Unterschrift Untersucher/in



11. Harn- und Geschlechtsorgane  o. B.

12. Aktuelle Laborbefunde

**Befunde bitte beifügen**

13. Weitere und bisher nicht angegebene Befunde:  keine

14. Krankheitsbezeichnung/en:

#### **IV. Beurteilung:**

**Beachten Sie bitte den speziellen Berufsunfähigkeitsbegriff** nach § 10 Abs. 1 und 2 der Satzung der Ärzteversorgung Land Brandenburg: „Jedes Mitglied ... dessen Fähigkeit zur Ausübung einer jeden Erwerbstätigkeit, zu der ärztliche Ausbildung berechtigt und bei der ärztliche Ausbildung überwiegend verwendet werden kann, infolge Krankheit, Körperverletzung, eines körperlichen Gebrechens oder wegen Schwäche der geistigen oder körperlichen Kräfte oder wegen einer Sucht (§ 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 der Bundesärzteordnung) auf nicht absehbare Zeit umfassend bzw. auf absehbare Zeit doch mindestens für die Dauer von 6 Monaten entfallen ist (Berufsunfähigkeit) ...“, entsteht Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente.

**Dieser Berufsunfähigkeitsbegriff ist inhaltlich anders definiert als der Berufsunfähigkeitsbegriff für die gesetzliche Rentenversicherung bzw. private Versicherungswirtschaft:** Als Maßstab für eine fachlich einwandfreie Ausübung des Arztberufes genügen die Mindestanforderungen, nämlich die normale durchschnittliche ärztliche Berufstätigkeit; mit Hinblick auf diese Mindestanforderungen ist ein Arzt nicht schon dann berufsunfähig, wenn er seine bisher ausgeübte ärztliche Tätigkeit z. B. infolge von Altersbeschwerden nach Art oder Umfang einschränken muss, falls nur die ihm mögliche zumutbare Tätigkeit den Mindestanforderungen genügt (Verwaltungsgericht Berlin, Urteil vom 24.06.1999, Az: VG 14A427.98; Oberverwaltungsgericht Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 26.05.1992, Az: 5A 189/91).

Im Übrigen beinhaltet das Spektrum „ärztliche Tätigkeit“ neben dem Umgang und Kontakt mit gesunden oder kranken Menschen, also untersuchende/behandelnde Tätigkeit, auch wissenschaftliche/forschende Tätigkeit sowie verwaltende (z. B. gutachterliche / Schreibtisch-) Tätigkeit, die ärztliche Ausbildung und Erfahrung erfordert (Rechtsprechung der Verwaltungsgerichte).

#### **1. a) Auswirkungen der festgestellten Leiden auf die Leistungsfähigkeit des Mitgliedes im Einzelnen:**

Kann das Mitglied – ohne sich auf Kosten der Gesundheit zu verausgaben – täglich regelmäßig arbeiten?

- im Freien und/oder in geschlossenen Räumen unter Einfluss von z. B. Kälte, Staub, Feuchtigkeit oder Zugluft?  nein  ja, ca. \_\_\_\_\_ Stunden täglich
- im Gehen, Stehen oder Sitzen oder nur ausschließlich in einer dieser Haltungsarten oder in einem bestimmten Wechsel von ihnen?  nein  ja
- bei einseitiger körperlicher Belastung?  nein  ja
- in festgelegtem Arbeitsrhythmus?  nein  ja
- im Wechsel- oder Nachtdienst?  nein  ja

**b) Einschränkungen des Mitglieds in der Ausübung geistiger Arbeiten durch die festgestellten Leiden:**

Beschränken die festgestellten Leiden, insbesondere

- Hör- und Sehvermögen, Reaktionsvermögen, Lese- und Schreibgewandtheit?  nein  ja, Einschränkung/en ist/sind links unterstrichen
- Auffassungsgabe, Lern- und Merkfähigkeit, Gedächtnis, Konzentrationsfähigkeit, Entschluss- und Verantwortungsfähigkeit, Kontaktfähigkeit, Anpassungs-, Umstellfähigkeit?  nein  ja, Einschränkung/en ist/sind links unterstrichen

- c) Sind Besonderheiten für den Weg zur Arbeit zu berücksichtigen?  nein  ja

Halten Sie das Mitglied ohne Einschränkung für fähig, ein Kraftfahrzeug zu führen?  nein  ja

2. a) Reicht das verbliebene Leistungsvermögen noch für die volle übliche Arbeitszeit aus?  nein  ja

Falls nein: gilt diese Einschränkung für  die tägliche Arbeitszeit?  
 die wöchentliche Arbeitszeit?

- b) Aus welchen gesundheitlichen Gründen muss die tägliche bzw. wöchentliche Arbeitszeit eingeschränkt werden?  alle laut der Angaben zu III. 14 (Krankheitsbezeichnung)  
 wegen

Auf wie viel Stunden, bzw.  Einschränkung auf ca. \_\_\_\_\_Stunden täglich

auf wie viel Tage?  Einschränkung auf ca. \_\_\_\_\_Stunden wöchentlich



4. Die Ärzteversorgung Land Brandenburg entscheidet bei Anträgen auf Berufsunfähigkeitsrente regelmäßig auf Basis eines ausführlichen Fachgutachtens. In Kenntnis dieser Grundlage halte ich als Ersteller dieses ärztlichen Zeugnisses ein Gutachten auf folgendem Fachgebiet für erforderlich:

**(bitte 1 Fachrichtung bzw. maximal 2 Fachrichtungen\* ankreuzen)**

	und zwar vorrangig	in 2. Linie
a) Innere Krankheiten:		
a.a.) Kardiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.b.) Nephrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.c.) Endokrinologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.d.) Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.e.) Hämatologie/Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.f.) Pneumologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Orthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Psychiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Sonstige: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Falls Ihrerseits mehr als 2 oder kein Gutachten notwendig erscheinen, bitten wir nachfolgend um Angabe einer nachvollziehbaren Begründung:

---

---

Besteht Reisefähigkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln?  ja  nein, weil \_\_\_\_\_

---



**V. Bemerkungen und Raum für ergänzende Ausführungen:**

(insbesondere bei seelischen Erkrankungen, bitte ggf. Zusatzblatt beifügen)

Die Kosten für diese Untersuchung gehen zu Lasten des Mitgliedes (Antragsteller/in)

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
(Ort) (Datum)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der untersuchenden Ärztin/des untersuchenden Arztes

(Stempel)

# Hinweise zur Gewährung eines Kinderzuschusses

(§ 16 i. V. m. § 14 der Satzung der Ärzteversorgung Land Brandenburg)

Sehr geehrtes Mitglied,

mit diesen Hinweisen möchte Ihnen Ihre Versorgungseinrichtung einen Überblick zu den wesentlichen Anspruchsvoraussetzungen geben. Bei Rückfragen stehen wir selbstverständlich gern zur Verfügung.

## Gliederung:

1. Leistungszeitraum
2. Anspruchsberechtigte Kinder
3. Antragsfrist
4. Höhe des Kinderzuschusses
5. Gleichzeitiger Bezug von Kindergeld
6. Erforderliche Nachweise

### **1. Leistungszeitraum**

Anspruch auf Kinderzuschuss besteht dann, wenn Kinder des Mitglieds vorhanden sind, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Über diesen Zeitpunkt hinaus wird Kinderzuschuss längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres gewährt, sofern und solange sich Kinder in der Schul- bzw. Berufsausbildung befinden.

Wird die Schul- und Berufsausbildung durch Ableistung des Pflichtwehr- oder Zivildienstes verzögert, so erhöht sich die Altersbegrenzung für den Zuschuss entsprechend dem vor Vollendung des 27. Lebensjahres abgeleisteten Zeitraum. Zeiten des gesetzlichen Pflichtwehr- oder Zivildienstes gelten nicht als Ausbildung, so dass während des Pflichtwehr- bzw. Zivildienstes keine Zahlung erfolgen kann.

Ein Praktikum gilt dann als Ausbildung, wenn es nach der einschlägigen Ausbildungs-, Studien- oder Prüfungsordnung vorgeschrieben ist.

Bei Unterbrechungen der Ausbildung bis zu 4 Monaten bleibt der Anspruch weiterhin bestehen.

Sollte ein Kind bei Vollendung des 18. Lebensjahres infolge körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande sein, sich selbst zu unterhalten, würde ein Zuschuss ebenfalls gewährt werden, und zwar solange dieser Zustand andauert, längstens jedoch bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres.

### **2. Kinder im Sinne der Satzung**

Anspruchsberechtigte Kinder sind

- die ehelichen Kinder
- die für ehelich erklärten Kinder
- die an Kindes Statt angenommenen Kinder, soweit die Adoption vor Vollendung des 65. Lebensjahres des Berechtigten erfolgte
- die nichtehelichen Kinder, wenn die Unterhaltspflicht des Berechtigten festgestellt ist

Für Enkelkinder kann daher keine Kinderzuschuss-Zahlung erfolgen.

### **3. Antragsfrist**

Der Kinderzuschuss wird, auf Antrag, grundsätzlich an dem Vorliegen der genannten Anspruchsvoraussetzungen gewährt.

### **4. Höhe des Kinderzuschusses**

Der Zuschuss beträgt für jedes Kind 10 % Ihrer Alters- oder Berufsunfähigkeitsrente (Grundrente). Er beginnt frühestens mit dem Geburtsmonat und endet spätestens mit dem Ablauf des Todesmonats des Kindes, längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres. Darüber hinaus erfolgt die Zahlung maximal für den Zeitraum, in dem zeitgleich Alters- bzw. Berufsunfähigkeitsrente gewährt wird.

## 5. Gleichzeitiger Bezug von Kindergeld

Der Kinderzuschuss ist Bestandteil der Grundrente, also Alters- und Berufsunfähigkeitsrente. Leistungen nach dem Bundeskindergeldgesetz stehen der Gewährung nicht entgegen. Es darf somit (Urteil des BSG vom 08.04.1992, Az.: 10 RKg 2/91) keine Anrechnung auf das Kindergeld erfolgen.

## 6. Erforderliche Nachweise

Sofern Sie anspruchsberechtigte Kinder haben und Zahlungen beantragen, bitten wir Sie für jedes Kind um Vorlage folgender Unterlagen:

- Kopie der Geburtsurkunde bzw. Adoptionsurkunde
- Ausbildungsnachweis (Bescheinigung über die Schul- bzw. Berufsausbildung) bzw. bei Kleinkindern amtliche Lebensbescheinigung (erhältlich bei Ihrer Meldestelle bzw. beim Einwohnermeldeamt)
- Ärztliches Attest, soweit körperliche, geistige oder seelische Behinderungen vorliegen
- ggf. Kopie der Pflichtwehr- oder Zivildienstzeitbescheinigung
- bei nichtehelichen Kindern: Nachweis über die Stellung des Kindes zum Mitglied (z. B. Kopie der Vaterschaftsanerkennungs- oder Feststellungsurkunde) **und** Nachweis darüber, dass für das Mitglied die Unterhaltspflicht festgestellt ist

Sie erreichen die Verwaltung der Ärzteversorgung Land Brandenburg unter den Tel.-Nr. 03 55 / 7 80 20 - 25, 17 und 13.

## Ärzteversorgung Land Brandenburg

Der Verwaltungsausschuss

# M E R K B L A T T

Voraussetzungen für die Anerkennung der Berufsunfähigkeit gemäß § 10 der  
Satzung der Ärzteversorgung Land Brandenburg

## Vorwort

Die krankheitsbedingt notwendige Aufgabe des Berufes kann u. a. umfangreiche persönliche, rechtliche und finanzielle Auswirkungen haben. Die nachfolgenden Hinweise können dazu lediglich eingeschränkt Antwort geben. Insbesondere bei Angestellten empfehlen wir, sich vor Antragstellung über die arbeitsrechtlichen Konsequenzen, z. B. über den Betriebsrat, zu informieren. Die Mitarbeiter der Ärzteversorgung Land Brandenburg beraten Sie gern umfassend, dürfen aber aus rechtlichen Gründen lediglich verbindliche Aussagen zum Satzungsrecht geben. Wir bitten Sie hierfür um Ihr Verständnis.

### 1. rechtliche Voraussetzungen

Anspruch auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit haben Mitglieder der Ärzteversorgung Land Brandenburg, wenn sie folgende Bedingungen erfüllen:

- 1.1. Die Fähigkeit zur Ausübung einer jeden Erwerbstätigkeit, zu der ärztliche Ausbildung berechtigt und bei der ärztliche Ausbildung überwiegend verwendet werden kann, muss aus gesundheitlichen Gründen auf nicht absehbare Zeit umfassend bzw. auf absehbare Zeit doch mindestens für die Dauer von 6 Monaten entfallen sein (Berufsunfähigkeit).

Die „Erwerbstätigkeit als Arzt/Ärztin“ ist nicht entfallen, solange lediglich die Leistungsfähigkeit für die „zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit“ (=Arbeitsunfähigkeit, insbesondere mit Anspruch auf Krankengeld oder entsprechende Leistungen) nicht mehr gegeben ist. Ist die Fähigkeit zur Ausbildung einer „jeden Erwerbstätigkeit, zu der ärztliche Ausbildung berechtigt und bei der ärztliche Ausbildung überwiegend verwendet werden kann“, lediglich gemindert, bleibt die Umsetzbarkeit auf dem Arbeitsmarkt für den Anspruch auf Leistungen außer Betracht.

- 1.2. Die gesamt ärztliche Tätigkeit muss aus diesen Gründen eingestellt sein.

Die vorübergehende Zurückstellung der Berufsaufgabe bis zu einem Zeitpunkt unmittelbar nach Zuerkennung der Berufsunfähigkeitsrente dem Grunde nach ist möglich. Die Erwerbstätigkeit als Arzt/Ärztin gilt (weiter) als ausgeübt, solange ein Mitglied seine Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung inne hat, seine Praxis nicht aufgegeben hat oder wenn die Praxis durch einen Vertreter weitergeführt wird, solange dem Mitglied aus der Praxis Einkünfte zufließen.

- 1.3. Das Mitglied darf noch nicht in die (vorgezogene) Altersrente eingewiesen sein.
- 1.4. Einem Mitglied, das auch bei einem anderen auf Gesetz beruhenden Versorgungsträger im Geltungsbereich der Normen europäischen Sekundärrechts zur Koordination der Systeme der sozialen Sicherheit, einen Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente besitzt, wird die nach der Satzung zu ermittelnde Zurechnungszeit anteilig entsprechend der Mitgliedszeit bei der Ärzteversorgung Land Brandenburg zur gesamten Mitgliedszeit bei allen auf Gesetz beruhenden Versorgungsträger entsprechend der Berechnungsvorschrift des europäischen Sekundärrechts gewährt, wenn auch die anderen beteiligten Versorgungsträger ihre Versorgungsleistungen nach dieser Regelung berechnen.

## **2. Antragstellung**

Die Einweisung in die Berufsunfähigkeitsrente erfolgt ausschließlich auf schriftlichen Antrag des Mitgliedes.

Werden die Voraussetzungen zu 1. erfüllt, sind der Ärzteversorgung Land Brandenburg zur Prüfung des Anspruches bitte folgende Unterlagen einzureichen:

- a) Antrag auf Anerkennung der Berufsunfähigkeit } Vordruck liegt bei
- b) „Ärztliches Zeugnis zur Feststellung der Berufsunfähigkeit“ } Vordruck liegt bei
- c) bei Angestellten: Bescheinigung über das Gehaltsende (z. B. Kopie der Bescheinigung für die gesetzliche Krankenkasse oder private Krankenversicherung).

Das unter Buchstabe b aufgeführte „Ärztliche Zeugnis“ ist **ausschließlich** unter Benutzung des Vordruckes der Ärzteversorgung Land Brandenburg zu erstellen. Der Untersucher kann beliebig gewählt werden, jedoch darf er mit dem Antragsteller weder verwandt noch verschwägert sein. Eventuell dadurch entstehende Kosten werden nicht von der Ärzteversorgung Land Brandenburg getragen.

Dem Verwaltungsausschuss bleibt das Recht vorbehalten, zusätzliche Gutachten anzufordern (§ 8 Abs. 4 der Satzung).

Für die Prüfung der Leistungsvoraussetzungen werden Mitglieder, deren gewöhnlicher Aufenthalt im Ausland ist, so gestellt, als ob sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich des Grundgesetzes haben.

## **3. Rentenbeginn**

Der Anspruch auf Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente beginnt frühestens mit dem Monat nach Einstellung der ärztlichen Tätigkeit, wenn der Antrag innerhalb von drei Monaten nach Erfüllung der unter Nr. 1.1. bis 1.3. genannten übrigen Bedingungen bei der Geschäftsstelle der Ärzteversorgung Land Brandenburg eingeht.

Wird der Antrag später gestellt, beginnt die Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente erst mit dem Monat der Antragstellung, sofern die übrigen Bedingungen noch gegeben sind.

Hiervon abweichend besteht ein Anspruch auf Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente für angestellte Ärzte/Ärztinnen nicht, sofern und solange sie Anspruch auf Gehaltszahlung besitzen.

## **4. Enden der Beitragspflicht**

Die Versorgungsabgaben sind bis zum Beginn der Zahlung einer Rente zu entrichten. Während der BU-Verfahrensdauer können für den Fall, dass für diese Zeit keine Pflichtbeiträge (z.B. vom Arbeitgeber, vom Arbeitsamt, der Krankenkasse oder aus weitergeführter Praxis) gezahlt werden, freiwillige Versorgungsabgaben in Höhe von mindestens 3/10 der Regelabgabe bis maximal zu der vor Antragsbeginn gezahlten Beitragshöhe entrichtet werden. Bei rückwirkendem BU-Rentenbeginn werden überzahlte Beiträge zurückgezahlt.

Bei Anerkennung einer Berufsunfähigkeit besteht daneben Anspruch auf einen Kinderzuschuss zur Berufsunfähigkeitsrente bei Kindern unter 27 Jahren, soweit diese sich in Ausbildung befinden. Einzelheiten entnehmen Sie bitte dem Merkblatt Kinderzuschuss.

## **5. Verwaltungsverfahren**

Die Bearbeitung eines Antrages kann erst aufgenommen werden, sobald dem Versorgungswerk alle benötigten medizinischen Unterlagen sowie der Formantrag lückenlos vorliegen. Sollten diese nicht innerhalb eines Zeitraumes von 3 Monaten – gerechnet vom Eingangsdatum Ihrer ersten Mitteilung an – vorliegen, wird ohne anderslautende Erklärung Ihrerseits davon ausgegangen, dass der Antrag nicht aufrechterhalten wird. Formal wäre dieser dann wegen „mangelnder Mitwirkung“ abzulehnen. Die Verwaltung möchte dies gern vermeiden und bittet daher um Ihre rechtzeitige Rückmeldung, wenn sich im Einzelfall die Beibringung der Unterlagen Ihrerseits verzögern sollte.

Die Entscheidung über die Leistungspflicht trifft der Verwaltungsausschuss der Ärzteversorgung Land Brandenburg, der in der Regel in monatlichen Abständen zusammentrifft. Das Mitglied erhält über dessen Entscheidung einen rechtsmittelfähigen Bescheid.

Die Verfahrensdauer ist stark einzelfallabhängig (z. B. Anzahl/Art der erforderlichen Gutachten, Antragsvollständigkeit, Beschaffungsdauer medizinischer Befunde) und liegt regelmäßig bei ca. 2-6 Monaten.

Bei eventuellen Rückfragen steht Ihnen die Verwaltung gern zur Verfügung. Bitte wenden Sie sich bei persönlichen Fragen zum BU-Verfahren vertrauensvoll an:

Frau Bredow                      Tel.: 03 55 / 7 80 20 25

Frau Beier                        Tel.: 03 55 / 7 80 20 13

Herrn Brodowski                Tel.: 03 55 / 7 80 20 17

**Ärzteversorgung Land Brandenburg**

Der Verwaltungsausschuss