

Medizinische Kodierer

Einige Fragen aus der Prüfung 2017

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. Ein Student einer Fachhochschule plant eine Semesterarbeit mit den Daten der medizinischen Statistik. Anhand der vorhandenen Variablen versucht er herauszufinden, welche Fragestellung damit beantwortet werden kann.
 - A) Die Anzahl der Personen, welche mehr als drei Mal wegen derselben Krankheit im letzten Jahr im Spital waren.
 - B) Die Anzahl der an sogenannten "seltenen Krankheiten" leidenden Menschen im Kanton Zürich.
 - C) Die Summe der ambulanten und stationären Behandlungstage aller in der Schweiz an Diabetes erkrankten Patienten und Patientinnen, welche jünger als 20 Jahre sind.
 - D) Die Anzahl der jungen Menschen zwischen 12 und 15 Jahren, welche im letzten Jahr wegen eines Rollbrettunfalls im Spital waren

2. Die Falldefinition ist die Grundlage der medizinischen Statistik. Im Prinzip wird jeder Spitalaufenthalt als neuer Fall erfasst. Mittlerweile gibt es aber Ausnahmen. Welche Antwort ist korrekt?
 - A) Die 90-jährige Patientin wird notfallmässig ins Bezirkspital eingeliefert. Am nächsten Morgen wird sie für eine Untersuchung ins Kantonsspital gebracht, ist aber am selben Tag wieder im Bezirkspital, womit zwei Fälle in der Statistik registriert werden müssen.
 - B) Ein Patient wird im Februar wegen einer Herzinsuffizienz hospitalisiert, und im April nochmals wegen derselben Ursache. Wegen der Fallzusammenführung wird nur ein Fall kodiert.
 - C) Ein Velofahrer erleidet einen Unfall am Mittag und wird ins Spital eingeliefert, wo er leider nach nur einer halben Stunde verstirbt. Der Fall muss nicht registriert werden.
 - D) Nach zwei Jahren im Koma erwacht ein Patient im Spital und kann noch im selben Monat, es ist Juni, nach Hause gehen. Insgesamt erhält die Statistik drei Fälle.

3. Ein Neugeborenes wird nach gründlichem Abwägen wegen einem Verdacht auf einen Herzfehler zur Sicherheit drei Tage nach der Geburt von der Geburtsklinik in die Kinderklinik verlegt. Welche Kodierung ist korrekt für die Variable "Eintrittsart" der aufnehmenden Kinderklinik?
- A) Notfall
 - B) geplant
 - C) Geburt
 - D) interner Übertritt
4. Mit Verordnungsänderung (KWV) vom 26. Juni 2016 wurde der Artikel 59a Absatz 4 KVG weiter konkretisiert und dafür gesorgt, dass für die Leistungserbringer bezogen auf die Erhebung, Bearbeitung und Weitergabe der Daten genügend Transparenz und Rechtssicherheit herrscht und nachvollziehbar wird, was mit den bekannt gegebenen Daten genau geschieht. In Art. 30 der KWV müssen die Leistungserbringer unter anderem Informationen zum Personal liefern. Welche Antwort ist richtig?
- A) Anonymer Verbindungscode
 - B) Morbiditätsgrad des Personals
 - C) Angaben zum Personal in Aus- und Weiterbildung
 - D) Angaben zu Beschäftigungsvolumen und Funktion nur bei 100% Stellen

5. Im Bundesstatistikgesetz BStatG werden auch die Datenverknüpfungen behandelt. Welche Antwort ist korrekt?
- A) Zur Erfüllung seiner statistischen Aufgaben kann das Bundesamt Daten, auch sensible Gesundheitsdaten, miteinander verknüpfen, wenn diese anonymisiert werden.
 - B) Verknüpfte Gesundheitsdaten der höchsten Sicherheitsstufe dürfen von den Kantonen und Gemeinden archiviert werden.
 - C) Werden besonders schützenswerte Daten verknüpft oder ergeben sich aus der Verknüpfung Persönlichkeitsprofile, darf nur das Bundesamt für Statistik diese Daten nach Abschluss der statistischen Auswertungsarbeiten unbegrenzt in verknüpftem Zustand aufbewahren.
 - D) Die Bestimmungen der Datenverknüpfung im Gesundheitsbereich gelten nur für natürliche Personen (Patienten), nicht aber für die juristischen Personen (Spitäler)
6. In der medizinischen Statistik der Krankenhäuser werden die stationären Behandlungsfälle erhoben. Diese Statistik ist eine jährliche Vollerhebung und es werden pro Jahr ca. folgende Anzahl registriert:
- A) Ca. 800'000
 - B) Zwischen 2 und 3 Millionen
 - C) Zwischen 1.3 und 1.5 Millionen
 - D) Ca. 950'000
7. Welche der angeführten DRGs erbringt einen Ertrag?
- A) P60A Neugeborenes, verstorben, ein Belegungstag, ohne bestimmte Prozedur und nicht zuverlegt
 - B) 960Z Nicht gruppierbar
 - C) 962Z Unzulässige geburtshilfliche Diagnosekombination
 - D) 961Z Unzulässige Hauptdiagnose

8. Ein Patient wird mit diabetischem Fussyndrom (mit Druckulzeration plantar) bei bestehender diabetischer Angiopathie zur Angioplastie aufgenommen, welche der nachfolgenden Codes ist die korrekte Hauptdiagnose?
- A) E11.50 Diabetes mellitus, Typ 2, mit peripheren vaskulären Komplikationen
 - B) I70.24 Artherosklerose der Extremitätenarterien, Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration
 - C) L89.28 Dekubitus 3. Grades, sonstige Lokalisation der unteren Extremität
 - D) E11.74 Diabetes mellitus, Typ 2, mit multiplen Komplikationen, mit diabetischem Fussyndrom
9. Ein Patient tritt zur palliativmedizinischen Komplexbehandlung bei proximalem Oesophaguskarzinom ein. Im Vordergrund stehen hierbei in erster Linie die Dysphagie, gefolgt von Schmerzen bei Knochenmetastasen und allgemeiner Schwäche. Den grössten Aufwand verursacht hierbei die Therapie der chronischen Schmerzen. Gemäss KHB S0202e ist welche der angeführten Diagnosen als Hauptdiagnose zu wählen?
- A) C79.5 Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes
 - B) R52.1 Chronischer unbeeinflussbarer Schmerz
 - C) C15.3 Bösartige Neubildung: Ösophagus, oberes Drittel
 - D) R13.9 Sonstige und nicht näher bezeichnete Dysphagie
10. Welche Aussage zur Beurteilung des CMI (CaseMix-Index) ist korrekt?
- A) Der CMI stellt den durchschnittlichen Schweregrad des Patientenlientels einer Periode dar
 - B) Der CMI ist stellt einen Indikator für den Gewinn oder den Verlust in einer Periode dar
 - C) Mit dem CMI kann die Behandlungsqualität einer Periode beurteilt werden
 - D) Der CMI ist ein Massstab für die effiziente Betriebsführung in einer Periode

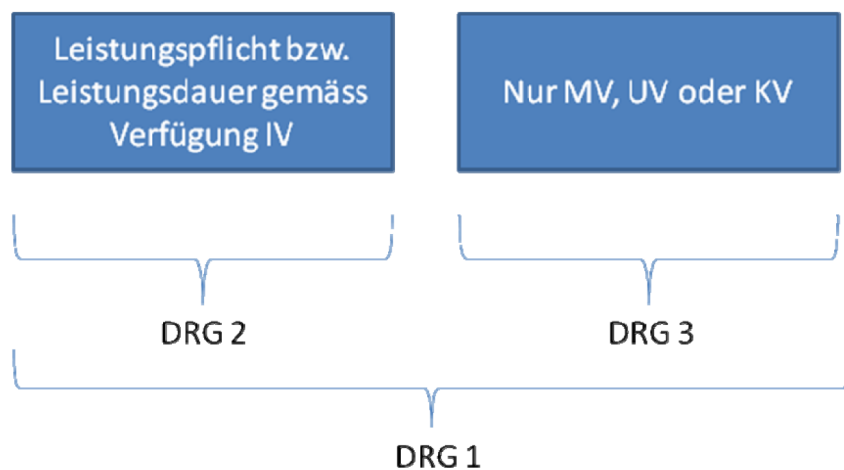
11. Welche Aussage zur Gruppierung und deren Grundlagen trifft zu?
- A) Die Regeln zur Gruppierung einer DRG sind nur in den Definitionshandbüchern der jeweiligen Abrechnungsversion enthalten.
 - B) Die MDC des Groupers wird nur über die Hauptdiagnose angesteuert
 - C) Die Definitionshandbücher zur Abrechnungsversion sind 2 Jahre lang gültig
 - D) Die Überarbeitung der Definitionshandbücher liegt im Zuständigkeitsbereich des Bundesamtes für Statistik
12. Nach welcher Bestimmung werden unbewertete Zusatzentgelte bei Medikamenten gemäss Fallpauschalenvereinbarung abgerechnet?
- A) Zum Tarif gemäss der Spezialitätenliste (BAG)
 - B) Die Vergütung wird nach Art. 71a und 71b KW geregelt.
 - C) Die Vergütung wird zwischen den Tarifpartnern vereinbart
 - D) Die Vergütung erfolgt zum Einstandspreis des Spitals, inkl. MwSt. und unter Berücksichtigung von Rabatten.
13. Ein Patient wird aus einem Peripheriespital (Spital A) in ein Zentrumsspiital (Spital B) verlegt. Wann wird im Spital B ein Verlegungsabschlag berechnet?
- A) Wenn die Aufenthaltsdauer im Spital B unter der mittleren Verweildauer der abgerechneten Pauschale liegt.
 - B) Wenn die Aufenthaltsdauer im Spital A weniger als 24 Stunden gedauert hat
 - C) Wenn das Spital A im Ausland oder einem anderen Kanton liegt
 - D) Wenn die abgerechnete Pauschale von Spital B mit einem «x» in der Spalte 11 (Verlegungsfallpauschale) des Fallpauschalenkataloges gekennzeichnet ist.

14. Welche Aussage trifft auf die Kodierung von Kreuz/Sternkodes zu?
- A) Jeder Kreuzkode ist im ICD mit einem Kreuz bezeichnet
 - B) Jeder ICD-Kode (ausser Zusatzkodes) kann als Kreuzkode kodiert werden
 - C) Sternkodes können als Hauptdiagnose kodiert werden
 - D) Sternkodes werden bei der Kodierung eines Kreuzkodes immer dazu kodiert
15. Welche Aussage zum Fallpauschalenkatalog 6.0 ist richtig?
- A) Alle Pauschalen haben ein definiertes Kostengewicht
 - B) Alle Pauschalen haben an der ersten Stelle einen Buchstaben
 - C) Alle Pauschalen haben eine definierte Mittlere Verweildauer
 - D) Alle abrechenbaren Pauschalen haben einen Anteil Anlagennutzungskosten berechnet
16. Wer hat laut KVG für die Einhaltung der Versicherungspflicht zu sorgen?
- A) Der Bund
 - B) Die Kantone
 - C) Die Gemeinden
 - D) Der Versicherungsnehmer
17. Wann wird bei der Behandlung von Tumorpatienten der ICD Kode Z51.5 «Palliativbehandlung» kodiert?
- A) Wenn der entsprechende CHOP-Komplexe kodiert ist.
 - B) Wenn der Patient zur Palliativbehandlung verlegt worden ist.
 - C) Wenn der betreuende Arzt einen Facharztstitel in Palliativmedizin hat.
 - D) Wenn der behandelte Tumor als nicht heilbar diagnostiziert wird.

18. Ein Patient wird wegen einer Humerusfraktur hospitalisiert. Die Fraktur wird operativ versorgt. Am dritten postoperativen Tag entwickelte der Patient eine schwere Sepsis bei einer Tracheitis als Komplikation der Intubation. Die Sepsiskriterien sind alle erfüllt. Der Patient hat zusätzlich eine schwere Niereninsuffizienz und einen septischen Schock aufgrund der Sepsis und muss über zwanzig Tag auf der Intensivstation behandelt werden.
Wie wird die Sepsis kodiert?
- A) Die Sepsis wird als Hauptdiagnose kodiert
 - B) Die Sepsis ist Nebendiagnose, die Hauptdiagnose ist der Infekt
 - C) Die Sepsis darf nicht kodiert werden
 - D) Die Sepsis ist die Nebendiagnose, die Hauptdiagnose ist eine andere Krankheit (nicht der Infekt)
19. Ein Patient wird mit einer Pneumonie stationär behandelt. Der Patient erfüllt alle SIRS-Kriterien (Fieber; Tachypnoe, Tachykardie und Leukozytose). Es besteht eine leichte Verschlechterung seiner vorbestehenden chronischen Niereninsuffizienz.
Welche Aussage ist korrekt?
- A) Die Hauptdiagnose ist die Sepsis
 - B) Die Hauptdiagnose ist der Infekt, Sepsis ist eine Nebendiagnose
 - C) Die Sepsis darf nicht kodiert werden
 - D) Die Hauptdiagnose ist eine andere Krankheit (nicht der Infekt), Sepsis ist Nebendiagnose

20. Ein 40-jähriger Patient wird wegen einer Hüftfraktur (wird mit einem PFN versorgt) aufgenommen. Im Verlauf erleidet er einen Herzinfarkt, welcher mit Stents behandelt wird. Der Hauptaufwand liegt beim Herzinfarkt. Der Fall wird in der DRG F24B, Perkutane Koronarangioplastie mit kompl. Diag. und hochkompl. Intervent. oder mit PTA, ohne äusserst schwere CC, Alter >15 Jahre eingruppiert. Die Unfallversicherung weist die Rechnung zurück. Was wird beanstandet?
- A) Es darf nur die Fraktur und deren Behandlung abgerechnet werden
 - B) Der Fall soll als Mischfall zwischen UVG und KVG abgerechnet werden, da $CW\ DRG\ 2 + CW\ DRG\ 3 = CW\ DRG\ 1$ ist
 - C) Die Rechnung soll an die Krankenversicherung gesendet werden
 - D) Der Fall muss getrennt zwischen Unfallversicherer und Krankenversicherer abgerechnet werden, da $CW\ DRG\ 2 + CW\ DRG\ 3 > CW\ DRG\ 1$ ist
21. Ein Patient wird von Spital A am dritten Tag der Behandlung ins Spital B verlegt. Spital B muss den Patienten am achten Tag ins Spital C weiterverlegen. Dieses Spital verlegt den Patienten am sechzehnten Tag zurück ins Spital A. Wie wird die Abrechnung im Spital A durchgeführt?
- A) Die beiden Fälle des Spitals A werden getrennt abgerechnet
 - B) Die beiden Fälle des Spitals A werden zusammengeführt wenn beide DRG's zu der gleichen MDC gehören
 - C) Wenn die Rückverlegung aufgrund einer Nebendiagnose erfolgt, werden die Fälle zusammengeführt
 - D) Die beiden Fälle des Spitals A werden immer zusammengeführt

22. An welchen Versicherer wird die Rechnung gestellt, wenn der Patient innerhalb des Spitalaufenthalts einem Versicherungswechsel vollzogen hat?
- A) Die Aufteilung der Rechnung unter den Krankenversicherern erfolgt pro rata temporis (nach Anzahl Aufenthaltstage).
 - B) Der Versicherer, bei dem der Patient bei Spitaleintritt versichert war, bezahlt die Rechnung.
 - C) Der Versicherer, bei dem der Patient bei Spitalaustritt versichert ist, bezahlt die Rechnung.
 - D) Die Aufteilung der Rechnung unter den Krankenversicherern erfolgt hälftig (50:50).
23. Wann muss eine Rechnung bei sogenannten Splittingfällen getrennt werden (siehe Grafik)?



- A) Wenn das Kostengewicht DRG 2 < Kostengewicht DRG 1
- B) Wenn der Kostenanteil DRG 3 höher ist als der Kostenanteil DRG 1
- C) Wenn durch die Trennung der Fälle das Kostengewicht 1 übertroffen wird
- D) Wenn die der Versicherer (IV, UV, MV) die Rechnung zurückgewiesen hat

24. Im Detailkonzept der medizinischen Statistik wurden neben der Erfassung der erbrachten Leistungen der Spitäler noch weitere Verwendungszwecke festgelegt. Welche der folgenden Antworten ist **falsch**?
- A) Epidemiologische Ursachenforschung für die wichtigsten Krankheiten
 - B) Schaffung der Grundlagen für eine einheitliche Leistungserfassung und Fallkostenberechnung
 - C) Qualitätskontrolle und klinische Forschung
 - D) Epidemiologische Überwachung der Bevölkerung
25. In Art. 30a der KVV gibt es nähere Bestimmungen zur Erhebung und Bearbeitung der Daten der Leistungserbringer. Welche der Antworten ist **falsch**?
- A) Stellt das BFS Mängel in der Datenlieferung fest, so setzt es dem Leistungserbringer eine Nachfrist zur Lieferung korrekter und vollständiger Daten.
 - B) Das BFS kann die erhobenen Daten im Rahmen der Gesetzgebung über die Bundesstatistik zu statistischen Zwecken in anonymisierter oder pseudonymisierter Form weiterverwenden
 - C) Sie müssen dem BFS die Daten in verschlüsselter Form elektronisch übermitteln.
 - D) Das BAG bestimmt die Periodizitäten und die Fristen der Datenweitergabe im Einvernehmen mit dem eidgenössischen Datenschutzbeauftragten.

26. Die Erhebung der Daten für die medizinische Statistik ist nicht nur Sache des BFS, sondern auch eine Aufgabe der kantonalen Statistikstellen, bzw. der kantonalen Erhebungsstellen.
Was gehört **nicht** zu ihren Aufgaben?
- A) Diese kontrolliert die Datenlieferung von den Betrieben und prüft die Qualität der erhaltenen Daten
 - B) Diese informieren die Betriebe über die Detailspezifikationen und die Termine
 - C) Diese veröffentlicht die gesamtschweizerischen Lieferungen nach der Anonymisierung in dafür geeigneten Tabellen
 - D) Diese organisieren die Datenerhebung der in ihrem Verantwortungsbereich liegenden Krankenhäuser
27. In der medizinischen Statistik werden Daten der gemäss Datenschutzgesetz höchsten Schutzstufe erhoben. Hier eine Auswahl dieser sehr heiklen Variablen und Wertmerkmalen, welche zudem oft in den Zusatzdatensätzen erhoben werden.
Welche Variable oder Wert gehört **nicht** dazu und ist frei erfunden?
- A) Fürsorgerische Unterbringung
 - B) Lohnklasseneinteilung der behandelten Person
 - C) Anzahl vorausgegangener Schwangerschaftsabbrüche
 - D) Beschäftigung vor Eintritt: IV, AHV oder andere Rente
28. Welche der nachfolgenden Faktoren hat **keinen** Einfluss auf den CaseMix-Index?
- A) Nebendiagnosen
 - B) Beatmungstunden
 - C) Zusatzentgelt
 - D) Verweildauer

29. Welche der nachfolgenden Bedingungen sind **nicht** zwingender Bestandteil zur Abbildung einer Sepsis?
- A) Kode für Infektfokus
 - B) Kode für Sepsis
 - C) Kode für Organdysfunktion
 - D) Kode für SIRS
30. Es gibt Bestandteile, welche der Grouper zwingend benötigt um eine abrechenbare Fallpauschale zu erstellen. Welcher Bestandteil gehört hierbei **nicht** dazu?
- A) Alter
 - B) Gewicht
 - C) Hauptdiagnose
 - D) Verweildauer
31. Für die Fallzusammenführung ergeben sich einige Besonderheiten. Diese müssen entsprechend mit Variablen für den Wiederkehrergrund versehen werden. Welche gehört hier **nicht** dazu?
- A) Wiederaufnahme mit gleicher MDC
 - B) unbekannt
 - C) Rückverlegung
 - D) Rückverlegung mit gleicher MDC

32. Im KVG wird die soziale Krankenversicherung geregelt. In welchem Fall wird grundsätzlich **keine** Leistungen gewährt?
- A) Bei Krankheit
 - B) Bei Unfall
 - C) Bei Mutterschaft
 - D) Bei Invalidität

- K1. In der allgemeinen Bestimmung wird der Zweck des Bundesstatistikgesetz BStatG generell festgelegt. Welche Antworten sind richtig? Dieses Gesetz bezweckt...
- A) den Datenschutz in der Bundesstatistik sicherzustellen
 - B) die Organisation der Bundesstatistik auf eine effiziente und für die Befragten schonende Erhebung und Bearbeitung der Daten auszurichten
 - C) der Privatwirtschaft statistische Ergebnisse aus Datenschutzgründen vorzuenthalten
 - D) die nationale und internationale Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Statistik zu fördern
- K2. In der Krankenhausstatistik (und in der medizinischen Statistik) werden die Spitäler in sogenannte Spitaltypen eingeteilt, in die sogenannte BFS Spitaltypologie. Für welche Betriebe gibt es eine spezielle Typologie als Spezialklinik?
- A) Palliativkliniken
 - B) Rehabilitationskliniken
 - C) Geriatriekliniken
 - D) Diverse Spezialkliniken
- K3. Unter Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG Kapitel 3 werden die speziellen Abrechnungsregeln benannt. Welche der nachfolgenden Themen werden hier geregelt
- A) Neugeborene
 - B) Nichtpflichtleistungen
 - C) Verlegungen
 - D) Todesfälle

- K4. Welche der nachfolgenden Aussagen zu Wartepatienten unter SwissDRG ist korrekt?
- A) Diese Fälle sind Highoutlier
 - B) Diese müssen kodiert werden
 - C) Diese sind im BfS-Datensatz enthalten
 - D) Diese werden nach SwissDRG abgerechnet
- K5. In den Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG gibt es zur Fallzusammenführung besondere Regeln. Welche nachfolgenden Aussagen sind hier korrekt?
- A) Sie richtet sich nach der MDC des Fallpauschalenkatalogs
 - B) Es können hierbei bis zu 22 Fälle zusammengeführt werden
 - C) Bei Wiedereintritt aufgrund von Komplikationen aus einer vorangegangener Spitalbehandlung müssen, hinsichtlich der Kodierrichtlinien, zusammengeführt werden.
 - D) Der Verlegungs- oder Entlasstag wird hierbei in die 18-Tage-Frist mit eingerechnet
- K6. CC-Kodes sind Nebendiagnosen, die in der Regel zu einem signifikant höheren Ressourcenverbrauch führen. Welche Faktoren können den CC – Status eines Kodes beeinflussen?
- A) Das Geschlecht des Patienten
 - B) Der Entlassungsgrund
 - C) Die Anzahl der Nebendiagnosen
 - D) Die Anzahl der Prozeduren

- K7. Ein Patient wird mit einem septischen Schock bei Peritonitis bei einer Sigmadivertikulitis mit Abszess stationär aufgenommen. Die Sepsiskriterien sind erfüllt.
Wie wird die Sepsis kodiert?
- A) Die Sepsis ist die Hautdiagnose
 - B) Die Sepsis ist die Nebendiagnose, die Hauptdiagnose ist der Infekt
 - C) Die Sepsis darf nicht kodiert werden
 - D) Die Sepsis ist die Nebendiagnose, die Hauptdiagnose ist eine andere Krankheit (nicht der Infekt)
- K8. Ein Patient erlitt ein Herzinfarkt bei Thrombosierung eines vorliegenden Stents.
Was ist bezüglich der Kodierung korrekt:
- A) Wenn die Stent-Thrombose lokal behandelt wurde, ist der Kode T82.8 die Hauptdiagnose
 - B) Die Hauptdiagnose ist der Herzinfarkt
 - C) Der Kode T82.8 wird bei erneute PTCA als Nebendiagnose kodiert
 - D) Der Kode T82.8 wird bei der thrombolytischen Koronararterieninfusion nicht dazu kodiert