

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 Stromkosten

Anspruchsvoraussetzung

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,
- Gebührenordnungspositionen 40815, 40818 und/oder 40823 bis 40828.

(1) Aktueller Stromverbrauch der Praxis:

Ich/wir habe/n im Abrechnungsquartal folgenden Stromverbrauch:

_____ kWh **[1]**

oder

Zählerstand am ersten Tag des Abrechnungsquartals: _____ kWh

Zählerstand am letzten Tag des Abrechnungsquartals: _____ kWh

Hinweis: Sofern Sie im Abrechnungsquartal auf Grundlage einer Verbrauchsprognose Abschläge für den Strom bezahlen, geben Sie bitte jeweils den Zählerstand am ersten und am letzten Tag des Abrechnungsquartals an.

Nur sofern der aktuelle Stromverbrauch nicht angegeben werden kann:

Ich/wir hatte/n im Vor(-vor) jahr(-esquartal) folgenden Stromverbrauch:

_____ kWh [1] Quartal

Jahr

Hinweis: Bitte geben Sie an, auf welches Quartal und welches Jahr sich der Wert bezieht

Nur sofern der Stromverbrauch geschätzt werden muss:

Ich/wir schätzen folgenden Stromverbrauch:

_____ kWh [1] Quartal

Jahr

Nur sofern Sie in einer Praxisgemeinschaft tätig sind:

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

Es handelt sich um einen anteiligen Stromverbrauch im Rahmen einer Praxisgemeinschaft (**bitte ankreuzen, falls zutreffend**).

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

BSNR: _____

BSNR: _____

BSNR: _____

(2) Stromkosten der Praxis:

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]

Bitte ankreuzen, falls zutreffend:

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:

Meine/unsere steuerrelevanten GKV-Einnahmen der Praxis im Jahr 2021/2022/2023 betragen:

_____ € [3.1]. Zeitraum: _____

Hinweis: 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. Geben Sie bitte den Zeitraum an, indem Sie Monate und Jahr benennen (Beispiel: Januar bis Dezember 2021).

Meine/unsere steuerrelevanten Gesamteinnahmen der Praxis im Jahr 2021/2022/2023 betragen:

_____ € [3.2]. Zeitraum: _____

Bitte ankreuzen, falls zutreffend:

Es handelt sich um eine Schätzung auf Basis einer methodisch basierten Kalkulation (z.B. Businessplan, Unterlagen aus Kreditbeantragung etc.), da keine Einnahmen für das Jahr 2021/2022 vorliegen

Hinweis: 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. Geben Sie bitte den Zeitraum an, indem Sie Monate und Jahr benennen (Beispiel: Januar bis Dezember 2021).

Berechnung des GKV-Anteils mit den vorstehenden Angaben:

$$\begin{aligned} & \text{_____ € [3.1]} \\ \hline & 0,44 \times (\text{_____ € [3.2]} - \text{_____ € [3.1]}) + \text{_____ € [3.1]} \\ & = \text{_____ \% (Anteil GKV [3])} \end{aligned}$$

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

(4) Durch andere Stellen erstattete Stromkosten (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].

Berechnung der zusätzlichen Stromkosten:

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

$$\begin{aligned} & (\text{_____ € [2]} - 0,29 \text{ €/kWh} \times \text{_____ kWh [1]} - \text{_____ € [4]}) \times \text{_____ \% [3]} \times 0,95 \\ & = \text{_____ €} \end{aligned}$$

(Stromkosten [2] – Referenzpreis x Stromverbrauch [1] – Erstattungen durch andere Stellen [4] x Anteil GKV [3] x (1 – Eigenanteil) = zusätzliche Stromkosten

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 Hamburg. 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: www.kvvh.net.

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 Hamburg 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: _____