



Pflichtenheft der Revisoren/Revisorinnen

Empfehlungen zur Revision der Kodierung von stationären akutsomatischen Spitalaufenthalten

Version 1.0

Das vorliegende Pflichtenheft definiert die Qualifikationen und Aufgaben des Revisors/der Revisorin. Ebenfalls dargelegt sind die Richtlinien, welche die Revisionsmodalitäten definieren. Es wurde unter der Leitung des BFS von Vertretern der Versicherer, Kantone und Spitäler verfasst. Das Pflichtenheft hat zum Zweck, die Art und Weise, wie Revisionen in der Schweiz durchgeführt werden, zu vereinheitlichen und ist als die Gesamtheit der Forderungen zu betrachten, welche die einzelnen involvierten Parteien (Versicherer, Spitäler und kantonale Behörde) in die Tarifverträge einfügen können. Damit die Resultate der Revisionen von verschiedenen Regionen oder Kantonen vergleichbar sind, empfehlen wir den Vertragspartnern nachdrücklich, dieses Pflichtenheft als solches zu übernehmen und nur ausnahmsweise besondere Bestimmungen hinzuzuführen.

Anpassungen dieses Pflichtenheftes werden je nach zukünftigen Bedürfnissen durchgeführt, insbesondere bei der Einführung der Swiss-DRG. Wenden Sie sich bitte für allfällige Anliegen oder Änderungswünsche an das Kodierungssekretariat des BFS. (codeinfo@bfs.admin.ch).

Qualifikationen des Revisors/der Revisorin

Ausbildung

Der Revisor/die Revisorin muss im Besitz des vom BFS ausgestellten offiziellen Kodierungsdiploms sein, eine Berufserfahrung von mindestens 3 Jahren zu 100% in diesem Bereich nachweisen können und die von der schweizerischen Expertengruppe für Klassifikationen im Gesundheitswesen und dem BFS durchgeführte Spezialprüfung für Revisoren bestanden haben oder ein gleichwertig anerkanntes Diplom¹ nachweisen.

Der Revisor/die Revisorin muss ausserdem über einer Berufserfahrung als Kodierer/in in einem Universitätsspital von mindestens 3 Jahren verfügen, um die Kodierrevision in den Universitätsspitalern durchführen zu können.

¹ Die Anerkennung wird durch eine von Vertretern der Expertengruppe für Klassifikationen im Gesundheitswesen und des BFS gebildete Kommission erstellt.

Der Revisor/die Revisorin muss mindestens zwei Mal im Jahr die Weiterbildungskurse absolvieren (Abbildung 1).

Die Vertragspartner können sich darauf verständigen, dass der Revisor/die Revisorin nicht kumulativ alle Anforderungen vollständig erfüllen muss, wenn anderenfalls auf eine Revision mangels Verfügbarkeit eines geeigneten Revisors / einer geeigneten Revisorin verzichtet werden müsste.

Verhalten

Der Revisor/die Revisorin verpflichtet sich, die vom BFS herausgegebenen Kodierungsrichtlinien wörtlich zu respektieren und in diesem Sinn für Unabhängigkeit und Unparteilichkeit zu garantieren. Dabei gilt es zu präzisieren, dass der Revisor/die Revisorin die Fälle des Spitals, in dem er angestellt ist, nicht revidieren darf. Ebenso muss er zum Zeitpunkt der Revision von den Vertretern der Leistungserbringer und der Kostenträger akzeptiert und als neutral anerkannt sein.

Zudem wird der Revisor gemeinsam von den beiden Vertragsparteien ernannt.

Der Revisor/die Revisorin kennt die Konsequenzen, die die Revision mit sich bringt:

- Notwendigkeit der Weiterbildung der betreffenden Kodierer/innen auf den neuesten Stand
- Auswirkungen der Kodierqualität auf die Finanzierung des Spitals

Der Revisor/die Revisorin lässt sich nicht beeinflussen von solchen Erwägungen und bleibt grundsätzlich neutral.

Aufgaben

Der Revisor/die Revisorin kennt die Grundsätze der externen Kontrollen (Kodierrevision) sowie die vom BFS herausgegebenen Richtlinien. Die Revision folgt strengstens den vom BFS herausgegebenen Kodierungsrichtlinien und stützt sich auf die zum Zeitpunkt der zu überprüfenden Periode in der Schweiz gültigen Versionen der medizinischen Klassifikationen.

Bemerkung

Wir weisen darauf hin, dass jeglicher Streit zwischen einem Revisor und einem/einer Kodierer/in bzw. einem Spital vom BFS und der Expertengruppe entschieden wird (siehe Punkt 7, Paragraph 6).

Der Berufsgang des Revisors (und des Kodierers) wird schematisch in der Abbildung 1 gezeigt.

**BFS / Schweizerische Experten-
gruppe für Klassifikationen im Ge-
sundheitswesen**
Durchführung selektiver Prüfungen für
Kodierer/innen und Revisor/innen mit
Erteilung von Diplomen
Letzte Instanz im Streitfall

Revisoren



Berufsausübung von **min-
destens 3 Jahren** im Be-
reich der Kodierung



Diplomierter Kodierer/in
(mit offiziellem Diplom oder
mit offizieller Anerkennung)



**Anerkannte offizielle Prü-
fung**
Vom BFS und die Experten-
gruppe organisiert



Kodierer/innen

**Weiterbildungskurse (nach
Thema oder Spezialgebiet)**
Ko-organisiert vom BFS und
den grossen Spitälern, Ertei-
lung eines Attests.
Obligatorisch für Revisoren

**Grundausbildung der Ko-
dierer,** Organisation der Kur-
se : Spitäler oder andere
Instanzen

Abbildung 1: Berufsgang des Revisors (und Kodierers)

Revisionsrichtlinien

Da die Revision vorwiegend den Anforderungen der Zahler entspricht, muss ihre Durchführung eine Antwort zu dieser essentiellen Frage liefern: ist der aufgrund der erfassten Codes in einem Betrieb berechnete Case-mix Index korrekt? Folgende Vorgehensweisen wurden zu diesem Zweck erarbeitet und die darausfolgenden statistischen Überlegungen sind im Anhang 1 zu finden.

Eine wie im Dokument beschrieben durchgeführte Revision erlaubt nicht nur die Kodierungsfehler sondern auch die daraus folgenden Auswirkungen auf die Spitalfinanzierung zu bewerten. Die Einschätzung dieser Auswirkungen braucht besondere statistische Methoden, die hier nicht im Detail beschrieben sind, weil das Ziel dieser Richtlinien nicht mit demjenigen eines wissenschaftlichen Lehrbuches verwechselt werden darf.

Ziel

- 1° Diese Richtlinien bestimmen die Mindestgrundsätze für die Kodierungsrevision, indem sie:
- die Ausführungsmodalitäten der Revision festlegen,
 - die Modalitäten der Revisionsberichterstattung festlegen.

Respektierung des Berufsgeheimnisses seitens des Revisors/der Revisorin

- 2° Die Feststellungen des Revisors/der Revisorin und die materiellen Elemente, die er/sie während der Kontrollaktivitäten erfahren hat, sind vertraulich, was ihn zur Wahrung des Berufsgeheimnisses gegenüber Dritten verpflichtet.

Bestimmung der Stichprobengrösse

- 3° ¹Die Stichprobengrösse wird nach der Formel im Anhang 1 berechnet.

Entnahme der Stichprobe

- 4° ¹Die Stichprobe wird nach dem Zufallsprinzip entnommen.
- ²Die Stichprobeentnahme wird in Zusammenarbeit mit dem Spital mindestens 10 Tage vor der Revision entnommen. So wird sichergestellt, dass die notwendigen Unterlagen rechtzeitig zur Verfügung stehen.
- ³Die Entnahme basiert auf den Austritten von somatischen Akutpatient/innen und wird im Prinzip vom Revisionsorgan vorgenommen.
- ⁴Falls der Anteil fehlender Patientenakten 10% erreicht und diese Fälle deshalb nicht überprüft werden können, entnimmt man nach dem Zufallsprinzip denselben Anteil anderer Patientenakten, um die der fehlenden Patient/innen zu ersetzen.

Revisionsverfahren

- 5° ¹Die Revision der Daten zur Hauptdiagnose wird mittels einer Nachkodierung durch den/die Revisor/in durchgeführt, der/die die ursprünglich vom Kodierer/von der Kodiererin des Spitals festgelegten Codes nicht kennt.

²Bezüglich Zusatz zur Hauptdiagnose, Nebendiagnosen und Behandlungen: diese werden anlässlich der Datenrevision (Übernahme der bestehenden Kodierung) überprüft, d.h., der/die Revisor/in kennt die ursprünglich vom Spital festgelegten Codes, wenn er seine eigene Kodierung vornimmt.

³Die vom/von der Revisor/in festgestellten Divergenzen werden schriftlich festgehalten und mit dem Verantwortlichen für die Kodierung des Spitals nach der Erstellung des provisorischen Berichtes diskutiert.

Inhalt der Revision

6°

¹Jeder Fall wird auf Basis der von den Kodierern verwendeten medizinischen Dokumenten (d.h. Protokoll der Eingriffe – z.B. Endoskopiebericht, Operationsprotokoll, Pathologiebericht und Austrittsbericht) anhand eines Evaluationsblattes (Anhang 2, Vorschlag BFS) kontrolliert. Die Form des Evaluationsblattes wird im Mandatsvertrag festgelegt.

²Für jedes zu kontrollierende Patientendossier werden die folgenden Daten des Minimaldatensatzes und des Zusatzdatensatzes für Neugeborene überprüft:

- Geburtsdatum,
- Geschlecht,
- Diagnosekodes,
- Behandlungskodes.

³Die Kodierung wird beurteilt als:

- **"richtig"**, wenn die zwei Codes identisch sind (d.h., wenn **alle** Stellen der Codes identisch sind).
- **"unpräzis"** wenn bei der 4. Stelle der ICD-10-Kodes und bei der 3. oder 4. Stelle der CHOP-Kodes Divergenzen erscheinen.
- **"falsch"** wenn Divergenzen bei der 2. oder 3. Stelle der ICD-10-Kodes oder bei der 2. Stelle der CHOP-Kodes erscheinen.
- **"absolut falsch"** wenn die 1. Stelle anders ist.

Ein Kode kann ausserdem als „fehlend“ oder „missbräuchlich angegeben“ bzw. „unnötig angegeben“ betrachtet werden. Die vorgeschlagene Typologie der Fehler wird in der folgenden Tabelle rekapituliert:

Kodierung	Diagnosekode (ICD-10)	Behandlungskode (CHOP)
richtig	☺☺☺.☺	☺☺.☺☺
unpräzis	☺☺☺.☹	☺☺.☹☺ oder ☺☺.☺☹
falsch	☺☹☺.☺ oder ☺☺☹.☺	☺☹.☺☺

absolut falsch	☹️☹️☹️☹️	☹️☹️☹️
nicht vorhanden	Der Kode wird nicht angezeigt, obwohl diese Diagnose für die aktuelle Hospitalisation von Belang ist und im Patientendossier erwähnt wird	Der Kode wird nicht angezeigt, obwohl die Behandlung im Patientendossier erwähnt wird
missbräuchlicher Kode	Der Kode wird angezeigt, während er in den für die Kodierung wichtigsten Unterlagen nicht erwähnt wird oder keine Verbindung auf die gegenwärtige Hospitalisierung zeigt	Der Kode wird angezeigt, während er in den für die Kodierung wichtigsten Unterlagen nicht erwähnt wird und keine Verbindung auf die gegenwärtige Hospitalisierung zeigt
unnötiger Kode	Der Kode wird angegeben, obwohl die Information bereits in einem gegebenen Kode enthalten ist	Der Kode wird angegeben, obwohl die Information bereits in einem gegebenen Kode enthalten ist

Definition „missbräuchlicher/unnötiger Kode“.

Als **unnötiger** Kode wird betrachtet:

- ♦ Jegliche Angabe von Kodes, die eine Informationsredundanz bedeuten. Beispiel: hämorrhagisches gastrojejunales Ulkus (K28.4 „blutendes Magen-Darmgeschwür, chronisch oder ohne Präzisierung“) in der Hauptdiagnose mit einer Nebendiagnose, die die Blutung angibt (K92.2 „Gastro-intestinale Blutung“, ohne Präzisierung). Dasselbe gilt in der Regel für die Kodierung von Symptomen, welche Bestandteile einer gestellten Diagnose.

Als **missbräuchlicher** Kode wird betrachtet:

- ♦ Jegliche Angabe von Kodes, die aus einer Interpretation des Patientendossiers herrühren – anders ausgedrückt: eine Kodierung von Pathologien bzw. Massnahmen, welche vom Arzt im Austrittsbericht oder in den für die Revision benutzten Dokumenten nicht beschrieben wurden.
- ♦ Jegliche Angabe von Pathologien bzw. Massnahmen, die keinen informativen Wert für die Fallbeschreibung haben. Beispiel: bei einem verunfallten Patienten mit einer Commotio cerebri, der 24 Stunden zur Überwachung im Spital behalten wird und bei dem eine aktuell nicht behandlungsbedürftige COPD bekannt ist, wird letztere nicht kodiert, weil sie für die aktuelle Hospitalisation nicht von Bedeutung ist.

Revisionsbericht

7°

¹Die Resultate der Datenkontrolle werden in einem Revisionsbericht festgehalten (Anhang 2).

²Es wird zwischen Resultaten nach Fall und Resultaten nach Betrieb unterschieden.

³Die nachfolgenden Elemente müssen im Revisionsbericht nach Fall zwingend aufgeführt werden:

- ◆ Anzahl und Art der Kodierungsfehler (mit Angabe des angegebenen und des korrigierten Codes), aufgegliedert nach:
 - Art des Fehlers
 - Hauptdiagnose/Zusatz zur Hauptdiagnose/Nebendiagnose/Hauptbehandlung/Nebenbehandlung
 - Diagnosekode vor der Revision,
 - Behandlungskode vor der Revision,
 - Diagnosekode nach der Revision,
 - Behandlungskode nach der Revision,
 - DRG-Gruppe vor der Revision,
 - DRG-Gruppe nach der Revision,
 - Unterschied des « cost-weight » vor und nach der Revision,
 - Art des Aufenthaltes vor der Revision (unterer Ausreisser, Normalfall, oberer Ausreisser),
 - Art des Aufenthaltes nach der Revision (unterer Ausreisser, Normalfall, oberer Ausreisser).

Folgende Angaben der Stichprobe werden ebenfalls den Vertragsparteien zur Verfügung gestellt:

- ◆ Name des Spitals,
- ◆ Identifikationsnummer des Patienten/der Patientin (BFS Variable 0.2.V01, anonymer Verbindungskode),
- ◆ Versicherungsart,
- ◆ Geburtsdatum (vollständiges Datum für Kinder unter 2 Jahren (erfüllt)),
- ◆ Geburtsgewicht (falls <29 Tage alt),
- ◆ Geschlecht,
- ◆ Eintrittsdatum,
- ◆ Art des Austritts (BFS Variable 1.5.V03, Aufenthalt nach Austritt),
- ◆ Aufenthaltsdauer (in Tagen und Stunden, ohne freie Tage),
- ◆ Austrittsdatum.

⁴Die nachfolgenden Elemente müssen im Revisionsbericht nach Betrieb zwingend aufgeführt werden:

- ◆ Anzahl und Prozentsatz der Fehler,
- ◆ Anzahl Nebendiagnosen pro Patient/in (Vergleich zwischen Stichprobe und dem Spital als Ganzes),
- ◆ Anzahl fehlender Patientendossiers, mit Angabe der nachselektierten Patientendossiers (siehe Punkt 4.4) und Begründung, warum diese Patientendossiers fehlten,
- ◆ Prozentsatz, Anzahl und Art der DRG-Änderungen (siehe Punkt 6),

- ◆ Eventuelle Auswirkung der missbräuchlichen bzw. unnötigen Codes auf die Gruppierung,
- ◆ Prozentsatz, Anzahl und Art der fehlenden Codes,
- ◆ Prozentsatz, Anzahl und Art der fehlerhaften DRGs trotz korrekter Kodierung,
- ◆ Case-Mix-Index vor und nach der Revision,
- ◆ Empfehlungen zur Verbesserung der Kodierungsqualität.

⁵Der Revisionsbericht wird dem Spital zur Stellungnahme vorgelegt. Die Frist zur Stellungnahme beträgt 10 Werkzeuge.

⁶Falls das Spital mit einer Kodierung des Revisoren/der Revisorin nicht einverstanden ist, liegt die Entscheidung beim Kodierungssekretariat des Bundesamtes für Statistik. Wenn die Meinungsdivergenz weiter besteht, entscheidet die Schweizerische Expertengruppe für Klassifikationen im Gesundheitswesen in letzter Instanz.

Auskunft:

Dr. med. Chantal Vuilleumier-Hauser,
BFS, Sektion Gesundheit,
Tel.: +41 32 71 36360
E-Mail: Chantal.Vuilleumier@bfs.admin.ch
Januar 2007

Anhang 1: Bestimmung der Stichprobengrösse

- a. Die verwendete Stichprobengrösse für eine Kodierrevision muss derart festgelegt werden, dass folgende Bedingung erfüllt ist: Die Abweichung zwischen dem Case Mix Index der Einrichtung, der aufgrund der erfassten Codes vor der Revision berechnet wurde und dem Case Mix Index der Einrichtung, der aufgrund der durch den Revisor festgelegten Codes berechnet wurde, wird bewertet mit einer Fehler-toleranz von ± 0.05 und einem Vertrauensintervall von 95%².
- b. Um die Stichprobengrösse zu berechnen kann jede Methode, die auf den Gesetzen der Statistik beruht und dieser Bedingung Rechnung trägt verwendet werden. Die zur Bestimmung der Stichprobengrösse verwendete Methode muss dokumentiert und wissenschaftlich validiert werden.
- c. Die minimale Stichprobengrösse entspricht jedoch 50 Fällen pro Spital. Wenn die berechnete Stichprobengrösse kleiner als 50 sein sollte, wird diese auf 50 fixiert.
- d. Die maximale Stichprobengrösse entspricht im Prinzip 300 Fällen pro Spital. Diese kann jedoch in gegenseitigem Einvernehmen nach oben angepasst werden.

Die untenstehende Formel kann zur Berechnung der Stichprobengrösse, gemäss den in diesem Reglement erwähnten Anforderungen verwendet werden³.

$$T = \text{ganzzahliger Wert} \left(\frac{\frac{k*k*s*s}{d*d}}{1 + \frac{(k*k*s*s/d*d)}{N}} + 0.5 \right)$$

Mit

T = Stichprobengrösse

k = 1.96

d = 0.05

s = geschätzte Standardabweichung der Differenz zwischen dem, auf den erfassten Codes vor der Revision berechneten Case Mix und dem, aufgrund der vom Revisor zugewiesenen Codes berechneten Case Mix

N = Grösse der Einrichtung (d.h. die Anzahl akut-somatischer, stationärer Fälle, die für die Revision berücksichtigt wurden)

Eine Schätzung der Standardabweichung (s) kann aus den Stichproben einer früheren Revision in den betroffenen Spitälern erlangt werden. Der Wert s unterscheidet sich von Einrichtung zu Einrichtung und ebenfalls von Jahr zu Jahr. Die bis heute gemachten Erfahrungen zeigen, dass sie sich zwischen 0.45 (mit einer Varianz von 0.20) und 0.10 (mit einer Varianz von 0.01) befindet. In Abwesenheit von Daten, die

² Die Wahrscheinlichkeit, dass die Abweichung zwischen dem geschätzten Wert und dem tatsächlichen (aber unbekanntem) Wert 0.05 übersteigt ist somit 5%.

³ Diese Formel wurde von Prof. Alfio Marazzi vom « Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne » vorgeschlagen.

eine Schätzung der Standardabweichung ermöglichen, muss der Wert 0.35 verwendet werden (was einer Varianz von 0.12 entspricht)⁴.

Im Falle von Schwierigkeiten bei der Berechnung der Stichprobengrösse, sollte ein Statistik-Spezialist herbeigezogen werden.

⁴ Zum Beispiel: wenn $N=3'000$ und $s=0.35$ ist T gleich 177; wenn $N=8'000$ und $s=0.35$ ist T gleich 184; wenn $N=8'000$ und $s=0.12$ ist T gleich 34 (die Stichprobengrösse müsste also auf 50 statt 34 festgelegt werden).

Anhang 2: Evaluationsblatt (ein Blatt pro geprüften Fall)

Dossier Nr.:	Anonymer Verbindungscode (0.2.V01):		Austrittsart (1.5.V03):								
Geburtsdatum	Jahr – Monat – Tag <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>										
Geschlecht	1 = männlich <input type="checkbox"/> 2 = weiblich <input type="checkbox"/>										
	Ausganskode	Kode des Revisors	Beurteilung (richtig, ungenau, falsch, absolut falsch, nicht vorhandener Kode, missbräuchlicher Kode, unnötiger Kode)								
Hauptdiagnose (1.6.V01)											
Zusatz zur HD (1.6.V02)											
Nebendiagnose (1.6.V03)											
Nebendiagnose (1.6.V04)											
Nebendiagnose (1.6.V05)											
Nebendiagnose (1.6.V06)											
Nebendiagnose (1.6.V07)											
Nebendiagnose (1.6.V08)											
Nebendiagnose (1.6.V09)											
Nebendiagnose (1.6.V010)											
Hauptbehandlung (1.7.V01)											
Nebenbehandlung (1.7.V03)											
Nebenbehandlung (1.7.V04)											
Nebenbehandlung (1.7.V05)											
Nebenbehandlung (1.7.V06)											
Nebenbehandlung (1.7.V07)											
Nebenbehandlung (1.7.V08)											

Nebenbehandlung (1.7.V09)			
Nebenbehandlung (1.7.V010)			
Nebenbehandlung (1.7.V011)			

DRG (vor Revision)		Entsprechendes CW	
DRG (nach Revision)		Entsprechendes CW	

Anhang 3: Resultate der Kontrolle (absolute Zahlen)

Spital:				
	Richtig	Ungenau	Falsch	Absolut falsch
Hauptdiagnose (1.6.V01)				
Zusatz zur HD (1.6.V02)				
Nebendiagnose (1.6.V03)				
Nebendiagnose (1.6.V04)				
Nebendiagnose (1.6.V05)				
Nebendiagnose (1.6.V06)				
Nebendiagnose (1.6.V07)				
Nebendiagnose (1.6.V08)				
Nebendiagnose (1.6.V09)				
Nebendiagnose (1.6.V010)				
Hauptbehandlung (1.7.V01)				
Nebenbehandlung (1.7.V03)				
Nebenbehandlung (1.7.V04)				
Nebenbehandlung (1.7.V05)				
Nebenbehandlung (1.7.V06)				
Nebenbehandlung (1.7.V07)				
Nebenbehandlung (1.7.V08)				
Nebenbehandlung (1.7.V09)				
Nebenbehandlung (1.7.V010)				
Nebenbehandlung (1.7.V011)				

Anhang 3bis: Resultate der Kontrolle (Prozentsatz)

Spital:				
	Richtig (%)	Ungenau (%)	Falsch (%)	Absolut falsch (%)
Hauptdiagnose (1.6.V01)				
Zusatz zur HD (1.6.V02)				
Nebendiagnose (1.6.V03)				
Nebendiagnose (1.6.V04)				
Nebendiagnose (1.6.V05)				
Nebendiagnose (1.6.V06)				
Nebendiagnose (1.6.V07)				
Nebendiagnose (1.6.V08)				
Nebendiagnose (1.6.V09)				
Nebendiagnose (1.6.V010)				
Hauptbehandlung (1.7.V01)				
Nebenbehandlung (1.7.V03)				
Nebenbehandlung (1.7.V04)				
Nebenbehandlung (1.7.V05)				
Nebenbehandlung (1.7.V06)				
Nebenbehandlung (1.7.V07)				
Nebenbehandlung (1.7.V08)				
Nebenbehandlung (1.7.V09)				
Nebenbehandlung (1.7.V010)				
Nebenbehandlung (1.7.V011)				

Missbräuchliche Kodes	
Anzahl (absolute Zahl)	
Prozentsatz	
Auswirkung auf die Gruppierung, Anzahl	
Auswirkung auf die Gruppierung, Prozentsatz	

Unnötige Kodes	
Anzahl (absolute Zahl)	
Prozentsatz	
Auswirkung auf die Gruppierung, Anzahl	
Auswirkung auf die Gruppierung, Prozentsatz	

Nicht vorhandene Kodes	
Anzahl (absolute Zahl)	
Prozentsatz	
Auswirkung auf die Gruppierung, Anzahl	
Auswirkung auf die Gruppierung, Prozentsatz	

	Anzahl (absolute Zahl)	Prozentsatz
Geänderte DRG		
Höhere CW nach Revision		
Weniger hohe CW nach Revision		
Kein Einfluss auf die CW		
Case-Mix Index vor der Revision		
Case-Mix Index nach der Revision		

Anzahl Nebendiagnosen/Patient	
--------------------------------------	--

Anzahl fehlende Dossiers	
Begründung	