

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
CoC Abrechnung / Anträge  
Vogelsgarten 6  
90402 Nürnberg

Antwort kann postalisch oder per Fax erfolgen: 089 57093-556152

---

## Selbsterklärung zu den zusätzlichen Stromkosten der Praxis

**Abrechnungsquartal:** \_\_\_\_\_

**BSNR:** | | | | | | | | | |

**Praxisname:** \_\_\_\_\_

**Straße, Hausnummer:** \_\_\_\_\_

**PLZ, Ort:** \_\_\_\_\_

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_  
Praxisinhaber bzw. vertretungsberechtigte Person

**Hiermit erkläre ich/erklären wir nachfolgende Angaben zu meinen/unseren zusätzlichen Stromkosten<sup>1</sup>:**

### Anspruchsvoraussetzung:

Ich/wir habe/n Leistungen aus folgenden Leistungsbereichen des EBM durchgeführt und im obengenannten 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.

---

<sup>1</sup> Alle nachfolgenden in Klammern aufgeführten Verweise beziehen sich auf die Regelungen des Anhangs 7 – EBM (in der jeweils aktuellen Fassung, einschließlich Beschluss 648. Sitzung des Bewertungsausschusses) zur befristeten Abrechnung zusätzlicher Stromkosten.

## 1. Aktueller Stromverbrauch der Praxis im obengenannten Abrechnungsquartal

Ich/wir habe/n im Abrechnungsquartal folgenden Stromverbrauch

\_\_\_\_\_ kWh [1]

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.

Zählerstand erster Tag im Abrechnungsquartal: \_\_\_\_\_ kWh

Zählerstand letzter Tag im Abrechnungsquartal: \_\_\_\_\_ kWh

Differenz [1] \_\_\_\_\_ kWh

### Nur sofern der aktuelle Stromverbrauch nicht angegeben werden kann:

Ich/wir hatte/n im Vorjahr(-esquartal) oder Vorvorjahr(-esquartal) folgenden Stromverbrauch:

\_\_\_\_\_ kWh [1]

Im Vorjahresquartal

Im Vorjahr

(Jahreswerte bitte vierteln und eingeben)

Im Vorvorjahresquartal

Im Vorvorjahr

### Nur sofern der Stromverbrauch geschätzt werden muss:

Ich/wir schätzen folgenden Stromverbrauch:

\_\_\_\_\_ kWh [1]

Im Vorjahresquartal

Im Vorjahr

(Jahreswerte bitte vierteln und eingeben)

Im Vorvorjahresquartal

Im Vorvorjahr

### Nur sofern Sie in einer Praxisgemeinschaft tätig sind:

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

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

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).

## 3. Berücksichtigung der auf andere Kostenträger entfallenden Stromkosten:

Meine/unsere steuerrelevanten GKV-Einnahmen<sup>2</sup> der Praxis im Jahr 2021/2022/2023 betragen

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

\_\_\_\_\_ € [3.1]                      Zeitraum: \_\_\_\_\_

Meine/unsere steuerrelevanten Gesamteinnahmen<sup>3</sup> der Praxis im Jahr 2021/2022/2023 betragen

\_\_\_\_\_ € [3.2]                      Zeitraum: \_\_\_\_\_

- 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.

## Berechnung des GKV-Anteils mit den vorstehenden Angaben:

\_\_\_\_\_ € [3.1] = \_\_\_\_\_ [3]

$0,44 * ( \text{_____} \text{€}[3.2] - \text{_____} \text{€}[3.1] ) + \text{_____} \text{€}[3.1]$

*EinnahmenGKV [3.1]*

\_\_\_\_\_ = AnteilGKV [3]

$0,44 \times ( \text{Einnahmengesamt [3.2]} - \text{EinnahmenGKV [3.1]} ) + \text{EinnahmenGKV [3.1]}$

<sup>2</sup> GKV-Einnahmen sind Einnahmen aus kassenärztlicher Tätigkeit. Bitte entnehmen Sie den Betrag für das Jahr 2021 Ihrer Einkommensteuererklärung bzw. der Steuererklärung Ihrer Praxis oder verwenden Sie im Ausnahmefall nach Nr. 3 Absatz 5 Satz 4 alternativ vorläufige oder geschätzte Werte des Jahres 2021 oder 2022 oder 2023 und geben Sie den Betrag ohne Nachkommastellen an.

<sup>3</sup> Gesamteinnahmen ist die Summe aus kassenärztlicher, privatärztlicher und sonstiger selbständiger ärztlicher Tätigkeit. Bitte entnehmen Sie den Betrag für das Jahr 2021 Ihrer Einkommensteuererklärung bzw. der Steuererklärung Ihrer Praxis oder verwenden Sie im Ausnahmefall nach Nr. 3 Absatz 5 Satz 4 alternativ vorläufige oder geschätzte Werte des Jahres 2021 oder 2022 oder 2023 und geben Sie den Betrag ohne Nachkommastellen an.

**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, in Höhe von \_\_\_\_\_ € [4]

**Berechnung der zusätzlichen Stromkosten**

Die zusätzlichen Stromkosten meiner/unserer Praxis bestimmen sich gemäß den vorstehenden Angaben. Bitte übertragen Sie den Wert[1] aus Position 1 (aktueller Stromverbrauch).

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

$$= \text{_____} \text{ €}$$

*(StromkostenQ[2] – Referenzpreis × StromverbrauchQ[1] – Erstattungen durch andere StellenQ[4])  
× AnteilGKV[3] × (1 – Eigenanteil) = zusätzliche StromkostenQ*

**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 Bayerns. Wir erheben die hier angegebenen Daten auf Grundlage des Artikels 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstaben c, e Datenschutz-Grundverordnung, i. V. m. den Beschlüssen des Bewertungsausschusses 640. Sitzung zur Aufnahme eines Anhang 7 EBM (befristete Abrechnung zusätzlicher Stromkosten) und 648. Sitzung.

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.kvb.de](http://www.kvb.de).

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

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Praxisinhaber bzw. vertretungsberechtigte Person



Praxisstempel

### **Einverständniserklärung**

Das Einverständnis darüber, dass die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns 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



Praxisstempel

Bitte geben Sie für Rückfragen Ihre Kontaktdaten an:

Telefonnummer:

\_\_\_\_\_

E-Mailadresse:

\_\_\_\_\_