

# Tabakkonsum und ICD-10-Klassifizierung – Codes F17.1 und F17.2

Das Bundesamt für Statistik (BFS) veröffentlichte im Kodierungsbulletin CodeInfo 2/05 (Nummer 18) eine Kodierungsrichtlinie, gemäss der ab dem 1. Januar 2007 zur Beschreibung des chronischen Tabakkonsums ausschliesslich der ICD-10-Code F17.1 «Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak, schädlicher Gebrauch» verwendet werden darf. Der Code F17.2 «Störungen durch Tabak, Abhängigkeitssyndrom» sei nicht mehr zu verwenden. Begründet wurde diese Änderung damit, dass es keine Nikotinabhängigkeit gebe. Diese Richtlinie sowie die Überlegungen dahinter lösten heftige Proteste seitens der FMH und verschiedener Exponenten im Bereich Tabakprävention aus (siehe Editorial SÄZ 21/2006).

Das Bundesamt für Statistik bedauerte diese Reaktion und äusserte die Auffassung, dass eine bessere Kommunikation innerhalb der in der Schweizerischen Expertengruppe für Klassifikation im Gesundheitswesen vertretenen Organisationen diese umstrittene Veröffentlichung zweifellos verhindert hätte. Die FMH hatte ferner angemerkt, dass die im Text des Kodierungsbulletins statuierte Verknüpfung zwischen der Diagnose eines Abhängigkeitssyndroms und der psychiatrischen Spezialisierung nicht zutrifft. Selbstverständlich kann die Diagnose eines Abhängigkeitssyndroms bei Tabak oder anderen Suchtmitteln von jedem FMH-Arzt gestellt werden.

Im Rahmen eines Gesprächs mit einigen Präventionsfachleuten im BFS konnten folgende Punkte geklärt werden:

- Die Beziehung zwischen dem Tabakkonsum und dem Abhängigkeitssyndrom ist klar nachgewiesen. Die ICD-10-Klassifizierung weist zwar einige Mängel auf, bietet jedoch zahlreiche Vorteile und stellt ein bemerkenswertes Instrument für die Kodierung von Diagnosen im Rahmen der medizinischen Statistik der Spitäler dar. In der Schweiz wird diese nicht nur zu epidemiologischen Zwecken verwendet, sondern auch als Arbeitsgrundlage der AP-DRG, die die Höhe der Vergütungen für die entsprechenden Spitalaufenthalte fest-

legen, sowie im Rahmen der Überlegungen rund um den Risikoausgleich. Die ICD-10-Klassifizierung diene zur Festlegung der AP-DRG-Position, wo diese benützt wird, und *wird vor allem auch verwendet werden, um die SwissDRG-Position zu definieren*, die erstere ersetzen soll.

- Gemäss diesen Algorithmen kann mit dem Code F17.2 eine Komorbidität oder gewichtige klinische Komplikation abgedeckt werden. Folglich erlaubt die Verwendung des Codes F17.2 im Gegensatz zum Code F17.1 die Berücksichtigung der Komplikationen einer Tabakabhängigkeit, die zu einem Anstieg der realen Spitalkosten führen können. Dies ist um so wichtiger, als der Tabakkonsum im allgemeinen keine zusätzlichen Spitalleistungen auslöst. Diese Kodierungsposition behält folglich ihre volle Gültigkeit sowohl in statistischer als auch in klinischer Hinsicht. Ferner können die in den USA entwickelten Algorithmen des AP-DRG-Groupers aus rechtlichen Gründen nicht geändert werden.
- Die neue Richtlinie wurde erarbeitet, nachdem grosse Unterschiede in der Häufigkeit der Verwendung des Codes F17.2 festgestellt worden waren. Da es unmöglich ist, einfache und zuverlässige Kriterien zu definieren, um festzustellen, ob der Code F17.1 oder F17.2 verwendet werden muss, haben die BFS-Instanzen einseitig entschieden, dass für die Beschreibung des Tabakkonsums ausschliesslich der Code F17.1 zu verwenden sei. Die FMH betont jedoch, dass einerseits die epidemiologischen Erhebungen nicht vernachlässigt werden dürfen, andererseits bedacht werden muss, dass in wenigen Jahren die auf unser Land adaptierten SwissDRG in Kraft treten werden. Die alleinige Verwendung von F17.1 kann daher von der FMH nicht akzeptiert werden.

Das BFS liess verlauten, es bleibe bei seiner Entscheidung, die Kodifizierung zu ändern. Die FMH bedauert dies und kann diese Entscheidung nicht unterstützen. Dies ändert sich auch nicht,

wenn das BFS die Bezeichnung von Code F17.1 ändert, damit die Kodierung nicht den Eindruck erweckt, der Tabakkonsum führe zu keinerlei Abhängigkeitssyndrom. Der Code würde den schädlichen Gebrauch von Tabak und das daraus resultierende Abhängigkeitssyndrom beschreiben. Die FMH bezweifelt die Behauptung des BFS, die epidemiologische Verwendung der Daten sei nicht gefährdet und es sei weiterhin möglich, die durch die Hospitalisierung abhängiger rauchender Patienten verursachten Zusatzkosten festzustellen und geltend zu machen. Laut dem Bundesamt wird die korrekte Kodierung akuter Vergiftungen durch Tabakprodukte zu einem späteren Zeitpunkt mitgeteilt.

Die FMH verlangt deshalb vom BFS, dass es in seiner nächsten CodeInfo-Ausgabe einerseits die Diagnostik der Tabakabhängigkeit durch alle Ärztinnen und Ärzte akzeptiert, andererseits eine Formulierung erarbeitet, die das Aufrechterhalten von F17.1 und F17.2 beinhaltet und zusätzlich eine Differenzierung erlaubt.

*Dr. med. Jacques de Haller, Präsident*

*Dr. med. René Raggenbass,  
Verantwortlicher Ressort Gesundheit  
und Prävention*

*Dr. med. Ursula Steiner-König,  
Beauftragte Tabakprävention*