

Medizinische Kodierer

Einige Fragen aus der Prüfung 2018

Fach 2: Gesundheitswesen

Instruktionen zu MC-Standardfragetypen

Typ A Einfachauswahl

Bezeichnen Sie **nur eine Wahlantwort** durch Umkreisen des betreffenden Buchstabens:

- bei positiver Formulierung die **einzig richtige** respektive die **am meisten zutreffende Antwort**,
- bei negativer Formulierung die **einzigste Ausnahme**, die **einzigste falsche Antwort**, resp. die Antwort mit dem **am wenigsten zutreffenden** Inhalt. (Die Negation ist fett gedruckt.)

Typ Kprim Vierfache Entscheidung richtig / falsch

Auf eine Frage oder unvollständige Aussage folgen **vier** Antworten oder Ergänzungen. Beurteilen Sie bei jeder davon, ob sie **richtig** oder **falsch** ist, und bezeichnen Sie sie entsprechend mit (+) oder (-).

Unabhängig davon, ob die Frage grammatikalisch im Singular oder Plural formuliert ist, können 1, 2, 3, 4 oder auch gar keine der Antworten richtig sein.

Die korrekte Beurteilung aller 4 Antworten oder Ergänzungen wird mit einem ganzen Punkt honoriert. 3 richtige Beurteilungen erhalten einen halben Punkt.

1. Welche Aussage zur Analogiekodierung ist richtig?
 - A) Analogiekodierungen werden vom Bundesamt für Statistik bearbeitet und zum Jahreswechsel publiziert
 - B) Analogiekodierungen sind bis zum Zeitpunkt der Etablierung differenzierter Kodes einheitlich anzuwenden
 - C) Analogiekodierungen werden in der CHOP Klassifikation mit einem Stern gekennzeichnet
 - D) Analogiekodierungen werden in der Kodierrevision nur bewertet, wenn sie einen Einfluss auf das Kostengewicht haben.

2. Ein 8 Jähriges Kind tritt in der Notfallstation von Spital A in Begleitung seiner Eltern um 22 00 Uhr ein. Es wird bei der Untersuchung ein fieberhafter Infekt festgestellt. Da alle stationären Betten im Spital A belegt sind, wird das Kind von der Notfallabteilung in Begleitung der Eltern um 2.00 Uhr in das Spital B zur stationären Behandlung überwiesen. Wie wird dieser Fall abgerechnet?
Welche Aussage ist korrekt?
 - A) Der Fall wird stationär abgerechnet, da das Kind in ein anderes Spital verlegt wurde.
 - B) Der Fall wird stationär abgerechnet, weil der Mitternachtszensus gilt.
 - C) Der Fall würde stationär abgerechnet, wenn die Verlegung mit der Ambulanz durchgeführt worden wäre.
 - D) Der Fall wird stationär abgerechnet und ein Verlegungsabschlag berücksichtigt.

3. Grundsätzlich wird im Swiss DRG System jeder Wiedereintritt als neuer Fall betrachtet.
Bei welcher der untenstehenden Konstellationen wird in jedem Fall eine Fallzusammenführung durchgeführt?
- A) Austritt nach Hause am 25. Dezember 2017 von Spital A und Eintritt am 3. Januar 2018 im Spital A in der gleichen MDC
 - B) Austritt nach Hause am 5. Januar 2018 von Spital A und Eintritt am 15. Januar 2018 im Spital B in der gleichen MDC
 - C) Verlegung am 10. Januar 2018 von Spital A nach Spital B und Rückverlegung von Spital B in das Spital A am 20. Januar 2018 in der gleichen MDC
 - D) Austritt nach Hause am 10. Januar 2018 von Spital A, danach 3 Tage stationärer Aufenthalt im Spital B und dann Eintritt am 26. Januar 2018 in das Spital A in der gleichen MDC
4. Seit dem 1. Januar 2018 gelten in psychiatrischen Spitälern oder psychiatrischen Abteilungen die Abrechnungsregeln nach dem System Tarpsy.
Welche Aussagen sind im Vergleich zu dem System Swiss DRG korrekt:
- A) Verlegungsabschlüsse werden analog den Regelungen nach SwissDRG für Wiederaufnahme oder Rückverlegung umgesetzt
 - B) Fallzusammenführungen werden gemäss den Regelungen nach SwissDRG für Wiederaufnahme oder Rückverlegung umgesetzt
 - C) Die Berechnung der Anzahl Pflgetage erfolgt gemäss der Berechnung der Aufenthaltsdauer des BFS
 - D) Zusätzlich zu einer Tarpsy Pauschale dürfen Zusatzentgelte entsprechend des SwissDRG-Fallpauschalenkataloges abgerechnet werden

5. Was ist bei der Kodierung von Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen (Komplikationen) zu beachten?
Welche Aussage ist korrekt?
- A) Die Kodes T80-T88 (Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung) sind den Organkapiteln vorzuziehen
 - B) Um zu dokumentieren, dass es sich um eine Erkrankung bzw. Störung nach medizinischen Massnahmen handelt, kann zusätzlich ein Kode aus Kapitel XX (Y57! – Y84!) angegeben werden
 - C) Komplikationen werden auch kodiert, wenn sie als solche nicht vom Arzt beschrieben sind
 - D) Komplikationen können auch unspezifisch verschlüsselt werden, wenn sie in den Organkapiteln abgebildet werden können
6. Im Psychiatrie Zusatzdatensatz (MP) werden wichtige, aber auch sehr sensible Zusatzdaten über die Patienten und die Hospitalisierung erhoben. Dazu gehört auch die folgende Information:
- A) Anzahl Gefängnisaufenthalte
 - B) Vorstationäre Teilnahme an einem Methadonprogramm
 - C) Letzte bekannte Wohnverhältnisse (Haushaltsgrösse)
 - D) Höchste abgeschlossene Schulbildung
7. Im Psychiatrie Zusatzdatensatz in der medizinischen Statistik der Krankenhäuser wird ab den Daten 2018 eine neue Variable erhoben. Was wird darin angegeben?
- A) Zivilstand
 - B) Behandlungsbereich
 - C) HoNOS/CA Werte
 - D) Freiwilligkeit bei fürsorgerischem Freiheitsentzug

8. In der Verordnung über die Krankenversicherung KW gibt es Bestimmungen für die Daten der Leistungserbringer. So wird etwa definiert, welche Daten gemäss Artikel 59a (KVG), soweit diese für die Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und der Qualität ihrer Leistungen nach dem KVG erforderlich sind, erhoben werden müssen. Dazu gehören auch folgende Patientendaten:
- A) Kostendaten für stationäre Leistungen
 - B) Angaben zu Beschäftigungsvolumen und Funktion
 - C) Ambulanter Patientenkontakt, Ein- und Austritte, Pflage tage und Bettenbelegung
 - D) Name des verantwortlichen, behandelnden Arztes
9. SwissDRG ist ein Patientenklassifikationssystem.
Was ist für die Gruppierung zu einer abrechenbaren DRG zwingend notwendig?
- A) Nebendiagnosen
 - B) Hauptdiagnosen
 - C) CHOP
 - D) Aufenthalt nach Austritt
10. Welche der nachfolgenden Aussagen zur Fallzusammenführung ist korrekt?
- A) Für die Fallzusammenführung ist die MDC des Fallpauschalenkataloges massgebend
 - B) Fälle mit Ausnahme von Wiederaufnahme sind ausgeschlossen von der Fallzusammenführung
 - C) Es erfolgt keine jahresübergreifende Fallzusammenführung
 - D) Die Regeln zur Fallzusammenführung werden durch das BfS-Kodierungssekretariat festgelegt.

11. Welche Aussage zu Langlieger ist korrekt?
- A) Der Erlös einer DRG inklusive Langliegerzuschlage erhöht den Gewinn des Spitals!
 - B) Der CMI pro Tag des Spitals nimmt ab!
 - C) Die Zunahme von Langliegern erhöht die jährliche Fallzahl eines Spitals!
 - D) Die Zunahme von Langliegern belegt die Effizienz und Qualität eines Spitals!
12. Welche Daten gehören spezifisch zum Neugeborenen-Datensatz?
- A) kongenitale Missbildungen
 - B) Kopfumfang
 - C) Eintrittszeitpunkt der Mutter
 - D) Austrittszeitpunkt des Neugeborenen
13. Welche der folgenden Aussagen zu Fehler- DRG's ist korrekt?
- A) Preise müssen mit den Kostenträgern augehandelt werden
 - B) sind grundsätzlich als Ausnahme von Wiederaufnahme klassifiziert
 - C) Fehler- DRG's werden bei korrekter Kodierung nicht angesteuert
 - D) bei fehlender Hauptdiagnose resultiert immer eine Fehler- DRG
14. Wer ist zuständig für die Herausgabe, Überarbeitung und Pflege des CHOP?
- A) die Swiss DRG AG
 - B) die schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)
 - C) Das Bundesamt für Statistik (BFS)
 - D) die Verbindung der schweizerischen Ärzte und Ärztinnen (FMH)

15. Der CHOP 2018 wurde um ein neues Kapitel erweitert. Um welches Kapitel handelt es sich?
- A) 0 Massnahmen und Interventionen nicht anderswo klassifizierbar
 - B) 17 Messinstrumente
 - C) 18 Komplexbehandlungen
 - D) 14b Operationen an den unteren Extremitäten
16. Welche Aussage zu den DRG's der MDC 14 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett ist korrekt?
- A) DRG's dieser MDC sind "Ausnahme von Wiederaufnahme"
 - B) es gibt keine Verlegungsfallpauschalen in dieser MDC
 - C) um diese DRG's abrechnen zu können, muss ein Spital mindestens 500 Geburten pro Jahr ausweisen können
 - D) diese DRG's dürfen nur in Akutspitälern abgerechnet werden
17. Welches ist im Rahmen der Plausibilisierung der Kodierdaten die einzig zulässig Hauptdiagnose?
- A) N74.1* Tuberkulöse Entzündung im weiblichen Becken
 - B) M90.07* Knochentuberkulose, Knöchel und Fuss
 - C) C95.8! Leukämie, refraktärauf Standardinduktionstherapie
 - D) #M02.27 Arthritis nach Impfung, Knöchel und Fuss

18. Auf welcher Klassifikation basiert die CHOP ursprünglich?
- A) OPS (Operations- und Prozedurenschlüssel, Deutschland)
 - B) ICD 9 cm (classification system for surgical, diagnostic, and therapeutic procedures, USA)
 - C) MEL (medizinische Einzelleistung, Österreich)
 - D) ACHI (Australian classification of health interventions, Australien)
19. Welche Aussage bezüglich Zusatzentgelt ist korrekt?
- A) Alle Zusatzentgelte werden mittels CHOP Codes durch die Kodierung erfasst.
 - B) Die Zusatzentgelte dürfen immer abgerechnet werden, unabhängig von der DRG des Falles
 - C) Für die Zusatzentgelte mit der Voraussetzung „Diagnose muss in Tabelle Hämophilieerkrankungen enthalten sein“, wird immer ein Code der Tabelle kodiert (entgegen der Definition der Nebendiagnose).
 - D) Einzelne Zusatzentgelte dürfen nur bei vorliegender Kostengutsprache der Versicherung abgerechnet werden.
20. Welche Aussage bezüglich der Abrechnung von unbewerteten DRGs ist korrekt?
- A) Es werden durch die Tarifpartner individuelle Entgelte vereinbart.
 - B) Diese DRGs sind nicht abrechenbar
 - C) Diese DRGs dürfen nur bei Vorliegen einer Kostengutsprache abgerechnet werden.
 - D) Es werden die einzelnen erbrachten Leistungen bei diese DRGs abgerechnet.

21. Wenn man am Ende eines Spitalaufenthaltes über keine sichere Diagnose verfügt für eine vermutete Erkrankung,
- A) kann man die Verdachtsdiagnose kodieren, wenn der Fall als solcher behandelt worden ist
 - B) kann man das Symptom, das zu den diagnostischen Untersuchungen geführt hat, kodieren
 - C) kann man einen Kode "Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen" verwenden, soweit die Suche nach einer vermuteten asymptomatischen Pathologie negativ ist
 - D) bei Verlegung in ein anderes Spital zur Bestätigung oder Verneinung einer Verdachtsdiagnose, muss das verlegende Spital auf die Ergebnisse des zweiten Spitals warten, um die bestmögliche Kodierung vornehmen zu können

22. Für die statistische Produktion des BFS werden mit Daten aus der stationären Gesundheitsversorgung viele Tabellen hergestellt.
Welche Tabelle kann und darf **nicht** vom BFS veröffentlicht werden?
- A) Die häufigsten Spitaldiagnosen, nach Altersklassen und Geschlecht für Krankenhäuser der Zentrumsversorgung
 - B) Die häufigsten Behandlungen und die Anzahl Tage nach Kapitel CHOP, nach Altersklasse und Geschlecht
 - C) Die Qualitätsindikatoren, die Swiss Inpatient Quality Indicators (CH-IQI), umfassen die Typen «Fallzahlen», «Mortalitätszahlen», «Anteilswerte» und «Aufenthaltsdauern» für die einzeln ausgewiesenen Akutspitäler.
 - D) Hospitalisierungsrate nach Krankenhaustyp und Wohnkanton der Patienten
23. In der Verordnung über die Krankenversicherung KVV gibt es einen Artikel für die Daten der Leistungserbringer, wozu auch die Daten der medizinischen Statistik gehören. Für die Erhebung und Bearbeitung der Daten der Leistungserbringer gibt es folgende Bestimmungen.
Welche Aussage ist **falsch**?
- A) Die Leistungserbringer haben die Daten gemäss den entsprechenden Variablen nach dem Anhang der Statistikerhebungsverordnung korrekt, vollständig, fristgerecht, auf eigene Kosten zu liefern.
 - B) Das BFS darf unter keinen Umständen die erhobenen Daten im Rahmen der Gesetzgebung über die Bundesstatistik zu statistischen Zwecken in anonymisierter oder pseudonymisierter Form weiterverwenden.
 - C) Stellt das BFS Mängel in der Datenlieferung fest, so setzt es dem Leistungserbringer eine Nachfrist zur Lieferung korrekter und vollständiger Daten.
 - D) Die Leistungserbringer und das BFS können die Daten einer formellen Vorkontrolle unterziehen, namentlich bezüglich Lesbarkeit, Vollständigkeit und Plausibilität.

24. In einem Abschnitt im Bundesstatistikgesetz (BStatG) über Veröffentlichungen und Dienstleistungen steht: Die wichtigsten statistischen Ergebnisse und Grundlagen werden in benützergerechter Form in den Amtssprachen veröffentlicht. Nicht veröffentlichte Ergebnisse werden auf geeignete Weise zugänglich gemacht. In welcher Form können die Daten der medizinischen Statistik im BFS für die Forschung bezogen werden.
Welche Antwort ist **falsch**?
- A) Es können nie nicht-anonymisierte Einzeldaten auf Patientenebene bezogen werden .
 - B) Anonymisierte Einzeldaten mit Angabe des Spitalnamens können bezogen werden, allerdings nur wenn das Spital sein Einverständnis gegeben hat.
 - C) Anonyme Einzeldaten können mittels eines Datenschutzvertrages bezogen werden.
 - D) Statistische anonyme Patientendaten mit Kennzeichnung des Spitalnamens können für die Spitalplanung von den Spitalämtern der Kantone auf Grundlage des BStatG bezogen werden.
25. Welche Kosten werden in einer DRG-Fallgruppe **nicht** berücksichtigt?
- A) Arztkosten
 - B) Medikamentenkosten
 - C) Zusatzentgelte
 - D) Anlagennutzungskosten
26. Welchen "zusätzliche Daten" werden **nicht** als Zusatzdatensatz bezeichnet?
- A) Psychatrie-Datensatz
 - B) Intensivmedizinischer Datensatz
 - C) Neugeborenen-Datensatz
 - D) Kantonaler-Datensatz

27. Bei einem viszeralchirurgischen Eingriff wird neben einer 70minütigen Adhäsiolyse auch ein Teil des Colon transversum mittels linearem Klammernahtgerät entfernt. Der Eingriff wird vollständig laparoskopisch durchgeführt. Welcher der folgenden CHOP- Kodes darf **nicht** kodiert werden?
- A) 54.51 Lösung von peritonealen Adhäsionen, laparoskopisch
 - B) 45.74.12 Resektion des Colon transversum, laparoskopisch
 - C) 45.78.12 Segmentresektion, laparoskopisch
 - D) 00.9A.14 Einsatz eines linearen Klammernahtgerätes, laparoskopisch oder thorakoskopisch
28. Im Detail können Kodierdaten, welche im Bezug zueinander stehen, geprüft werden. Welche Daten zählen **nicht** dazu?
- A) Diagnose nicht vereinbar mit Alter des Patienten
 - B) Unzulässige Hauptdiagnose
 - C) Alterskonflikt für Diagnosen im gebärfähigen Alter
 - D) CHOP nicht vereinbar mit Alter des Patienten
29. Welche Aussage bezüglich der Kodierung zur kontinuierlichen Hämodialyse, ist **nicht** korrekt?
- A) Bei der Kodierung der kontinuierliche Hämodialyse wird eine Unterbrechung vom <4h nicht berücksichtigt. Die Stunden werden nicht abgezogen.
 - B) Bei der Kodierung der kontinuierliche Hämodialyse wird eine Unterbrechung vom >4h bis <24h berücksichtigt. Die Stunden werden abgezogen. Es wird nur ein Code kodiert.
 - C) Bei Anwendung verschiedener kontinuierlicher Hämodialyse Verfahren, wird jedes Verfahren einzeln kodiert.
 - D) Die Dauer der kontinuierlichen Peritonealdialyse ist mit präziser Dauer (Beginn bis Ende einer Behandlung) zu erfassen. Bei eine Unterbrechung > 24h wird eine neue Verschlüsselung vorgenommen.

30. Bezüglich externe ambulante Leistungen, ist **nicht** korrekt:
- A) Wird der Patient nur für ambulante Leistungen in ein anderes Spital verlegt und daraufhin wieder zurück verlegt, so wird im Spital A für diesen Patienten nur ein Fall geführt und die von Spital B erbrachten Leistungen werden dem Spital A in Rechnung gestellt.
 - B) Das Spital A integriert die in Rechnung gestellten externen Behandlungen in sein stationäres Patientendossier. Die Behandlung im Spital B fließt in die Diagnose- und Prozedurenkodierung des Spitals A ein. Spital A stellt die entsprechend SwissDRG Fallpauschale den Kostenträgern in Rechnung.
 - C) Bei einer Verlegungskette Geburtshaus- Akutspital- Geburtshaus mit ambulanter Leistung im Spital, stellt das Spital seine Rechnung direkt den zuständigen Krankenversicherer. Die ambulante Behandlung im Akutspital fließt nicht in die Diagnose- und Prozedurenkodierung des Geburtshauses ein.
 - D) Wird der Patient nur für ambulante Leistungen in ein anderes Spital verlegt und daraufhin wieder zurück verlegt, so werden im Spital A für diesen Patienten zwei Fälle geführt (mit evtl. Fallzusammenführung) und die von Spital B erbrachten Leistungen werden dem Versicherer von Spital A in Rechnung gestellt.
31. Welche Merkmale gehören **nicht** zum Minimaldatensatz der Medizinischen Statistik?
- A) Versicherungsart
 - B) Eintrittsmerkmale
 - C) Austrittsmerkmale
 - D) Nationalität

- K1. In den Kennzahlen der Schweizer Spitäler werden vom BAG jährlich Daten auf nominativer Spitalebene publiziert. Die gesetzliche Basis ist das KVG. Die Angaben basieren auf den Daten der Krankenhausstatistik (KS).
Welche Zahlen werden tatsächlich publiziert?
- A) Angabe, ob sich im Spital spezielle Geräte und Infrastruktureinrichtungen befinden, z.B. MRI, Computertomograph (CT) oder Positronen-Emissions-Tomograph (PET)
 - B) Angaben über Patienten mit ausserkantonalem oder ausländischem Wohnsitz
 - C) Angabe zu Einkommensklassen der erwerbstätigen Patienten
 - D) Name und Adresse des Betriebs.
- K2. Jährlich werden im BFS mit den Daten aus der medizinischen Statistik der Krankenhäuser Tabellen, Graphiken und Publikationen hergestellt.
Welche Tabellen können mit diesen Daten erstellt werden?
- A) Anzahl und Rate der Kaiserschnitte nach Kanton und Wohnregion
 - B) Kosten für Hysterektomien nach REKOLE in Zentrumsspitalern
 - C) OECD Qualitätsindikator gemäss ICD-10 Codes für "vergessene Gegenstände" im Körper von Patienten
 - D) Anzahl der grauen Star Operationen für die Gruppe der 65 bis 70 jährigen Männer aus den Kantonen der Innerschweiz
- K3. Welche der nachfolgenden Aussage zu Kurzliegern, Langliegern und Verlegungen sind korrekt?
- A) Bei Implizit-Ein-Tages-DRGs existieren keine Verlegungspauschalen
 - B) Der Zuschlag für die Überschreitung der oberen Grenzverweildauer wird bei einer Verlegung ab der mittleren Verweildauer berechnet.
 - C) Wenn ein Patient zuverlegt wird und vor der mittleren Verweildauer entlassen wird, muss ein Verlegungsabschlag vorgenommen werden.
 - D) Implizit-Ein-Tages-DRGs haben eine obere und untere Grenzverweildauer

- K4. Folgende Informationen können für die Höhe des Abrechnungsbetrags relevant sein:
- A) Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO)
 - B) Zuweisung aus einem anderen Spital innerhalb 24 Stunden
 - C) Anzahl vorangegangener Schwangerschaften
 - D) Verwendung von Lasertechnik
- K5. Welche der folgenden Aussagen zur CHOP 2018 sind korrekt?
- A) ist gültig für alle Fälle mit Eintrittsjahr 2018
 - B) enthält Erweiterungen und Änderungen aus den SwissDRG- Antragsverfahren bis 2016
 - C) beinhaltet nur 6-stellige alphanumerische Codes
 - D) enthält auch Prozeduren, die nicht kodiert werden dürfen
- K6. Welche der folgenden Institutionen sind Aktionäre der SwissDRG AG?
- A) Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)
 - B) H+ Die Spitäler der Schweiz
 - C) Bundesamt für Gesundheit (BAG)
 - D) Vereinigung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH)

- K7. Bei Vorliegen eines Symptoms oder eines abnormalen Ergebnisses,
- A) kodiert man die jede Untersuchung, die eine organische Veränderung bezeugt.
 - B) wird ein Symptom nie kodiert, wenn man über einen Kode für eine mit diesem Symptom verbundene Krankheit verfügt, auch wenn es als HD behandelt worden ist.
 - C) wird ein Symptom, das als HD behandelt worden ist, nie kodiert, wenn man über einen Krankheitskode als HD verfügt.
 - D) kann man ein Symptom nur als HD kodieren, wenn es das einzige Ziel der Behandlung des Falls ist.
- K8. Beim Krankenhausaufenthalt eines Patienten mit einem bestimmten Syndrom,
- A) sollte dieses immer als HD kodiert werden, wenn es für dieses Syndrom einen bestimmten Kode gibt und es der Grund des Krankenhausaufenthaltes ist.
 - B) sollten alle Manifestationen, die der Definition der Nebendiagnose entsprechen, kodiert werden, wenn es keinen spezifischen Kode für dieses Syndrom gibt und es der Grund für den Krankenhausaufenthalt ist.
 - C) sollten alle Manifestationen kodiert werden mit einem zusätzlichen Kode der Kategorie Q87.-, wenn es keinen spezifischen Kode für dieses Syndrom gibt und es sich um einen angeborenen Fehler handelt.
 - D) muss es zwangsläufig als ND kodiert werden, wenn der Patient wegen einer Krankheit ohne Zusammenhang mit dem Syndrom eingewiesen worden ist und es keinen spezifischen Kode für dieses Syndrom gibt.

- K9. Welche der folgenden Situationen sind korrekt?
- A) Bei identischen Hautinterventionen (sowie Biopsien) an unterschiedlichen Stellen muss man so viele Codes wie Stellen eingeben: Man kann somit weniger Massnahmen als wirklich durchgeführt angeben.
 - B) Bei Naht von 3 Sehnen derselben Hand genügt ein einziger Kode, wenn man selbstverständlich die Seite angibt.
 - C) Bei Zusammenführen von zwei Spitalaufenthalten mit je einer Verlegung auf die Intensivstation, behält man zwei Codes aber mit unterschiedlichem Datum, um die beiden Aufenthalte auf der Intensivstation zu differenzieren.
 - D) Bei identischen Strahlentherapie-Sitzungen auf verschiedene Felder muss man so viele Codes wie Felder eingeben, auch wenn das gleiche Datum gilt: Man kann somit so viele wie wirklich durchgeführte Massnahmen kodieren.