

## Rechtsreport

## Behandlungsmöglichkeiten der Nikotinsucht sind beschränkt

Gesetzlich krankenversicherte Patienten haben keinen Anspruch auf Versorgung mit Arzneimitteln zur Raucherentwöhnung. Der Ausschluss dieser Präparate aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist verfassungsgemäß. Das hat das Bundessozialgericht (BSG) entschieden. Im vorliegenden Fall hatte eine Raucherin, die an arterieller Hypertonie und einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung litt, bei ihrer Krankenkasse eine Raucherentwöhnungstherapie nach § 27 und § 43 SGB V sowie die Behandlung mit Medikamenten zur Raucherentwöhnung beantragt. Die Krankenkasse bewilligte eine Patientenschulung. Eine weitergehende Versorgung insbesondere mit einem Nikotinersatzpräparat lehnte sie ab. Dagegen klagte die Frau.

Bereits das Landessozialgericht vertrat die Auffassung, dass die Raucherin

nach der Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses keinen Anspruch auf Verhaltenstherapie zur Raucherentwöhnung habe. Das BSG wies die Revision der Klägerin zurück. Diese habe weder einen Anspruch auf Versorgung mit Arzneimitteln zur Raucherentwöhnung noch auf Erstattung der dafür in der Vergangenheit angefallenen Kosten. Diese Präparate gehörten zu Recht nicht zum Leistungskatalog der GKV. Der Gesetzgeber rechne gesundheitsschädliches Verhalten wie das Rauchen der privaten Lebensführung zu. Er stuft Rauchen nicht per se als Krankheit ein, sondern als ein Verhalten, das Sucht und Erkrankungen hervorruft, deren Entstehung begünstigen und Krankheiten verschlimmern könne. Das Gesetz schließt nach Auffassung des BSG aber nicht alle Maßnahmen zur Raucherentwöhnung aus. Teil des Leistungskata-

logs der GKV seien insbesondere Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens als Teil der Prävention. Der Erstattungs-ausschluss von Arzneimitteln zur Raucherentwöhnung sei auch nach der entsprechenden S3-Leitlinie vertretbar. Zwar empfehle diese verschiedene Behandlungsansätze unter Einschluss einer Nikotinersatztherapie. Stellenwert und Nutzen der pharmakologischen Therapie seien jedoch im Vergleich zu anderen Ansätzen weiterhin wissenschaftlich umstritten. Die gesetzlichen Krankenkassen seien nicht von Verfassungs wegen gehalten, alles zu leisten, was an Mitteln zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit verfügbar sei. Dies sei auch unter dem Gesichtspunkt der Finanzierbarkeit des Systems gerechtfertigt.

BSG, Urteil vom 28. Mai 2019, Az.: B 1 KR 25/18 R  
RAin Barbara Berner

## GOÄ-Ratgeber

## Infusionen im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose

Nach der erweiterten Leistungslegende der Nr. 273 GOÄ sind intravenöse Infusionen bis zu 30 Minuten Dauer nach Nr. 271, intravenöse Infusionen von mehr als 30 Minuten Dauer nach Nr. 272 und intravenöse Infusionen, ggf. mittels Nabelvenenkatheter oder in die Kopfvene, bei einem Kind bis zum vollendeten 4. Lebensjahr nach Nr. 273 GOÄ im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose nicht berechnungsfähig für die Einbringung von Anästhetika, Anästhesieadjuvantien und Anästhesieantidot. Es wird in der erweiterten Leistungslegende somit klar benannt, welche Infusionen nicht berechnet werden dürfen. Dass Infusionen, die anderen Zwecken dienen, abgerechnet werden dürfen, ergibt sich auch aus dem nächsten Satz der erweiterten Leistungslegende der Nr. 273.

Hier heißt es: „Werden die Leistungen nach den Nummern 271, 272 oder 273 GOÄ im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose berechnet, ist das Medikament in der Rechnung anzugeben.“

Es ist somit GOÄ-konform, Infusionen auch neben einer Anästhesieleistung zu berechnen, die zum Beispiel zur Behebung von Komplikationen und/oder Begleiterkrankungen gegeben werden. Perioperativ können zum Beispiel Störungen des Herz-Kreislauf-Systems eintreten. Die in diesem Zusammenhang verabreichten Infusionen sind gesondert berechenbar. Die zum Ausgleich von Flüssigkeitsverlusten (zum Beispiel durch die präoperative Nahrungskarenz und/oder prä- oder intraoperative Blutverluste, Operationen bei geöffnetem Bauchraum, Fieber) verab-

reichten Infusionen sind gesondert neben einer Anästhesieleistung abzurechnen. Die Infusion ist in der Rechnung zu benennen.

Bei Abrechnung von Infusionen sind jedoch die Allgemeinen Bestimmungen des Kapitels C II. „Blutentnahmen, Injektionen, Infiltrationen, Infusionen, Transfusionen, Implantation, Abstrichentnahmen“ zu beachten. Die Nummern 271 und 272 GOÄ sind jeweils je Behandlungstag nur zweimal berechnungsfähig, wenn sie über verschiedene Gefäßzugänge verabreicht wurden und zeitlich voneinander getrennt erbracht wurden.

Zur Berechnungsfähigkeit der Einbringung von Arzneimitteln in einen parenteralen Katheter im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose erscheint zeitnah ein weiterer GOÄ-Ratgeber. Dr. med. Beate Heck