

## MFA-Besuch fällt nicht ins Zeitbudget

Nr. 38100 EBM steht für das Aufsuchen eines Patienten durch einen vom behandelnden Arzt beauftragten angestellten Mitarbeiter der Praxis (z.B. MFA), um medizinisch notwendige delegierbare Leistungen zu verrichten. Dies wird je Sitzung extrabudgetär mit 8,10 Euro vergütet. Den Mitbesuch kann man nach Nr. 38105 EBM (4,16 Euro) berechnen. Hat die Medizinische Fachangestellte (MFA) eine Weiterbildung zur VERAH durchlaufen, sollten Praxisinhaber überlegen, ob sie das nicht auch in eine NäPA-Anerkennung erweitern können.

**Z** Für eine NäPA darf man bei KV-Patienten neben der Nr. 38100 EBM auch den Zuschlag Nr. 38200 EBM berechnen. Das Honorar für den Hausbesuch durch die MFA erhöht sich dann um 9,59 Euro auf 17,69 Euro. Berücksichtigt man, dass der ärztliche Besuch mit 22,59 Euro bewertet ist und die Zeitvorgabe dort 20 Minuten beträgt, lohnt sich eine solche Maßnahme nicht nur aus medizinischen Gründen, denn die MFA-Besuche nach Nr. 38100/38200 EBM haben keine Zeitvorgabe. Noch interessanter ist die Vergütung des Mitbesuchs durch die MFA. Hier kann man die Nr. 38105 mit der 38205 EBM



kombinieren. Damit erhöht sich dort das Honorar um 8,84 Euro auf 13 Euro. Der ärztliche Hausbesuch nach Nr. 01413 EBM hingegen ist aktuell mit 11,25 Euro bewertet. Es gibt allerdings auch einen „Wermutstropfen“: Hausärzte dürfen die Zuschläge nach den Nrn. 38200 und 38205 EBM nur im Pflegeheim berechnen!

## GOÄ: Wann welcher Multiplikator?

Eine Patientenberatung enthält viele zusätzliche Aspekte und Beschwerden, auf die man eingehen muss. Zieht sich die Beratung dadurch nicht nur zeitlich in die Länge, sondern nimmt die Beratungs- und Behandlungskomplexität zu, gibt es dafür einen Ausgleich beim Honorar. Nach Paragraph 5 GOÄ können

- ärztliche Leistungen mit dem 1,0- bis 3,5-fachen Satz,
- technische Leistungen mit dem 1,0- bis 2,5-fachen Satz,
- Laborleistungen mit dem 1,0- bis 1,3-fachen Satz berechnet werden.

Die oft als „Mittel- oder Schwellenwert“ bezeichneten Faktoren 2,3 bis 1,8 oder 1,15 können also durchaus überschritten werden. Dafür muss man in der Rechnung nur eine auf den Einzelfall bezogene Begründung angeben. Kriterien sind die Schwierigkeit, der Zeitaufwand oder die Umstände bei der Ausführung. Nur diese drei Kriterien entscheiden über einen höheren Faktor. Andere Faktoren wie eine spezielle Qualifikation oder besonders aufwändige Geräte spielen hingegen bei der Leistungsbeurteilung keine Rolle.

**Z** Möglich ist selbstverständlich auch eine abgestufte Vorgehensweise. Eine nur mittelgradig erhöhte Schwierigkeit kann zu einem 2,8-fachen oder 3,1-fachen Satz führen. Begründungen für eine Höherbewertung sind jedoch öfter möglich als vermutet. Einen größeren Zeitaufwand kann man etwa geltend machen, wenn die Leistung nach Nr. 3 GOÄ mit einer Mindestdauer von zehn Minuten doppelt so viel Zeit in Anspruch nimmt. Die medizinische Schwierigkeit wiederum kann durch die Begleiterkrankungen des Patienten begründet sein. Besondere Umstände bei der Ausführung liegen vor, wenn ein Patient wegen körperlicher Defizite (Adipositas, Arthrose) nur in geringem Maße bei der Untersuchung mitwirken kann. In der Liquidation reichen Stichworte, ausschweifende Texte sind unnötig. Auch sollte man zu viele Ausdrücke aus der medizinischen Terminologie vermeiden, um den Patienten nicht zu verunsichern.

