
Reglement
für die Durchführung der Kodierrevision
unter ST Reha

Version 3.0
Revision der Daten 2025
Gültig ab 01.01.2026
mit Anhang 1 Stichprobe und Anhang 2 Musterrevisionsbericht

Inhalt

1. Einleitung	3
2. Ziele und Grundsätze der Kodierrevision.....	3
3. Anforderungen an den Revisor.....	4
3.1. Qualifikation	4
3.2. BfS-Liste der Revisoren	4
3.3. Verhaltenskodex des Revisors	4
3.3.1. Arbeitsweise.....	4
3.3.2. Schweigepflicht	4
3.3.3. Unabhängigkeit	4
4. Revisionsrichtlinien.....	5
4.1. Grundsätze	5
4.1.1. Inhalt der Kodierrevision.....	5
4.1.2. Jährliche Revision	5
4.1.3. Revisionsgrundlagen.....	5
4.1.4. Mandatierung des Revisors.....	5
4.1.5. Finanzierung der Revision.....	5
4.1.6. Ort der Revision	6
4.1.7. Revisionstermine.....	6
4.2. Durchführung der Revision.....	6
4.2.1. Vollständigkeitserklärung	6
4.2.2. Ziehung der Stichprobe	6
4.2.3. Revisionsverfahren	7
4.2.4. Schema für die Beurteilung der Kodierung des Spitals (Fehlertypologie)	7
4.2.5. Erstellung des Revisionsberichts.....	9
4.2.6. Vorgehen bei Uneinigkeit	9
5. Revisionsbericht.....	10
5.1. Inhalt des Revisionsberichts.....	10
5.2. Verwendung und Veröffentlichung des Revisionsberichts	10
6. Status.....	11
Anhang 1 Stichprobe	12

1. Einleitung

Das Patienten-Klassifikationssystem ST Reha wurde zum 1. Januar 2022 in den Spitälern der stationären Rehabilitation¹ der Schweiz eingeführt.

Die Partner der SwissDRG AG, insbesondere die Tarifparteien, erachten eine nationale einheitliche Umsetzung der Kodierrevision für ST Reha als unabdingbar. Das Reglement und der Musterrevisionsbericht sind Bestandteile einer national einheitlichen Anwendung der Tarifstruktur ST Reha.

2. Ziele und Grundsätze der Kodierrevision

Die tarifwirksame Anwendung von ST Reha setzt die korrekte Umsetzung der Instrumente zur medizinischen Kodierung durch die Spitäler zwingend voraus, weil die Kodierung eines Behandlungsfalles einen unmittelbaren Einfluss auf die Rechnungsstellung hat.

Ziel der Kodierrevision unter ST Reha ist es, die Qualität der Kodierung in den Spitälern zu beurteilen und die Resultate in einem Bericht je Spital festzuhalten. Die Kodierrevision basiert auf der verdachtsunabhängigen, stichprobenbasierten Kontrolle zur Beurteilung der Kodierung. Die Kodierrevision ist damit auch ein Mittel zur Sicherstellung der Kodierqualität. Nebst der Kontrollaufgabe dient die Revision der Weiterentwicklung des Kodiersystems.

Um die Vergleichbarkeit der Resultate zu gewährleisten, müssen die Durchführung der Kodierrevision und die Erstellung des Revisionsberichts schweizweit einheitlich sein.

Die Bestimmungen über die Durchführung der Kodierrevision werden in diesem Reglement festgehalten und haben nationale Gültigkeit. Die Durchführung der Kodierrevision nach diesem Reglement ist ein zwingender Bestandteil der Tarifverträge sowie der Leistungsaufträge der Kantone.

Das Reglement wird bei Bedarf an neue Anforderungen angepasst. Die Vertragspartner schliessen die notwendigen Verhandlungen jeweils bis zum 30. Juni für Gültigkeit im Nachfolgejahr ab.

Aus den Inhalten der Berichte dürfen keine Rückschlüsse auf die Identität von Patienten möglich sein.

Die Dokumente werden ins Französische und Italienische übersetzt. Bei Unklarheiten gilt die deutsche Version.

¹Zu Gunsten einer guten Lesbarkeit nachfolgend als „Spitäler“ aufgeführt.

3. Anforderungen an den Revisor²

3.1. Qualifikation

- ^{1.} Um die Aufgabe eines Kodierrevisors wahrnehmen zu können, muss der Revisor im Besitz des Eidgenössischen Fachausweises „Medizinische Kodiererin / medizinischer Kodierer“ oder eines gleichwertigen Ausweises³ sein sowie insgesamt über eine 3-jährige Berufspraxis im Bereich Kodierung im 100% Pensum verfügen. Der Revisor muss eine rehabilitationsspezifische Weiterbildung im Bereich Kodierung (Anwendung der Kodierungsregeln für die Messinstrumente in der Rehabilitation: ADL, CIRS, 6-Minuten-Gehtest (CHOP-Kodes AA.-) / ANQ-Anforderung an die Messinstrumente in der Rehabilitation) oder eine mindestens 1-jährige (100% Anstellungsgrad) Berufserfahrung in der Rehabilitation nachweisen können.
- ^{2.} Um die Fälle in der entsprechenden Landessprache revidieren zu können, muss der Revisor entsprechende Sprachkenntnisse aufweisen.
- ^{3.} Der Revisor verpflichtet sich zur regelmässigen, kodierungs- und rehabilitationsbezogenen Fortbildung.

3.2. BfS-Liste der Revisoren

- ^{1.} Das Bundesamt für Statistik (BfS) führt eine Liste mit sämtlichen Revisoren, welche die Anforderungen gemäss 3.1 erfüllen und die dem BfS einen Antrag zur Aufnahme in die Liste der Revisoren gestellt haben.
- ^{2.} Das BfS veröffentlicht die aktualisierte Liste jeweils per 30.06. und per 31.12. jeden Jahres. Es kann ausführende Bestimmungen formulieren.

3.3. Verhaltenskodex des Revisors

3.3.1. Arbeitsweise

- ^{1.} Der Revisor verpflichtet sich, die vom BfS herausgegebenen Kodierungsrichtlinien sach- und fachgerecht anzuwenden. Der Revisor kennt die nachfolgend aufgeführten Revisionsrichtlinien und handelt nach ihnen.
- ^{2.} Der Revisor ist sich bewusst, dass sein Urteil für das revidierte Spital Auswirkungen haben kann. Diese Auswirkungen sind jedoch nicht Bestandteil der Revision und dürfen sein Verhalten und seine Feststellungen im Revisionsbericht nicht beeinflussen.

3.3.2. Schweigepflicht

- ^{1.} Die vom Revisor gemachten Wahrnehmungen bzw. die während der Prüfungstätigkeit als Revisor in Erfahrung gebrachten Inhalte sind vertraulich und binden den Revisor dauerhaft an seine Schweigepflicht gegenüber Dritten. Eine weitere Verwendung der Ergebnisse ist nicht erlaubt.

3.3.3. Unabhängigkeit

- ^{1.} Der Revisor gewährleistet seine Unabhängigkeit vom revidierten Spital und bestätigt diese im Revisionsbericht. Dies bedeutet insbesondere, dass der Revisor während der Revisionsperiode und während der Dauer der Revision in keinem anderen Anstellungs- und Mandatsverhältnis oder anderweitigen finanziellen Abhängigkeiten mit dem revidierten Spital stehen darf. Allfällige Abhängigkeiten von einem Kostenträger sind offen zu legen.

² Zu Gunsten einer guten Lesbarkeit wird darauf verzichtet, jeweils die männliche und weibliche Form zu verwenden.

³ Anträge für die Gleichwertigkeitsbescheinigung sind mit den nötigen Dokumenten an die Prüfungskommission der Eidgenössischen Berufsprüfung für Medizinische Kodierinnen/Medizinische Kodierer zu richten.

2. Die Kodierrevisionsfirma darf nicht gleichzeitig die medizinischen Leistungen des betreffenden Spitals kodieren und/oder das betreffende Spital im Medizincontrolling beraten.

4. Revisionsrichtlinien

4.1. Grundsätze

4.1.1. Inhalt der Kodierrevision

1. Mit der Kodierrevision werden die Kodierqualität und die daraus resultierende Rechnungsstellung nach ST Reha eines Spitals überprüft. Die Resultate werden in einem Bericht festgehalten.
2. Die vorliegenden Revisionsrichtlinien umfassen die schweizweit einheitlich definierten Anforderungen an die Kodierrevision.
3. Die Tarifpartner können darüberhinausgehende Revisionsinhalte vereinbaren, welche jedoch die hier geregelte Kodierrevision nicht beeinträchtigen dürfen. Ebenso sind weitergehende Prüfungen auf kantonalem Recht möglich.

4.1.2. Jährliche Revision

1. Die Kodierrevision findet für jedes Datenjahr X statt und muss bis am 31. Mai des Jahres X+2 abgeschlossen sein. Die Kodierrevision kann in Absprache in zwei Etappen durchgeführt werden. Es wird jedoch in jedem Fall nur ein Revisionsbericht erstellt, der die summierten Ergebnisse der beiden Etappen beinhaltet.

4.1.3. Revisionsgrundlagen

1. Die Revision richtet sich:
 - a) nach den vom BfS herausgegebenen Instrumenten zur medizinischen Kodierung (das Kodierungshandbuch, und die Diagnosen- und Prozedurenklassifikationen sowie die Rundschreiben für Kodiererinnen und Kodierer in denjenigen Versionen, wie sie für die überprüfte Periode vorgegeben waren)
 - b) nach den in der Revisionsperiode gültigen Regeln über die Anwendung von ST Reha.
2. Die für das Revisionsjahr gültige Grouper- und RCG-Katalogversion mit den Kostengewichten ist auszuweisen.
3. Jeder Fall wird aufgrund der vollständigen Patientenakten⁴ geprüft.

4.1.4. Mandatierung des Revisors

1. Der Revisor wird vom Spital bestimmt. Dabei müssen die unter 3.3.3 aufgeführten Kriterien zur Unabhängigkeit des Revisors erfüllt sein.

4.1.5. Finanzierung der Revision

1. Die Kosten der Revision gehen zu Lasten des revidierten Spitals, fliessen jedoch als anrechenbare Kosten in die Tarifberechnung ein.

⁴ Die Patientenakte umfasst im Zusammenhang mit der Kodierrevision ausschliesslich die für den zu prüfenden Fall kodierrelevanten Dokumente.

4.1.6. Ort der Revision

1. Die Revision wird in der Regel im Spital durchgeführt. Das Spital stellt für die Durchführung der Kodierrevision geeignete Räumlichkeiten zur Verfügung.
2. Sind alle für die Revision notwendigen Dokumente elektronisch verfügbar, kann die Revision auch extern erfolgen. Dabei sind die datenschutzrechtlichen Bestimmungen einzuhalten.

4.1.7. Revisionstermine

1. Die Revisionstermine werden zwischen dem Revisor und dem Spital unter Beachtung des Abgabetermins des Revisionsberichts vereinbart.

4.2. Durchführung der Revision

4.2.1. Vollständigkeitserklärung

1. Das Spital ist verpflichtet, dem Revisor bei Beginn der Kodierrevision eine Vollständigkeitserklärung auszuhändigen, in der bestätigt wird, dass dem Revisor alle nach ST Reha fakturierten Fälle des Berichtsjahres für die Stichprobenziehung zugestellt wurden.
2. Das Spital teilt dem Revisor eine allfällige Veränderung der zugestellten Daten im Rahmen einer Rechnungsänderung unaufgefordert vor Beginn der Revisionstätigkeit mit.

4.2.2. Ziehung der Stichprobe

1. Die Stichprobe wird so festgelegt, dass sie basierend auf statistischen Grundprinzipien Aussagen über die Grundgesamtheit erlaubt.
2. Die Stichprobe wird nach dem Zufallsprinzip gezogen und basiert auf den Austritten von Patienten mit Aufhalten in der stationären Rehabilitation in der Revisionsperiode, die nach ST Reha abgerechnet wurden. Die Fälle in der Stichprobe dürfen nach Übermittlung der Stichprobe an das Spital nicht mehr verändert werden.
3. Die Details zur Bestimmung der Stichprobe sind in Anhang 1 geregelt.
4. Die Stichprobenziehung erfolgt durch den Revisor in Zusammenarbeit mit dem Spital.
5. Die Bekanntgabe der Stichprobe (Mitteilung der Revisionsfälle an das Spital) erfolgt mindestens 10 bis höchstens 15 Kalendertage vor der Revision.
6. Falls zum Zeitpunkt der Revision in mehr als 3% der Fälle keine Patientenakten gemäss 4.2.3 Abs. 2 und 3 vorliegen, muss gesamthaft eine neue Stichprobe gezogen werden. Im Weiteren hat das Spital das Fehlen der Patientenakten zu begründen. Beides ist im Revisionsbericht zu erwähnen.

4.2.3. Revisionsverfahren

1. Der Revisor stellt sicher, dass die vom Spital vorgelegten Fälle mit denjenigen aus der Stichprobe übereinstimmen.
2. Der Revisor kodiert jeden Fall der Stichprobe anhand der vollständigen Patientenakten (Austrittsbericht, Pflegedokumentation, etc.).
3. Die Kodierrevision erfolgt anhand der Patientenakten einzelfallbezogen. Dies Einzelfall bezogen als Nachkodierung, d.h. die Ursprungskodierung ist bekannt.
4. Der Revisor überprüft ebenfalls, ob die ursprüngliche Kodierung des Spitals mit der Rechnungsstellung kongruent ist.
5. Rechnungskorrekturen aufgrund der Kodierrevision sind nicht zulässig, es sei denn es liegt eine statistische Signifikanz vor.
6. Die Kodierung jedes revidierten Falls wird verglichen mit der ursprünglichen Kodierung des Falls durch das Spital. Codes, die sich unterscheiden, werden als Kodierfehler erfasst. Dabei gilt insbesondere:
 - Das Kostengewicht jedes revidierten Falls wird verglichen mit dem Kostengewicht, das sich aus der ursprünglichen Kodierung des Falls ergibt.
 - Falls gemäss Einschätzung des Revisors ein Aufenthalt S in der Stichprobe Teil eines längeren Aufenthalts T ist, so werden alle Teile von T revidiert (selbst diejenigen Teile, die nicht zum Aufenthalt S in der Stichprobe gehören). Das Kostengewicht des Aufenthalts T, welches durch den Revisor ermittelt wurde, wird mit der Summe der Kostengewichte der Teile von T verglichen, die vom Spital gemäss ursprünglicher Kodierung in Rechnung gestellt wurden.
 - Falls gemäss Einschätzung des Revisors ein Aufenthalt S in der Stichprobe in zwei oder mehrerer Aufenthalte P1, P2,... unterteilt werden muss, so werden alle Teile P1, P2,... revidiert. Das ursprünglich vom Spital ermittelte Kostengewicht des Aufenthalts S wird verglichen mit der Summe der Kostengewichte der Aufenthalte P1, P2,... welche vom Revisor ermittelt wurden.

4.2.4. Schema für die Beurteilung der Kodierung des Spitals (Fehlertypologie)

Die Kodierung der Diagnose- und Behandlungscodes wird beurteilt als:

- „**richtig**“, wenn die zwei Codes identisch sind (d.h., wenn **alle** Stellen der Codes identisch sind).
- „**falsch**“, wenn Unterschiede bei einer Stelle des ICD-10 oder CHOP-Kodes vorliegen.
- „**fehlend**“
- „**ungerechtfertigt**“
- „**unnötig**“

Die Typologie der Fehler wird in den folgenden Tabellen rekapituliert:

Fehlertyp	Diagnosekode (ICD-10)	Behandlungskode (CHOP ohne AA.-)
richtig	😊😊😊.😊😊	😊😊.😊😊.😊😊
falsch 1. Stelle	😞😊😊.😊😊	😞😊.😊😊.😊😊
falsch 2. Stelle	😊😞😊.😊😊	😊😞.😊😊.😊😊
falsch 3. Stelle	😊😊😞.😊😊	😊😊.😞😊.😊😊
falsch 4. Stelle	😊😊😊.😞😊	😊😊.😊😞.😊😊
falsch 5. Stelle	😊😊😊.😊😞	😊😊.😊😊.😞😊
falsch 6. Stelle	-	😊😊.😊😊.😊😞
fehlender Kode	Der Diagnosekode wird nicht angegeben, obwohl die entsprechende Diagnose in den für die Kodierung verwendeten Dokumenten erwähnt ist und für die Hospitalisierung von Belang ist.	Der Behandlungskode wird nicht angegeben, obwohl die entsprechende Behandlung in den für die Kodierung verwendeten Dokumenten erwähnt ist und während der Hospitalisierung vorgenommen wurde.
Ungerechtfertigter Kode	Der Diagnosekode wird angegeben, obwohl die entsprechende Diagnose in den für die Kodierung verwendeten Dokumenten nicht erwähnt ist oder für die Hospitalisierung nicht von Belang ist.	Der Behandlungskode wird angegeben, obwohl die entsprechende Behandlung in den für die Kodierung verwendeten Dokumenten nicht erwähnt ist oder für die Hospitalisierung nicht von Belang ist.
unnötiger Kode / unnötige Erfassung	Der Diagnosekode wird angegeben, obwohl die Information bereits in einem anderen Kode enthalten ist oder der Kode gemäss Kodierungsrichtlinien des BfS nicht kodiert werden muss.	Der Behandlungskode wird angegeben, obwohl die Information bereits in einem anderen Kode enthalten ist oder der Kode gemäss Kodierungsrichtlinien des BfS nicht kodiert werden muss.

Die Kodierung der Messinstrumente in der Rehabilitation⁵ wird beurteilt als:

- „richtig“
- „falsch“
- „fehlend“
- „Erfassungszeitpunkt nicht korrekt“

Fehlertyp	CHOP-Kode (AA.-)
Richtig	☺ Das Item wurde innerhalb des unter dem CHOP Kode vorgegebenen Zeitrahmens erfasst und der zugewiesene Wert ist anhand der für die Kodierung verwendeten Dokumentation ⁶ nachvollziehbar und reproduzierbar
Falsch	☹ Das Item wird mit einem Wert kodiert, der nicht mit den Informationen vereinbar ist, die sich in den für die Kodierung verwendeten Dokumenten befinden.
fehlend	Das Item wird nicht kodiert, obwohl es in den für die Kodierung verwendeten Dokumenten aufgeführt ist und für die Hospitalisation von Belang ist.
Erfassungszeitpunkt nicht korrekt	Das Item wurde nicht in dem unter dem CHOP Kode vorgeschriebenen Zeitrahmen erhoben.

4.2.5. Erstellung des Revisionsberichts

1. Die Ergebnisse der Kodierrevision werden schriftlich festgehalten und mit dem Kodierverantwortlichen des Spitals nach Abschluss der Revision besprochen.
2. Der provisorische Revisionsbericht wird dem Spital mit einer Frist von 10 Arbeitstagen zur Stellungnahme zugestellt.
3. Anschliessend erstellt der Revisor den definitiven Revisionsbericht zuhanden des Spitals.
4. Die Details zum Revisionsbericht sind in Kapitel 5 und Anhang 2 geregelt.

4.2.6. Vorgehen bei Uneinigkeit

1. Falls das Spital mit einer Kodierung des Revisors oder anderen Feststellungen, die der Revisor während seiner Tätigkeit gemacht hat, nicht einverstanden ist und auch im Gespräch keine Einigung erzielt werden kann, so gilt für die Erstellung des Revisionsberichts die Beurteilung und Kodierung des Revisors.
2. Der Revisor und das Spital können die umstrittene Kodierung gemeinsam dem Kodierungssekretariat des BfS zur Beurteilung vorlegen. Die Antwort erfolgt innerhalb 30 Tagen nach Erhalt der Anfrage. Auch in diesem Fall gilt, dass für den Revisionsbericht die Position des Revisors massgeblich ist. Die Differenz ist unabhängig von einer allfälligen Beurteilung durch das BfS im Revisionsbericht aufzuführen.

⁵ Messinstrumente gemäss gültigem CHOP-Katalog (Kapitel AA.-)

⁶ Die Mindestanforderung an die Dokumentation der Messinstrumente in der Rehabilitation entsprechen den Vorgaben unter den CHOP-Kodes: In den Patientenakten muss die Einschätzung durch die verantwortliche Person dokumentiert sein, um eine Nachvollziehbarkeit des Wertes sicher zu stellen.

5. Revisionsbericht

5.1. Inhalt des Revisionsberichts

1. Die Resultate der Revision werden im Revisionsbericht festgehalten. Die Angaben im Revisionsbericht dürfen keine Rückschlüsse auf die Identität von Patienten zulassen.
2. Der Revisionsbericht muss die Formvorschriften gemäss Anhang 2 einhalten und umfasst folgende Bestandteile:
 1. Bericht über die Kodierrevision
 2. Revisionsdatensätze

5.2. Verwendung und Veröffentlichung des Revisionsberichts

1. Das Spital muss die als „Zusammenfassung“ (Seite 4 des Musterrevisionsberichts) vorgenommenen Beurteilungen als wesentliche Aussagen des Revisionsberichts zugänglich machen. Es steht dem Spital frei, den gesamten Revisionsbericht zu publizieren.
2. Im Rahmen der Übermittlung der Revisionsdatensätze ist die Anonymität der Patientendaten jederzeit sicherzustellen, so dass kein Rückschluss auf die Patientenidentität möglich ist.
3. Anspruch auf den gesamten signierten Revisionsbericht im pdf Format inklusive der Revisionsdatensätze im dat Format haben folgende Empfänger:

Empfänger	Rechte des Berichtsempfängers
Revidiertes Spital	Kann frei über die Inhalte verfügen
Standortkanton	Mit Recht zur Weiterleitung an kantonsinterne Stellen
H+	Durch die Spitäler / H+ zu bestimmen. Zustelladresse: tarif@hplus.ch
santésuisse	Mit Recht zur Weiterleitung des gesamten Berichts an die angeschlossenen Krankenversicherer. Zustelladresse: mail@santesuisse.ch , Betreff: "Bericht der Kodierrevision"
curafutura	Mit Recht zur Weiterleitung des gesamten Berichts an die angeschlossenen Krankenversicherer. Zustelladresse info@curafutura.ch , Betreff: "Bericht der Kodierrevision"
MTK	Mit Recht zur Weiterleitung des gesamten Berichts an die angeschlossenen Unfallversicherer, die Militärversicherung und die Invalidenversicherung. Zustelladresse: info@zmt.ch
GDK	Mit Recht zur Weiterleitung des gesamten Berichts an alle Kantone. Zustelladressen: revisionsberichte@gdk-cds.ch oder rapportcodage@gdk-cds.ch
SwissDRG AG	ohne Recht zur Weiterleitung. Zustelladresse: reha@swissdrg.org
Kodierungssekretariat des BfS	Recht auf Anforderung bei Bedarf. Ohne Recht zur Weiterleitung

4. Der Revisor stellt sicher, dass der Revisionsbericht und der Revisionsdatensatz bis spätestens am 30. Juni des revidierten Datenjahres X+2 den oben aufgeführten Empfängern zugestellt werden.

6. Status

Version 3.0 verabschiedet vom Verwaltungsrat der SwissDRG AG in Bern am 06.03.2024.

Anhang 1 Stichprobe

- A) Für die Revision der Daten 2025 nach ST Reha wird pro Einrichtung eine Stichprobengrösse von 5% festgelegt. Die Stichprobengrösse beträgt jedoch für eine Einrichtung mindestens 30 und maximal 150 Fälle.
- B) Die Schätzung der Kodierungsdifferenz (Abweichung zwischen dem CMI der Einrichtung vor Revision und dem CMI der Einrichtung mit den Codes des Revisors) sowie die Art der Bestimmung eines 95%-Vertrauensintervalls müssen nachvollziehbar dokumentiert sein, d.h. eine Drittperson muss sie mit derselben Datengrundlage nachbilden können und auf exakt dasselbe Ergebnis kommen.
- C) Die Methoden zur Stichprobenziehung sowie zur Bestimmung der Stichprobengrösse müssen auf statistischen Grundsätzen beruhen, dokumentiert werden und wissenschaftlich validiert sein. Um wissenschaftliche Validität zu erlangen, werden zur Bestimmung von Stichprobengrösse und Vertrauensintervall der CMI-Differenz Bootstrap-Verfahren empfohlen. Weiter sollte für eine angemessene Repräsentation von Fällen mit hohem Kostengewicht gesorgt sein, was mittels geschichteter Stichprobenziehung oder der Verwendung von Einschlusswahrscheinlichkeiten erreicht werden kann.
- D) Alle Verfahren müssen nachvollziehbar dokumentiert sein, d.h. eine Drittperson muss sie mit derselben Datengrundlage nachbilden können und auf exakt dasselbe Ergebnis kommen. Falls eine geschichtete Stichprobenziehung stattfindet, so soll die exakte Definition der Strata (Kriterien, Grenzen, Umfänge) wiedergegeben werden. Falls eine gewichtete Stichprobenziehung erfolgt, so soll die Gewichtung ebenfalls exakt beschrieben werden und die Resultate gewichtet und ungewichtet ausgewiesen werden.
- E) Die statistischen Resultate aus den Stichproben müssen mit erwartungstreuen (d.h. nicht verzerrten) Schätzern bestimmt werden.
- F) Ein Beizug von Fachpersonen aus dem Gebiet der Statistik ist anzuraten.