

# Erhebungsbogen

## Antrag auf Beitragsminderung für das Jahr 2025

Bitte senden Sie das Formular ausgefüllt und unterschrieben nur dann zurück, wenn Sie uns Angaben zu Ihren Einkommensverhältnissen zur Verfügung stellen wollen. Bitte beachten Sie: Wenn Sie keine Angaben zu Ihren Einkünften erteilen möchten, werden Sie ohne weitere Prüfung der Beitragsklasse BK 1 zugeordnet.

### A. Angaben zur Person (Korrespondenzdaten)

Mitgliedsnummer:	Titel:
Name:	Vorname:
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	
Tel.:	Mobiltelefon:
E-Mail:	

### B. Angaben zur Eingruppierung in eine Beitragsklasse (BK)

	JA	NEIN
1. Ich habe meine Approbation im laufenden Beitragsjahr 2025 erhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich habe meine Approbation im Jahr 2024 erhalten und beantrage für die Ermittlung des Kammerbeitrages die Berücksichtigung der Einkünfte ab Erhalt der Approbation. Erzielte Einkünfte ab Erhalt der Approbation: (Pflichtnachweis: Kopie elektronische Lohnsteuerbescheinigung 2024 und/oder Rechnungen/Kontoauszüge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) weniger als 49.350,00 Euro (BK 2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) weniger als 39.480,00 Euro (BK 3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) weniger als 29.610,00 Euro (BK 4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich erzielte im Jahr 2023 folgende Einkünfte <sup>1</sup> : (Pflichtnachweis: Kopie Einkommensteuerbescheid 2023)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) weniger als 49.350,00 Euro (BK 2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) weniger als 39.480,00 Euro (BK 3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) weniger als 29.610,00 Euro (BK 4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### C. Angaben zur Eingruppierung in eine Sonderklasse

Sollten sich unter C.1. oder C.2. keine Änderungen Ihres bereits nachgewiesenen Status ergeben haben, ist die Rücksendung des Formulars nicht notwendig.

	JA	NEIN
1. Ich bin auch Mitglied einer anderen Heilberufekammer (Ärztekammer / Psychotherapeutenkammer). Wenn ja, welche Kammer:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<sup>1</sup>Einkünfte sind das in einem Jahr erzielte Arbeitsentgelt als Beschäftigte/r (Angestellte/r oder Beamtin/er) oder Arbeitseinkommen („Gewinn“) als Selbstständige/r. Die Einkünfte definieren sich nach § 2 Abs. 2 S. 1 Einkommensteuergesetz (EStG)

# Erhebungsbogen

## Antrag auf Beitragsminderung für das Jahr 2025

JA NEIN

2. Ich habe die Regelaltersgrenze <sup>2</sup> erreicht und	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) übe keine berufliche Tätigkeit, wie z. B. Patientenbehandlung, Beratung, Lehrtätigkeit, Supervision, mehr aus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) bin weiterhin im Jahr 2025 berufstätig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) beende meine Berufstätigkeit zum <u>      .      .2025</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Pflichtnachweis, sofern noch nicht bei der OPK eingereicht: Kopie des Rentenbescheides oder Rentenausweises, aus welchem das Datum des Rentenbeginns hervorgeht.)		
3. Ich erreiche im laufenden Beitragsjahr 2025 die Regelaltersgrenze und	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) beende die Ausübung meiner Berufstätigkeit, wie z. B. Patientenbehandlung, Beratung, Lehrtätigkeit, Supervision, zum <u>      .      .2025</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) werde weiterhin im Jahr 2025 berufstätig sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Sobald Sie die Regelaltersgrenze erreicht haben, reichen Sie bitte eine Kopie Ihres Rentenbescheides oder -ausweises ein, damit wir Ihren Beitrag anpassen können.)		
4. Ich habe meine berufsbezogene Tätigkeit vor Erreichen der Regelaltersgrenze zum <u>      .      .20      </u> aufgegeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Pflichtnachweis: bspw. Beschluss Zulassungsausschuss der KV, Kündigungsbestätigung Arbeitgeber)		
5. Ich beziehe eine Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsminderungsrente seit <u>      .      .20      </u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Pflichtnachweis: Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsminderungsrentenbescheid)		
6. Ich beziehe Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes (Bürgergeld/Sozialhilfe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Pflichtnachweis: Bürgergeldbescheid/Sozialhilfebescheid)		
7. Ich bin seit Beginn des laufenden Beitragsjahres 2025 für eine Dauer von mindestens sechs Monaten nicht berufstätig, da ich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) gem. § 16 SGB III arbeitslos gemeldet bin,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) arbeitsunfähig bin oder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) mich im Mutterschutz bzw. in der Elternzeit befinde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Jeweilige Pflichtnachweise: Kopien Arbeitslosengeld I-Bescheid (ALG I-Bescheid), Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vom behandelnden Arzt, Geburtsurkunde des Kindes und Nachweis über die Dauer der Elternzeit (z. B. Elterngeldbescheid oder Bestätigung vom Arbeitgeber))		
8. Ich bin trotz der Erziehung eines Kindes unter 3 Jahren berufstätig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Pflichtnachweis: Kopie der Geburtsurkunde des Kindes)		

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift/Stempel

<sup>2</sup> im Sinne von § 35 und § 235 SGB VI

# Erläuterungen zum Erhebungsbogen 2025

(Die Ziffern entsprechen der Bezifferung im Erhebungsbogen.)

## B. Angaben zur Eingruppierung in eine Beitragsklasse

### zu 1.

Wenn Sie diese Frage mit „Ja“ beantworten können, dann müssen Sie für das laufende Jahr keine weiteren Angaben machen. Es erfolgt automatisch die Einstufung in Beitragsklasse BK 4.

### zu 2.

Wenn Sie diese Frage mit „Ja“ beantwortet haben, ist als Nachweis eine Kopie Ihrer elektronischen Lohnsteuerbescheinigung für das Jahr 2024, Kopien Ihrer gestellten Rechnungen oder Kopien der entsprechenden Kontoauszüge beizufügen. Ohne Nachweis erfolgt eine Einstufung in die Beitragsklasse BK 1.

### zu 3.

Wenn Sie eine der Varianten a) bis c) mit „Ja“ beantwortet haben, ist als Nachweis eine Kopie Ihres Einkommensteuerbescheides des Jahres 2023 beizufügen. Ohne Nachweis erfolgt eine Einstufung in die Beitragsklasse BK 1.

## C. Angaben zur Eingruppierung in eine Sonderklasse

### zu 1.

Sind Sie auch Pflichtmitglied einer anderen Heilberufekammer, haben Sie die Hälfte der maßgebenden Beitragsklasse zu entrichten

### zu 2.b), 3.b), 8

Wenn Sie eine dieser Fragen mit „Ja“ beantworten, wird auf der Grundlage des Günstigkeitsprinzips eine Vergleichsberechnung zwischen der relevanten einkommensbezogenen Beitragsklasse nach § 2 Abs. 4 BeitragsO-OPK (BK 1 bis BK 4) und der Sonderklasse SK 1 vorgenommen. Voraussetzung dafür ist, dass Sie Angaben zu Ihren Einkünften unter Beilegung der entsprechenden Nachweise vorgenommen haben.

### zu 2.a), 5., 6.

Bei Beantwortung einer dieser Fragen mit „Ja“ erfolgt die Eingruppierung in die Sonderklasse SK 3.

### zu 4.

Haben Sie Ihre berufsbezogene Tätigkeit vor Erreichen der Regelaltersgrenze beendet erfolgt die Eingruppierung in die Sonderklasse SK 2 (§ 2 Abs. 9 Nr. 2 BeitragsO-OPK). Der Kammer ist ein entsprechender Nachweis vorzulegen. Soweit die Berufstätigkeit im laufenden Beitragsjahr erneut aufgenommen wird, erfolgt eine Neuberechnung des Beitrages.

### zu 7.

Haben Sie eine der Varianten a) bis c) mit „Ja“ beantwortet, werden Sie der Sonderbeitragsklasse SK 2 zugeordnet, sofern Sie die aktuellen Bescheinigungen der Agentur für Arbeit, Ihrer Ärztin/Ihres Arztes und/oder die relevante Erziehungszeitbescheinigung/Geburtsurkunde/n vorgelegt haben.

Voraussetzung für die Sonderbeitragsklasse SK 2 ist eine Unterbrechung der Berufstätigkeit von mindestens sechs Monaten im laufenden Beitragsjahr (2025). Dieser Zeitraum ist der Kammer unmittelbar nach Erhalt der oben genannten Unterlagen nachzuweisen. **Entfallen die Voraussetzungen, wird eine Nachberechnung vorgenommen.**

Einkünfte 2023	Beitragsklasse	Beitrag
ab 49.350,00 Euro	<b>BK1 (Regelbeitrag)</b>	<b>530,00 Euro</b>
< 49.350,00 Euro	<b>BK2 (125 vom Hundert)</b>	<b>424,00 Euro</b>
< 39.480,00 Euro	<b>BK3 (100 vom Hundert)</b>	<b>371,00 Euro</b>
< 29.610,00 Euro	<b>BK4 (75 vom Hundert)</b>	<b>159,00 Euro</b>

<b>Sonderbeitragsklassen</b>		
<b>Sonderklasse 1</b>	<b>265,00 Euro</b>	Tätigkeit mit Erziehung Ihres Kindes unter 3 Jahren, Rente mit Tätigkeit
<b>Sonderklasse 2</b>	<b>159,00 Euro</b>	Elternzeit, Krankheit, ALG I (Unterbrechung der beruflichen Tätigkeit für mind. 6 Monate im laufenden Beitragsjahr), Aufgabe der berufsbezogenen Tätigkeit vor Erreichen der Regelaltersrente
<b>Sonderklasse 3</b>	<b>53,00 Euro</b>	Rente ohne Tätigkeit, Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsminderungsrente, Bürgergeldbescheid, Sozialhilfebescheid

Bitte beachten Sie nach dem Erhalt Ihres Bescheides den § 2 Abs. 12 BeitragsO-OPK: Ein Antrag auf Zuordnung in eine andere Beitrags- oder Sonderbeitragsklasse, als in die durch den Beitragsbescheid festgesetzte, kann nur bis zum Ablauf des jeweiligen Beitragsjahres gestellt werden.

Die Beitragsordnung der OPK ist auf der Website der OPK „www.opk-info.de“ veröffentlicht.