

Anlage zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 640. Sitzung zur Aufnahme eines neuen Anhang 7 zum EBM (befristete Abrechnung zusätzlicher Stromkosten):

Selbsterklärung zu den zusätzlichen Stromkosten der Praxis

im Abrechnungsquartal _____

- zur Vorlage bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung -

Praxis: _____

BSNR: _____

Anschrift der Praxis: _____

Praxisinhaber bzw. vertretungsberechtigte Person (Name, Vorname):

Hiermit erkläre ich/erklären wir nachfolgende Angaben zu meinen/unseren zusätzlichen Stromkosten²:

Anspruchsvoraussetzung (Nr. 2 Absatz 1)

Ich/wir habe/n Leistungen aus folgenden Leistungsbereichen des EBM durchgeführt und in diesem Quartal abgerechnet (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- Gebührenordnungspositionen 25316 und/oder 25321,
- Gebührenordnungspositionen 34310, 34311, 34320 bis 34322, 34330, 34340 bis 34342, 34350 und/oder 34351,
- Gebührenordnungspositionen 34410, 34411, 34420 bis 34422, 34430, 34431, 34440 bis 34442, 34450, 34451, 34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489 und/oder 34490,

² Alle in Klammern aufgeführten Verweise beziehen sich auf die Regelungen des Anhangs 7 EBM zur befristeten Abrechnung zusätzlicher Stromkosten

Geben Sie bitte die BSNR Ihres/Ihrer Kooperationspartner(s) an:

BSNR: _____

BSNR: _____

BSNR: _____

(2) Stromkosten der Praxis (Nr. 3 Absatz 4)

Meine/Unsere Stromkosten für das Abrechnungsquartal betragen nach Berücksichtigung der Entlastungsbeträge gemäß §§ 5 bis 11 StromPBG (Angabe inkl. Netzentgelte, Messstellenentgelte und staatlich veranlasste Preisbestandteile einschließlich Umsatzsteuer):

_____ € [2]

- Es handelt sich um Abschlagszahlungen an den Energieversorger oder um Abschlagszahlungen im Rahmen von Betriebskostenvorauszahlungen an den Vermieter (bitte ankreuzen, falls zutreffend).

Hinweis: Im Fall einer Praxisgemeinschaft, deren Praxisinhaber unter verschiedenen Betriebsstättennummern (BSNR) abrechnen, sind die Stromkosten der Praxis anteilig anzugeben.

(3) Berücksichtigung der auf andere Kostenträger entfallenden Stromkosten (Nr. 3 Absatz 5):

Meine/unsere steuerrelevanten GKV-Einnahmen der Praxis im Jahr 2021 betragen³:

_____ € [3.1].

³ GKV-Einnahmen sind Einnahmen aus kassenärztlicher Tätigkeit. Bitte entnehmen Sie den Betrag Ihrer Einkommensteuererklärung bzw. der Steuererklärung Ihrer Praxis und geben Sie den Betrag ohne Nachkommastellen an.

Meine/unsere steuerrelevanten Gesamteinnahmen der Praxis im Jahr 2021 betragen⁴:

_____ € [3.2].

Berechnung des GKV-Anteils mit den vorstehenden Angaben:

$$\frac{\text{_____ € [3.1]}}{\text{_____ € [3.2] - _____ € [3.1] + _____ € [3.1]}} \times 0,44 = \text{_____ \% [3]}$$

$$\frac{\text{Einnahmen}_{GKV} [3.1]}{0,44^5 \times (\text{Einnahmen}_{gesamt} [3.2] - \text{Einnahmen}_{GKV} [3.1]) + \text{Einnahmen}_{GKV} [3.1]} = \text{Anteil}_{GKV} [3]$$

(4) Durch andere Stellen erstattete Stromkosten (Nr. 3 Absatz 6): Zutreffendes bitte ankreuzen

- Im Abrechnungsquartal gab es keine Kostenübernahme von Stromkosten durch andere Stellen.
- Im Abrechnungsquartal gab es eine Kostenübernahme von Stromkosten durch andere Stellen und zwar in Höhe von

_____ € [4].

⁴ Gesamteinnahmen ist die Summe aus kassenärztlicher, privatärztlicher und sonstiger selbständiger ärztlicher Tätigkeit. Bitte entnehmen Sie den Betrag Ihrer Einkommensteuererklärung bzw. der Steuererklärung Ihrer Praxis und geben Sie den Betrag ohne Nachkommastellen an.

⁵ Die Einnahmen aus selbständiger ärztlicher Tätigkeit außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung werden zur Bestimmung des GKV-Anteils mit dem Faktor 0,44 multipliziert.

Berechnung der zusätzlichen Stromkosten gemäß Nr. 3 Absatz 7:

Die zusätzlichen Stromkosten meiner/unserer Praxis bestimmen sich gemäß den vorstehenden Angaben wie folgt:

$$\left(\text{_____} \text{ € [2]} - 0,29 \frac{\text{€}}{\text{kWh}} \times \text{_____} \text{ kWh [1]} - \text{_____} \text{ € [4]} \right) \times \text{_____} \% [3] \times 0,95$$
$$= \text{_____} \text{ €}$$

$$\begin{aligned} & (\text{Stromkosten}_Q [2] - \text{Referenzpreis} \times \text{Stromverbrauch}_Q [1] \\ & \quad - \text{Erstattungen durch andere Stellen}_Q [4]) \times \text{Anteil}_{GKV} [3] \\ & \quad \times (1 - \text{Eigenanteil}) = \text{zusätzliche Stromkosten}_Q \end{aligned}$$

Verpflichtung und Datenschutzhinweise:

Es ist bekannt, dass die Erstattung zusätzlicher Stromkosten gemäß Anhang 7 Nr. 4 Absatz 3 und 4 EBM zur befristeten Abrechnung zusätzlicher Stromkosten unter Prüfungsvorbehalt erfolgt.

Die Richtigkeit der vorliegenden Angaben wird versichert und jede Änderung daran der Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich mitgeteilt.

Verantwortlich für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist die Kassenärztliche Vereinigung [Name der Kassenärztlichen Vereinigung]. Wir erheben die hier angegebenen Daten auf Grundlage des Artikels 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstaben c, e Datenschutz-Grundverordnung, i. V. m. dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 640. Sitzung zur Aufnahme eines Anhang 7 EBM (befristete Abrechnung zusätzlicher Stromkosten). Zweck der Datenverarbeitung ist die Berechnung und Erstattung der zusätzlichen Stromkosten im Rahmen unseres Sicherstellungs- und Vergütungsauftrags. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie in den Datenschutzhinweisen auf der Webseite: [Webadresse].

Mit der Unterschrift wird die Richtigkeit der oben gemachten Angaben versichert.

(Ort, Datum)

(Unterschrift Praxisinhaber bzw. vertretungsberechtigte Person)

Einverständniserklärung:

Das Einverständnis darüber, dass die Kassenärztliche Vereinigung [Name der Kassenärztlichen Vereinigung] die Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen nach Anhang 7 Nr. 2 und 3 EBM zur befristeten Abrechnung zusätzlicher Stromkosten daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen des Anhangs 7 EBM entsprechen, wird erklärt. Die Erstattung der zusätzlichen Stromkosten wird nur gewährt, wenn der Vertragsarzt/die Praxis sein/ihr Einverständnis zur Durchführung einer solchen Prüfung gemäß Nr. 4 Absatz 4 des Beschlusses des Bewertungsausschusses erklärt.

Mit der Unterschrift wird das Einverständnis erklärt.

(Ort, Datum)

(Unterschrift Praxisinhaber bzw. vertretungsberechtigte Person)

Bitte geben Sie für Rückfragen Ihre Kontaktdaten an:

Telefon: _____

Email: _____