

Mandanten-Newsletter Ärzte (I. Quartal 2016)

1. Honorarverhandlungen: Orientierungswert angehoben

Der zwischen KBV und GKV-Spitzenverband ausgehandelte Orientierungswert steigt ab 1. Januar 2016 um 1,6 Prozent auf 10,4361 Cent. Er beträgt bisher 10,2718 Cent. Dies bedeutet ein Honorarplus von bundesweit rund 550 Millionen Euro.

Weitere zusätzliche Gelder werden die Krankenkassen im laufenden Jahr bereitstellen, um den wachsenden Behandlungsbedarf aufgrund einer steigenden Morbidität und des zunehmenden Alters der Bevölkerung zu decken. Der Bewertungsausschuss beschloss für jeden KV-Bereich zwei regionale Veränderungsraten – für die Morbidität und für die Demografie. Danach muss die morbiditätsorientierte Leistungsmenge infolge einer wachsenden Krankheitslast im Bundesdurchschnitt um etwa 2,1 Prozent steigen. Die immer älter werdende Bevölkerung wirkt sich mit 0,2 Prozent aus. Dies bedeutet im Schnitt ein Honorarplus von rund 250 Millionen Euro bundesweit.

Über die die genaue Höhe des Betrages verhandeln die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen auf Landesebene.

2. BÄK: Sonderärztetag wegen GOÄ

Die Bundesärztekammer (BÄK) hat am 23. Januar 2016 einen außerordentlichen Deutschen Ärztetag abgehalten, auf dem die geplante Novelle der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) beraten wurde. Die Delegiertenversammlungen der Landesärztekammer Baden-Württemberg sowie die Brandenburgische Ärztekammer und die Ärztekammer Berlin hatten die Einberufung eines außerordentlichen Deutschen Ärztetages beantragt.

Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung zur Berücksichtigung bestimmter Voraussetzungen für die geplante GOÄ-Novelle auf.

Unter anderem geht es um das Gebührenverzeichnis der neuen GOÄ. Darin noch nicht abgebildete innovative Leistungen sollen wie bisher ohne Verzögerung durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte erbracht und analog mittels gleichwertiger vorhandener Gebührenpositionen abgerechnet werden können. Auch sollten abweichende Honorarvereinbarungen weiterhin möglich sein. Weitere Informationen finden Sie auf den Seiten der [Bundesärztekammer](#).

3. QM-Bericht: Zunahme von Qualitätszirkeln

Das praxisinterne Qualitätsmanagement befindet sich im Durchschnitt auf gutem Niveau. Auch werden hausärztliche Qualitätszirkel immer beliebter.

Etwa 70% der Befragten befanden sich 2014 in der kontinuierlichen Weiterentwicklungsphase, 20% in der Umsetzungs- und Überprüfungsphase und 10% in

der Planungsphase. 79% der Befragten erfüllten 2014 vollständig die Anforderungen der Qualitätsmanagement-Richtlinie, 21% hatten diese noch nicht erfüllt.

Für den Bericht wurden von den Kassenärztlichen Vereinigungen stichprobenartig mind. 2,5% (insgesamt 3.237) der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten zum Entwicklungsstand des praxisinternen QM befragt.

Deutliche Veränderungen zeigt die Statistik hinsichtlich der Teilnahme an Qualitätszirkeln. Hier haben im Berichtsjahr 2013 vor allem die Hausärzte aufgeholt. Ein Viertel aller Qualitätszirkel - absolut 2.172 - wurde von Hausärzten bestritten.

4. AMNOG: Arzneimittel ohne Mehrwert zu häufig verordnet?

Nur jeder zweite untersuchte neue Arzneimittelwirkstoff weist einen Zusatznutzen auf. Gleichzeitig fällt auf, dass Arzneimittel ohne Mehrwert beträchtliche Verordnungszuwächse haben. Dies ergab der AMNOG-Report der DAK-Gesundheit zur Arzneimittelbewertung. Nicht alle neuen Medikamente, die auf den Markt kommen, bedeuten insofern für den Patienten auch einen echten Fortschritt in der Therapie. Die Analyse berücksichtigte 58 Wirkstoffe in 64 Verfahren im Zeitraum bis 2013. Professor Wolfgang Greiner von der Universität Bielefeld hat für die DAK-Gesundheit die Wirkungen der Arzneimittelreform (AMNOG) untersucht. Nach dem Gesetz müssen neue Arzneimittel wissenschaftlich auf ihren Nutzen überprüft werden.

Das wichtigste Ziel der Reform war, dass Medikamente ohne Zusatznutzen deutlich weniger verordnet werden. Ein überraschendes Ergebnis des DAK-AMNOG-Reports ist jedoch: Auch wenn Arzneimitteln kein therapeutischer Fortschritt bescheinigt wird, werden sie häufig verordnet. Weitere Informationen zur DAK-Studie und den AMNOG-Report finden Sie im Internet unter folgendem Link: <http://www.dak.de/dak/bundes-themen/AMNOG-Report-1574854.html>.

5. E-Health-Gesetz: seit Januar in Kraft

Das Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (E-Health-Gesetz) ist in Kraft getreten. Es wurde vom Bundesrat in seiner Sitzung am 18. Dezember 2015 gebilligt, und führt elektronische Kommunikationsverfahren in die medizinische Versorgung ein. Ziel ist es, die Akteure im Gesundheitswesen besser miteinander zu vernetzen und Patientendaten schnell abrufbar zu machen. Damit sind auch in Notfällen sichere und effektive Behandlungen möglich. Das E-Health-Gesetz schreibt einen konkreten Fahrplan für die Einführung nutzbringender Anwendungen und einer sicheren digitalen Autobahn im Gesundheitswesen vor.

Auch ist in diesem Gesetz geregelt, dass Patienten, die gleichzeitig mindestens drei verordnete Arzneimittel anwenden, ab Oktober 2016 Anspruch auf Erstellung und Aushändigung eines Medikationsplans in Papierform durch einen an der vertragsärztlichen

Versorgung teilnehmenden Arzt haben. Den Plan hat der Arzt vorerst noch in Papierform und erst ab 2019 digital zu erstellen.

Die elektronische Gesundheitskarte (eGK) soll zunächst weiterhin nur administrative Daten des Versicherten enthalten. Notfalldaten (wie z.B. Allergien) können Versicherte auf der Gesundheitskarte speichern lassen, wenn sie dies wünschen. Neu im Vergleich zur Krankenversichertenkarte ist auch die Angabe zum Geschlecht. Damit sollen neben der Aufnahme des Lichtbildes zusätzlich Verwechslungen vermieden werden. Die Rückseite der elektronischen Gesundheitskarte kann für die "Europäische Krankenversicherungskarte" verwendet werden und macht eine unbürokratische Behandlung innerhalb Europas möglich.

6. Antikorruptionsgesetz: problematische Kooperationen

Das geplante „Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen“ nennt als neue Straftatbestände im Strafgesetzbuch „§ 299a Bestechlichkeit im Gesundheitswesen“ und „§ 299b Bestechung im Gesundheitswesen“.

Anhaltspunkte für unzulässige Kooperationen können sein, wenn beispielsweise ein Orthopäde seine Abgabe-, Verordnungs-, Zuweisungs- oder Bezugsentscheidung von der Vorteilszuwendung des mit ihm (vertraglich) kooperierenden Sanitätshauses abhängig macht und sich hierbei nicht von medizinischen Erwägungen und dem Patientenwohl leiten lässt. Weitere Anhaltspunkte wären laut einer Meldung vom Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie, wenn er Beteiligungen am Sanitätshaus hält oder wenn es sich bei seiner Bezugsentscheidung nicht um eine rein unternehmerische Entscheidung (zum Beispiel Erwerb von Medizinprodukten zur Ausstattung der Behandlungsräume) oder um branchenübliche Rabatte oder Skonti handelt.

Ärzte sollten daher bei Kooperationen darauf achten, dass jegliche Form einer verdeckten Zuwendung, einer unzulässigen Beeinflussung der ärztlichen Entscheidungsfreiheit sowie eine inhaltliche Verknüpfung von Vorteil und Gegenleistung, also eine sogenannte „Unrechtsvereinbarung“, vermieden werden. Unrechtsvereinbarung bedeutet dabei, dass der Vorteil nicht als Gegenleistung für eine angestrebte unlautere Bevorzugung im Wettbewerb oder für eine beabsichtigte Berufspflichtverletzung gefordert, versprochen oder angenommen werden darf. Bei Fragen zum neuen Gesetz kann Sie Ihr Rechtsanwalt beraten.

7. Gehaltsreport: was verdienen angestellte Ärzte?

Entsprechend dem aktuellen StepStone Gehaltsreport 2016 liegen angestellte Ärzte in Deutschland mit einem durchschnittlichen Jahresbruttogehalt (inklusive Boni, Provisionen, Prämien etc.) bei 64.110 Euro.

Große Gehaltsunterschiede gibt es in allen Berufsgruppen je nach Unternehmensgröße, Region wie auch Geschlecht. Dies wird im Folgenden am Beispiel eines durchschnittlichen Arztgehalts gezeigt:

Unternehmensgröße:

- ⇒ 1 - 500 Mitarbeiter: 58.321 Euro
- ⇒ 501 - 1.000 Mitarbeiter: 65.543 Euro
- ⇒ über 1.000 Mitarbeiter: 77.841 Euro

Region mit dem höchsten/niedrigsten durchschnittlichen Arztgehalt:

- ⇒ Rheinland-Pfalz: 69.540 Euro
- ⇒ Thüringen: 56.300 Euro

Geschlecht:

- ⇒ Männlich: 73.858 Euro
- ⇒ Weiblich: 56.143 Euro

Als **Maßstab für die Entlohnung** angestellter Ärzte in Arztpraxen kann auch der Tarifvertrag für kommunale Krankenhäuser dienen:

Entgeltgruppe	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6
I Assistenzarzt	4.111,59	4.344,65	4.511,10	4.799,63	5.143,66	5.285,15
	bei Einstellung	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	4 Jahre	5 Jahre
II Facharzt	5.426,63	5.881,63	6.281,15	6.514,20	6741,67	6.969,17
	bei Einstellung	3 Jahre	6 Jahre	8 Jahre	10 Jahre	12 Jahre
III Oberarzt	6.797,18	7.196,68	7.768,22			
	bei Einstellung	3 Jahre	6 Jahre			
IV Ltd. Oberarzt	7.995,68	8.567,24				
	Bei Einstellung	3 Jahre	7. Jahr			

Bei Fragen zur Entlohnung anzustellender Ärzte und MFA in Ihrer Praxis kann Sie Ihr steuerlicher/rechtlicher Berater unterstützen.

8. Telemedizin: erster Schritt

Ende letzten Jahres hat der Erweiterte Bewertungsausschuss nach langen Verhandlungen die Aufnahme einer ersten telemedizinischen Leistung in den EBM beschlossen. So kann lt. KBV die Kontrolle von Defibrillatoren und CRT-Systemen ab April 2016 abgerechnet werden. Darüber hinaus gibt es in der vertragsärztlichen Versorgung eine Vielzahl an regionalen telemedizinischen Modellprojekten.

Was bedeutet „Telemedizin“ eigentlich? Im weitesten Sinne wird darunter die Überwindung zeitlicher und/oder räumlicher Distanzen im Rahmen von medizinischen Sachverhalten verstanden. Das beinhaltet hauptsächlich die Messung, Erfassung und Übermittlung von Informationen oder die Anwendung medizinischer Verfahren mit Hilfe der Informations- und Kommunikationstechnik zwischen Ärzten, bzw. zwischen Ärzten und Patienten ggf. unter Einbindung von nichtärztlichem Fachpersonal. Eine Übersicht der Konzepte für die vertragsärztliche Versorgung finden Sie hier.

9. KZBV-Jahrbuch: Trend zu angestellten Zahnärzten

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) erfasst jährlich alle wichtigen Daten zur vertragszahnärztlichen Versorgung in Deutschland und wertet sie aus. Ergebnisse sind im aktuellen Jahrbuch 2015 veröffentlicht. Einer der über die Statistiken feststellbaren Trends ist die (durchschnittliche) Zunahme der angestellten Zahnärzte pro Praxis.

Beschäftigte im Durchschnitt	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Deutschland												
Angestellte Zahnärzte u. Assistenzzahnärzte	0,12	0,13	0,12	0,13	0,12	0,13	0,16	0,18	0,21	0,22	0,23	0,25
Zahntechniker	0,22	0,23	0,21	0,21	0,20	0,20	0,20	0,20	0,21	0,21	0,21	0,22
Zahnarzthelferinnen (inkl. ZMF, ZMP u. ZMV)	2,86	2,91	2,88	3,00	3,06	3,16	3,27	3,34	3,41	3,53	3,70	3,96
Auszubildende	0,78	0,81	0,76	0,74	0,69	0,65	0,64	0,62	0,60	0,61	0,61	0,62
Sonstiges Personal	0,87	0,88	0,88	0,85	0,85	0,88	0,86	0,83	0,84	0,85	0,74	0,78
Unentgeltlich tätige Familienangehörige	0,13	0,13	0,13	0,12	0,13	0,12	0,12	0,11	0,11	0,10	0,07	0,08
Beschäftigte insg.	4,98	5,09	4,98	5,05	5,05	5,14	5,25	5,28	5,38	5,52	5,56	5,91

Grundlagen: Jährliche Kostenstrukturerhebungen der KZBV Tab. 5.42

Weitere Informationen zum neuen Jahrbuch finden Sie unter folgendem Link:
<http://www.kzbv.de/jahrbuch-2015.768.de.html>

10. Hygieneplan der Bundeszahnärztekammer

Gemeinsam mit dem [Deutschen Arbeitskreis für Hygiene in der Zahnmedizin \(DAHZ\)](#) stellt die Bundeszahnärztekammer einen Hygieneplan zur Verfügung, der die Empfehlungen des Robert Koch-Institutes beinhaltet.

Der Hygieneplan ist ein Musterplan, der an die konkreten Verhältnisse in der jeweiligen Praxis individuell angepasst werden muss. Um dies zu erleichtern, wird der Hygieneplan als PDF-Formular angeboten, das am PC ausgefüllt und dann mit den Praxisdaten abgespeichert oder ausgedruckt werden kann.

Neu ist in der aktuellen Version die Unterteilung in maschinelle und manuelle Verfahren. Auf diese Weise wird die Übersichtlichkeit erhöht, denn der Praxisinhaber kann nicht relevante Formulare auslassen.

Unterlagen dazu finden Sie unter folgendem Link: <http://www.bzaek.de/fuer-zahnaerzte/hygiene.html>

11. Ärztemonitor 2016: neue Befragungsrunde

Die KBV hat in Kooperation mit dem NAV-Virchowbund im Februar beim Ärztemonitor 2016 eine neue Umfragerunde gestartet. „Welche Einstellung haben ambulant tätige Ärzte und Psychotherapeuten gegenüber ihrem Beruf? Wie zufrieden sind sie mit ihrem Einkommen? Wie viel Zeit kostet Bürokratie?“ Neben diesen Fragen geht es in diesem Jahr erstmals auch um Telemedizin und Termin-Servicestellen. Über 10.000 per Zufallsverfahren ausgesuchte ambulant tätige Ärzte und Psychotherapeuten wird das Institut für angewandte Sozialwissenschaft (infas) telefonisch zu ihrer Arbeitssituation befragen. Das Ziel ist, ein aktualisiertes Bild über die reale Situation der Niedergelassenen in Deutschland zu erhalten. Die ersten beiden Befragungen fanden 2012 und 2014 statt. Die letztjährige Auswertung bzw. Ergebnisse finden Sie [hier](#).

12. Medikationsfehler: Meldung erwünscht

Ärzte sollen künftig nicht nur unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) an die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft melden, sondern auch Fehler, die im Medikationsprozess unterlaufen sind und die zu einem Schaden geführt haben oder hätten führen können. Das Ziel ist, aus Irrtümern zu lernen und Risiken zu mindern. Weitere Informationen bzw. den Meldebogen finden Sie unter folgendem Link: <http://www.akdae.de/Arzneimittelsicherheit/Medikationsfehler/>

13. Hausärzterverband: Patientensteuerung (HzV) ist Erfolgsmodell

In Deutschland haben sich lt. dem Deutschen Hausärzterverband (DHAEV) aktuell knapp vier Millionen Versicherte und über 16.500 Hausärzte in die HzV-Vollversorgungsverträge eingeschrieben. Die Teilnahme ist sowohl für die Versicherten, als auch für die Hausärzte freiwillig. Eine Evaluation der Hausarztverträge in Baden-Württemberg durch die

Universitäten Frankfurt a. M. und Heidelberg hat gezeigt, dass dadurch Krankenhauseinweisungen reduziert werden, die Zahl doppelter Facharztbesuche gesenkt wird und sich die Patienten besser versorgt fühlen.

„Wir könnten in Deutschland dieses nachweislich gut funktionierende Versorgungsmodell deutlich schneller umsetzen, wenn wir nicht ständig gegen die Widerstände einiger Krankenkassen sowie vieler Kassenärztlicher Vereinigungen ankämpfen müssten“, so DHAEV-Vorstand Dr. Weigeldt.

Zu den Vorbehalten der Ärzteschaft gegenüber HzV-Verträgen, wie z.B. die mangelnde finanzielle Attraktivität der Verträge oder die Aufwendigkeit der Abrechnung hat der DHAEV eine Übersicht mit Hintergrundinformationen erstellt.

14. Praxisorganisation: mangelnde Diskretion

Sind Praxisangestellte beim Umgang mit Patientendaten zu lax? Obwohl es an Regeln zur Geheimhaltung von Patientengeheimnissen nicht mangelt, stellte die Stiftung Warentest bei einer Stichprobe in 15 von 30 Arztpraxen Lücken im Datenschutz fest – teils leichte, teils sogar gravierende. Bei Anrufen gaben Mitarbeiter medizinische Daten von anderen Patienten preis, Praxismitarbeiter sprachen vor Dritten über Patienten und deren Krankheiten und Arztpraxen versandten sensible Daten per E-Mail.

In drei von zehn besuchten Praxen konnten die Wartenden Intimes mithören. Einmal ging es zum Beispiel um eine Schuppenflechte inklusive Behandlung, einmal um eine Frau, die schnell einen Platz im Pflegeheim brauchte. Am Telefon gaben acht der zehn Praxen Anrufern, die sich vorgeblich im Auftrag von Patienten meldeten, freimütig Auskunft, zum Beispiel über Laborwerte oder verordnete Arzneien. Nach E-Mail-Anfragen verschickten vier von zehn Praxen sensible Daten unverschlüsselt per E-Mail, zum Beispiel ein komplettes Laborblatt als Screenshot. Der ausführliche Test ist abrufbar unter www.test.de/arztbesuch. Einen „Praxischeck“ Informationssicherheit (Video) finden Sie auf der Homepage der KBV unter <http://www.kbv.de/html/6485.php>.

15. Praxisaufkauf durch KVen: Nachfolge frühzeitig planen

Welche Arztpraxis ist nicht notwendig, welche versorgungsrelevant? Die im Versorgungsstärkungsgesetz (VSG) formulierten Regelungen zum Praxisverkauf sorgen für Verunsicherung unter den Ärzten. „Kein Angebot, das wirklich nötig ist, wird gestrichen, sondern vor Ort wird entschieden“ so Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe in einer Rede zum Versorgungsstärkungsgesetz. Mittlerweile sind zunehmende Anfragen besorgter Praxisinhaber bei den KVen zu registrieren. Verständlich, denn häufig ist der Veräußerungserlös aus der Praxisabgabe als wichtige Säule der Altersvorsorge eingeplant. Frühzeitig vor einer Veräußerung stellt sich so die Frage, wie ein Aufkauf durch die KV vermieden werden kann. Zur Frage, welche Alternative (Kooperations-/Anstellungsmodell) im individuellen Fall geeignet ist und wie die Versorgungssituation in Ihrem

Planungsbereich ist, kann Sie Ihr Steuerberater/Rechtsanwalt beraten. Ebenso zur Liquiditätsplanung für die Phase des Ruhestands.

16. IgeL: Zunahme trotz Skepsis

Immer mehr Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) werden von Kassenpatienten in Anspruch genommen. Diese sind oft teuer, aber sind sie auch nützlich? Eine aktuelle Forsa-Umfrage bei Patienten im Auftrag des Wissenschaftlichen Instituts für Qualität und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG) der Techniker Krankenkasse hat die Selbstzahlerleistungen unter die Lupe genommen.

Danach meinen 38% der gesetzlich Versicherten, die IGeL-Leistungen seien eher nicht nützlich. Dass sie auf keinen Fall nutzbringend seien, sagen weitere 15%. Damit hat gut die Hälfte der Versicherten (53%) Zweifel am Nutzen der Selbstzahlerleistungen.

Trotz anfänglicher Bedenken lässt sich ein Drittel der zweifelnden Patienten (33%) vom Arzt überzeugen und unterzieht sich der vorgeschlagenen Diagnostik oder Therapie. Die drei Hauptgründe dafür: Vertrauen in die ärztliche Kompetenz, die Meinung, eine Diagnostik oder Therapie mehr könne nicht schaden, und die Angst, sich falsch zu entscheiden.

Die Studienautoren verweisen auch auf den Igel-Monitor unter igel-monitor.de. Dieser habe mittlerweile rund 30 Leistungen auf wissenschaftlicher Basis in Hinblick auf Nutzen und Schaden unter die Lupe genommen. Keines der untersuchten Angebote sei positiv bewertet worden. Vielmehr seien vier Selbstzahler-Leistungen als "tendenziell positiv" eingestuft, 14 als "tendenziell negativ", drei als "negativ" und 13 als "unklar". Der Monitor wird von den Krankenkassen finanziert. Wenn Sie Unterstützung z.B. bei der Kostenkalkulation für ein IGeL-Angebot benötigen, kann Sie Ihr Steuerberater unterstützen.

17. Gesundheitskarte: auch für Asylbewerber

Die elektronische Gesundheitskarte (eGK) für Asylbewerber soll die medizinische Versorgung vereinfachen und die Kommunen entlasten. Doch viele Kommunen halten sich mit der Einführung bisher zurück. Immerhin wird sie seit Januar 2016 bundesweit in zahlreichen Regionen eingeführt. Detaillierte Informationen, z.B. zur besonderen Kennzeichnung und zum eingeschränkten Leistungsanspruch, finden Sie auf den [Seiten der KBV](#).

18. Rechtsprechung: Approbationswiderruf nach Falschabrechnung

Eine falsche (überhöhte) Abrechnung von Leistungen gegenüber Patienten bzw. Krankenkassen über einen längeren Zeitraum hat lt. Beschluss des Oberverwaltungsgerichts (OVG) Lüneburg in der Regel den Approbationsverlust zur Folge. Insbesondere wenn dies in einer Vielzahl von Einzelfällen bzw. mit hohem Schadensbetrag

erfolgt ist. Im vorliegenden Streitfall betraf die Falschabrechnung einen Zeitraum von fünf Jahren und eine Schadenssumme von mehr als 100.000 €.

19. Rechtsprechung: Fahrtkosten zur Praxis bei „Umwegen“

Die für den Betriebsausgabenabzug relevante Entfernungspauschale bei sog. Dreiecksfahrten wurde höchstrichterlich bestätigt. Bei Dreiecksfahrten handelt es sich z.B. um Fahrten zwischen Wohnung und Arztpraxis, bei denen eine Einzelfahrt am Tag durch einen Patientenbesuch unterbrochen wird (entweder Wohnung-Patient-Praxis-Wohnung oder Wohnung-Praxis-Patient-Wohnung).

Der Bundesfinanzhof erklärte, dass bei Umwegfahrten nur die Aufwendungen für die zusätzlich gefahrene Strecke nach Reisekostengrundsätzen anzuerkennen sind.

Der vom Kläger begehrte volle Betriebsausgabenabzug für die Dreiecksfahrten sei nicht zulässig, denn durch die Entfernungspauschale seien sämtliche Aufwendungen abgegolten, die durch die Wege zwischen Wohnung und regelmäßiger Betriebsstätte veranlasst sind. Ungeachtet der Unterbrechungen handele es sich insgesamt um Fahrten zwischen Wohnung und Betriebsstätte, weil sich der jeweilige Zielort nicht ändere.

Zu speziellen Fragen der Fahrtkostenberechnung, Führung eines Fahrtenbuches etc. kann Sie Ihr Steuerberater beraten.

20. Patientenunterlagen: Aufbewahrungsfristen

Die gesetzlichen Regelungen sehen eine Verpflichtung des Arztes vor, Patientenakten grds. für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach anderen Vorschriften andere Aufbewahrungsfristen gelten. Bei einer in 2015 erfolgten Behandlung kann in der Regel die Dokumentation nach Ablauf des Jahres 2025 entsorgt werden.

Die Praxisaufgabe ändert daran nichts. Auch nach Aufgabe der Praxis hat der Arzt seine ärztlichen Aufzeichnungen und Untersuchungsbefunde aufzubewahren oder dafür Sorge zu tragen, dass sie in gehörige Obhut gegeben werden. Der Arzt, dem bei einer Praxisaufgabe oder Praxisübergabe ärztliche Aufzeichnungen über Patienten in Obhut gegeben werden, muss diese Aufzeichnungen unter Verschluss halten und darf sie nur mit Einwilligung des Patienten einsehen oder weitergeben.

Auch nach Aufgabe der Praxistätigkeit bestehen Pflichten zur Auskunftserteilung aus den Patientenunterlagen. Das bedeutet, der Arzt muss gewährleisten, dass nach Praxisbeendigung die Krankenunterlagen unter Wahrung der Schweigepflicht angemessen aufbewahrt werden und dem Einsichts- und Auskunftsrecht des Patienten genüge getan werden kann. Es ist daher empfehlenswert, sich bereits frühzeitig darüber Gedanken zu machen, wie nach Praxisbeendigung die Verwahrung der Patientenunterlagen erfolgen kann.

Für bestimmte Unterlagen gelten auch andere Fristen, so z.B. für eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung. Einen Überblick hierzu finden Sie z.B. unter dem folgenden Link: <http://www.kvhb.de/aufbewahrungsfristen>