

Name: _____

Fragebogen Notärzte in Sachsen-Anhalt

Ihre Angaben dienen der Klärung der Fragen, ob und wenn ja, in welchem Umfang die Honorare aus Ihrer notärztlichen Tätigkeit in Sachsen-Anhalt der Beitragspflicht in der Sozialversicherung unterliegen. Um diese Fragen zutreffend beurteilen zu können, benötigen wir aufgrund des Vierten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB IV) von Ihnen einige wichtige Informationen und Unterlagen.

Wir möchten Sie deshalb bitten, die gestellten Fragen vollständig und gewissenhaft zu beantworten und uns die erbetenen Unterlagen möglichst umgehend zu überlassen. Ihre Mithilfe erleichtert uns eine rasche Erledigung Ihrer Angelegenheiten.

Bitte beachten Sie, dass eine Vergabe weiterer Notarzdienste ausschließlich nach fristgerechtem und vollständigem Eingang aller erforderlichen Unterlagen erfolgt. Unvollständige oder verspätet eingereichte Unterlagen können zur Nichtberücksichtigung bei der Dienstvergabe führen.

Verwenden Sie bitte beim Ausfüllen des Fragebogens Druckschrift und achten Sie auf die Leserlichkeit Ihrer Angaben. Dies erleichtert die zeitnahe Bearbeitung Ihrer Unterlagen.

Bitte senden Sie den vollständig ausgefüllten und im Original unterschriebenen Fragebogen nebst entsprechenden Nachweisen an:

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt
Abteilung Sicherstellung - Rettungsdienst
Postfach 1664
39006 Magdeburg

Für Rückfragen und weitere Informationen wenden Sie sich bitte an:

Frau Vanessa Sarah Lange
Tel.: 0391 627 - 6460
E-Mail: Sozialversicherung.Notarzt@kvsa.de

Frau Jacqueline Tornack
Tel.: 0391 627 - 6458
E-Mail: Sozialversicherung.Notarzt@kvsa.de

Name: _____

2. Angaben zur Klärung der haupt- oder nebenberuflichen Tätigkeit als Notärztin/Notarzt gemäß § 23c Abs. 2 SGB IV

Wichtiger Ausfüllhinweis:

Wenn Sie eine der nachfolgenden Fragen bei den Ziffern 2.1 bis 2.3 mit „ja“ beantworten sollten, sind Sie nebenberuflich als Notärztin/Notarzt tätig. Sozialversicherungsbeiträge auf Ihr Notarzhonorar fallen nicht an. Fahren Sie daher bitte nach Beantwortung der Fragen unter Ziffer 2 direkt mit Ziffer 4 (Erklärung und Unterschrift) fort.

Das Ausfüllen der Fragen in Ziffer 3 ist in diesem Falle nicht mehr erforderlich.

Bitte denken Sie daran, die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt rechtzeitig zu informieren, sofern sich Ihre Angaben zu den Ziffern 2.1. bis 2.3 ab dem 1. Januar 2026 ändern sollten. Ebenso sind bereits bekannte Änderungen, die bis zum 31. Dezember 2026 wirksam werden, unverzüglich mitzuteilen. Die unverzügliche Mitteilung ist erforderlich, um eine ordnungsgemäße Bearbeitung und Berücksichtigung Ihrer Angaben sicherzustellen.

2.1 Tätigkeit von regelmäßig mindestens 15 Stunden wöchentlich außerhalb des Rettungsdienstes

Üben Sie die Notarztstätigkeit neben einer anderen Beschäftigung außerhalb des Rettungsdienstes aus, die einen Umfang von regelmäßig mindestens 15 Stunden wöchentlich erreicht?

Ja / Nein

Hinweis: Eine Tätigkeit als Notärztin/Notarzt auf Basis eines Arbeitsvertrages mit einem Krankenhaus stellt keine Beschäftigung **außerhalb** des Rettungsdienstes dar.

Wenn ja: Bitte nennen Sie den Namen und die Adresse Ihres Hauptarbeitgebers.

Name des Hauptarbeitgebers:	
Adresse des Hauptarbeitgebers:	
Tätigkeitsbeginn:	

[Bitte reichen Sie eine Kopie Ihres Arbeitsvertrages zusammen mit einer aktuellen Lohnbescheinigung oder alternativ eine Arbeitgeberbescheinigung ein.](#)

Hinweis: Die Vorlage einer Lohnbescheinigung ist erforderlich, um den Umfang Ihrer derzeitigen Tätigkeit sowie das Bestehen eines aktuellen Arbeitsverhältnisses nachvollziehen zu können. Dabei ist es zulässig, z.B. Angaben zur Höhe des Gehalts aus der Bescheinigung zu schwärzen, sofern eindeutig ersichtlich bleibt, in welchem Umfang Sie beschäftigt sind (wöchentliche Arbeitszeit) und dass das Arbeitsverhältnis zum Zeitpunkt der Einreichung dieses Fragebogens weiterhin besteht. Selbiges gilt für die Vorlage einer Arbeitgeberbescheinigung. Aus dieser muss ersichtlich sein, dass Sie außerhalb des Rettungsdienstes mit mind. 15 Stunden wöchentlich angestellt sind.

Name: _____

2.2 Tätigkeit als Vertragsärztin/-arzt außerhalb von Sachsen-Anhalt

Üben Sie die Notarztztätigkeit neben einer Tätigkeit als zugelassene/-r Vertragsärztin/-arzt außerhalb von Sachsen-Anhalt aus?

Ja / Nein

KV-Bezirk:	
Adresse des Vertragsarztsitzes:	
Beginn der vertragsärztlichen Zulassung:	

[Bitte reichen Sie eine Kopie des Zulassungsbescheids Ihrer zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung ein.](#)

2.3 Tätigkeit als Ärztin/Arzt in privater Niederlassung

Üben Sie die Notarztztätigkeit neben einer Tätigkeit als Ärztin/Arzt in privater Niederlassung aus?

Ja / Nein

Wenn ja: Bitte machen Sie Angaben zu Ihrer privaten Niederlassung.

Name der privaten Niederlassung:	
Adresse der privaten Niederlassung:	
Beginn der privaten Niederlassung:	

[Bitte reichen Sie eine Bestätigung Ihrer zuständigen Ärztekammer über Ihre private Niederlassung ein.](#)

2.4 Zusätzliche Angaben

Etwaige ergänzende Bemerkungen zu den Ziffern 2.1 bis 2.3 können im nachstehenden Feld eingetragen werden.

Bemerkungen:

Name: _____

3. Angaben zur Sozialversicherung

Wichtiger Ausfüllhinweis:

Falls bei Ihnen kein Befreiungstatbestand nach den Ziffern 2.1 bis 2.3 einschlägig ist oder die Befreiungstatbestände nach den Ziffern 2.1. bis 2.3 nicht durchgehend einschlägig sind, sind Sie ganz oder zeitweise hauptberuflich als Notärztin/Notarzt tätig. In diesem Falle unterliegen die Honorare aus Ihrer Notarztstätigkeit in Sachsen-Anhalt ganz oder für die betroffenen Zeiträume ohne Befreiungstatbestand der Beitragspflicht in der Sozialversicherung.

Bitte machen Sie in diesen Fällen bei den Fragen unter den Ziffern 3.1 bis 3.3 vollständige Angaben.

3.1 Grundlegende Angaben zur Sozialversicherung

Rentenversicherungsnummer:	
----------------------------	--

Kinder, für die eine Elterneigenschaft nachgewiesen werden kann:		
Name	Vorname	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Hinweis: Seit dem 1. Juli 2023 gilt für kinderlose Versicherte in der gesetzlichen Pflegeversicherung ab dem vollendeten 23. Lebensjahr ein Beitragszuschlag in Höhe von 0,6 Prozent. Eltern hingegen zahlen diesen Beitragszuschlag nicht. Familien mit mehreren Kindern unter 25 Jahren können seit dem 1. Juli 2023 Beitragsabschläge geltend machen. Die Entlastung beträgt ab dem zweiten bis zum fünften Kind 0,25 Prozentpunkte und ist auf maximal 1,0 Prozent begrenzt.

Name: _____

3.2 Kranken- und Pflegeversicherung

3.2.1 Gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung

Ja, ich bin in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung versichert:

Name der Krankenkasse:	
Adresse der Krankenkasse:	

Art der Versicherung: eigene Mitgliedschaft Familienversicherung
Grund der Versicherung: Pflichtversicherung freiwillige Versicherung

[Bitte reichen Sie beglaubigte Kopien der Geburtsurkunden Ihrer unter 3.1 eingetragenen Kinder ein.](#)

3.2.2 Private Kranken- und Pflegeversicherung (PKV)

Ja, ich bin in einer privaten Kranken- und Pflegeversicherung versichert:

Name der Krankenkasse:	
Adresse der Krankenkasse:	

Art der Versicherung: eigene Mitgliedschaft Familienversicherung

[Bitte reichen Sie uns folgende Nachweise über das Bestehen der PKV ein: Aktuelle bzw. letzte vorliegende Jahresbescheinigung Ihrer PKV zur Erlangung des Zuschusses zum Beitrag für eine private Krankenversicherung gemäß § 257 SGB V.](#)

3.3 Rentenversicherung und Versorgungswerk

Sind Sie aktuell schon Mitglied in einem Versorgungswerk?

Ja / Nein

Wenn ja: Bitte nennen Sie Name und Adresse Ihres Versorgungswerkes.

Name und Anschrift des Versorgungswerkes:	
Mitgliedsnummer im Versorgungswerk:	

[Bitte reichen Sie eine Mitgliedsbescheinigung Ihres Versorgungswerkes ein.](#)

Name: _____

Liegt für die Tätigkeit als Notarzt eine Befreiung von der Rentenversicherungspflicht vor?

Ja / Nein

Wenn ja: Bitte übersenden Sie uns den Befreiungsbescheid der Deutschen Rentenversicherung Bund von der gesetzlichen Rentenversicherungspflicht, damit wir Ihre Befreiung berücksichtigen können. Meldungen zur Höhe Ihres Notarztthonorars erfolgen dann durch die KVSA an Ihr Versorgungswerk.

Wenn nein: Bitte werden Sie selbst aktiv, um die gesetzliche Rentenversicherungspflicht für die Zukunft zu vermeiden. Beantragen Sie bitte eine Befreiung für die Notarztstätigkeit in Sachsen-Anhalt, z.B. bei der Ärzteversorgung Sachsen-Anhalt. Dies ist nur elektronisch möglich. Bitte beachten Sie dazu den beigefügten **Hinweisbogen**. Bitte übersenden Sie uns den Befreiungsbescheid umgehend nach Erhalt.

Sie sind bereits Altersrentner?

Sollten Sie bereits Regelaltersrente beziehen, ist die Antragstellung auf Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung **nicht erforderlich**.

[Bitte reichen Sie eine Kopie Ihres Rentenbescheids ein.](#)

4. Erklärung des Notarztes und Unterschrift

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt, Doctor-Eisenbart-Ring 2, 39120 Magdeburg, unter der E-Mail-Adresse: Sozialversicherung.Notarzt@kvs.de, alle Änderungen, insbesondere die Aufnahme weiterer Beschäftigungen (in Bezug auf Art, Dauer und Entgelt), unverzüglich mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschrift Notärztin/Notarzt

Name: _____

Anlagen

Folgende Anlagen sind beigefügt:

Kopie des Arbeitsvertrages

Aktuelle Lohnbescheinigung

Arbeitgeberbescheinigung

Bestätigung der Ärztekammer über private Niederlassung

Kopie des Zulassungsbescheids

Jahresbescheinigung der privaten Kranken- und Pflegeversicherung zur Erlangung des Zuschusses zum Beitrag für eine private Krankenversicherung gem. § 257 SGB V (letzte gültige Bescheinigung)

Beglaubigte Kopien der Geburtsurkunden des Kindes/der Kinder

Bescheid über die Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherung zu Gunsten der Ärzteversorgung

Mitgliedsbescheinigung Versorgungswerk

Rentenbescheid (Altersrente)

Hinweise zum Befreiungsantrag in der gesetzlichen Rentenversicherung zu Gunsten der Ärzteversorgung

Eine etwaige Sozialversicherungspflicht Ihrer notärztlichen Tätigkeit geht mit einer Beitragspflicht zur gesetzlichen Rentenversicherung einher. Sind Sie Mitglied in einer Ärzteversorgung (z.B. der Ärzteversorgung Sachsen-Anhalt), können Sie sich gemäß § 6 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB VI von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung zugunsten der Ärzteversorgung befreien lassen.

Die Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung wirkt vom Beginn Ihrer Notarztstätigkeit an, wenn der Befreiungsantrag innerhalb von drei Monaten seit Beginn dieser Tätigkeit bei der für Sie zuständigen Ärzteversorgung eingeht, ansonsten vom Eingang des Befreiungsantrages bei der für Sie zuständigen Ärzteversorgung an.

Für die Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung müssen Sie den erforderlichen Antrag selbst stellen. Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt kann dies leider nicht für Sie übernehmen. Die Antragstellung ist nur noch elektronisch möglich.

Den elektronischen Befreiungsantrag sowie weitere Informationen zum Verfahren finden Sie beispielsweise auf der Homepage der Ärzteversorgung Sachsen-Anhalt unter der folgenden Internetadresse:

<https://www.aevs.de/mitglieder/elektronisches-grv-befreiungsverfahren/>

Sollten Sie Mitglied einer anderen Ärzteversorgung sein, sind die entsprechenden Internetseiten unkompliziert mit den üblichen Suchmaschinen (z.B. Google) zu finden.

Wenn Sie bereits Regelaltersrente beziehen, ist die Antragstellung auf Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung nicht erforderlich.

Bitte achten Sie darauf, im Befreiungsantrag die Option „abhängig beschäftigt“ anzukreuzen – dies entspricht der aktuellen Rechtslage im sozialversicherungsrechtlichen Kontext.

Den Bescheid über die Befreiung erhalten Sie sodann von der Deutschen Rentenversicherung Bund, sodass die Beiträge an die Ärzteversorgung abgeführt werden können.

Für Rückfragen zum Befreiungsantragsverfahren stehen Ihnen sowohl auf der Homepage der Deutschen Rentenversicherung Bund als auch auf der Homepage Ihrer zuständigen Ärzteversorgung entsprechende Hinweise und Kontaktdaten zur Verfügung.

Sofern Sie Unterstützung bei der Antragstellung benötigen, können Sie sich auch gern an uns wenden.
