

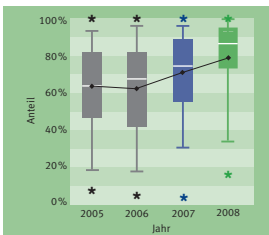
## Abbildung 1: Ergebnisdarstellung

### Bezeichnung der dargestellten Qualitätskennzahl

Textliche Kurzbeschreibung der Rechenregel zur dargestellten Qualitätskennzahl

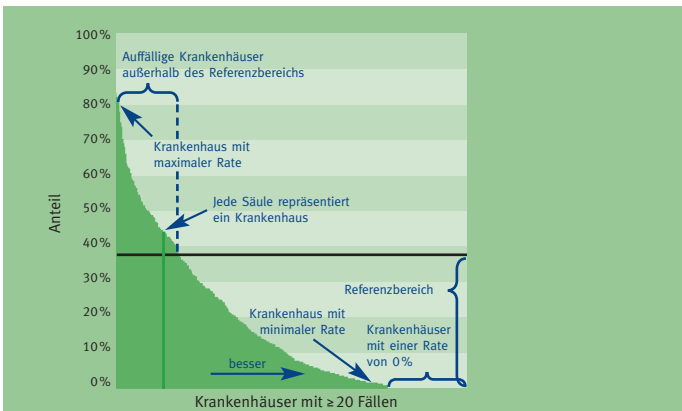
Ergebnisse	2005	2006	2007	2008
Gesamtergebnis	Ergebnis der Qualitätskennzahl für Deutschland in dem jeweiligen Jahr. Die Berechnung erfolgt je nach Kennzahl als Anzahl, Anteil (Rate), Median, risikoadjustierte Rate oder Verhältniszahl. Mehr dazu im Abschnitt Glossar unter „Rate“ und „Verhältniszahl“.			
Vertrauensbereich	95 %-Vertrauensbereich des Gesamtergebnisses. Mehr dazu im Abschnitt Glossar unter „Vertrauensbereich (Konfidenzintervall)“.			
Gesamtzahl der Fälle	Anzahl der Fälle in der Grundgesamtheit, die dem Gesamtergebnis zugrunde liegt. Mehr dazu im Abschnitt Glossar unter „Grundgesamtheit“.			

### Vergleich mit Vorjahresergebnissen



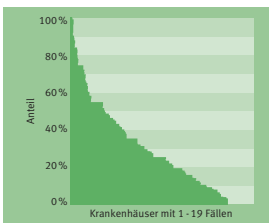
Verlaufsdarstellung der Ergebnisse für die dargestellte Qualitätskennzahl der Jahre 2005 bis 2008. Mehr dazu im Abschnitt „Verlaufsdarstellung 2005 bis 2008“.

### Ergebnisse 2008 für x Krankenhäuser mit $\geq 20$ Fällen



Median der Krankenhäusergebnisse	s. im Glossar „Median der Krankenhäusergebnisse“
Spannweite der Krankenhäusergebnisse	s. im Glossar „Spannweite der Krankenhäusergebnisse“
Referenzbereich	s. im Glossar „Referenzbereich“
Anzahl auffälliger Krankenhäuser 2008	a von x (Anzahl der Krankenhäuser mit $\geq 20$ Fällen, deren Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs liegen)

### Ergebnisse 2008 für y Krankenhäuser mit 1 bis 19 Fällen



Anzahl der Krankenhäuser in der Grundgesamtheit von k Krankenhäusern mit

0 Fällen	z Krankenhäuser
----------	-----------------

Anzahl auffälliger Krankenhäuser mit

1 - 19 Fällen	b von y
---------------	---------

### Basisinformation

Kennzahl-ID	Eindeutige Identifikationsnummer der dargestellten Qualitätskennzahl
Risikoadjustierung	Methode der Risikoadjustierung für die dargestellte Qualitätskennzahl. Mehr dazu im Kapitel „Risikoadjustierung“.
Grundlageninformation zum Qualitätsindikator	Verweis auf die Definition von Kennzahl und Qualitätsindikator auf <a href="http://www.bqs-qualitaetsindikatoren.de">www.bqs-qualitaetsindikatoren.de</a>

## Einleitung

In der BQS-Bundesauswertung 2008 wurden für die Analyse der qualitätsrelevanten Daten verschiedene statistische Methoden eingesetzt. Dieses Kapitel gibt einen Überblick über die verwendeten Verfahren und Darstellungsformen. Am Ende des Kapitels folgt ein Glossar, in dem häufig gebrauchte statistische Begriffe erklärt werden.

## Ergebnisdarstellung

Zu den Auswertungen der einzelnen Qualitätskennzahlen werden die wichtigsten beschreibenden Statistiken in einer wiederkehrenden Form tabellarisch dargestellt (Abbildung 1).

Im Tabellenkopf werden die Bezeichnung der dargestellten Qualitätskennzahl und darunter die Kurzbeschreibung der Rechenregel angegeben. Das Ergebnis in der BQS-Bundesauswertung 2008 und so weit möglich auch die Vorjahresergebnisse für die Jahre 2005 bis 2007 werden als Gesamtergebnis für alle Patienten mit dem 95 %-Vertrauensbereich und der Gesamtzahl der Fälle in der Grundgesamtheit dargestellt (Kopf der Ergebnistabelle).

Die Verlaufsdarstellung 2005 bis 2008 („Vergleich mit Vorjahresergebnissen“) zeigt die Ergebnisse zu den BQS-Qualitätskennzahlen im zeitlichen Verlauf der zurückliegenden vier Jahre. Damit kann die Entwicklung der einzelnen Qualitätskennzahl über die Zeit abgelesen werden (siehe auch Abschnitt „Verlaufsdarstellung 2005 bis 2008“).

Die Verteilung der Krankenhäusergebnisse für das Jahr 2008 wird in zwei Säulendiagrammen (Benchmarkgrafiken) dargestellt. Dabei repräsentiert jede Säule das Ergebnis eines Krankenhauses. Die Ergebnisse der Krankenhäuser sind von links nach rechts nach Ergebnissen sortiert aufgetragen. Krankenhäuser mit besseren Ergebnissen werden stets auf der rechten Seite der Benchmarkgrafik dargestellt.

Die größere Benchmarkgrafik enthält in der Regel die Ergebnisse jener Krankenhäuser, die mindestens 20 Fälle in der Grundgesamtheit der Qualitätskennzahl haben. Um aber alle Krankenhäuser bei der Qualitätsdarstellung zu berücksichtigen, werden auch die Ergebnisse der Krankenhäuser mit 1 bis 19 Fällen in einer kleineren Benchmarkgrafik dargestellt. Diese Trennung der Ergebnisse der Krankenhäuser mit 1 bis 19 und  $\geq 20$  Fällen in zwei separate Blöcke trägt dem Umstand Rechnung, dass einerseits alle Krankenhäuser in der Qualitätsdarstellung berücksichtigt werden, andererseits aber die Ergebnisse einer Qualitätskennzahl für Krankenhäuser mit kleiner Fallzahl einer größeren statistischen Ungenauigkeit unterliegen.

Die statistische Ungenauigkeit bei Krankenhäusern mit kleiner Fallzahl ergibt sich aus folgender Konstellation: Bei 20 Fällen entspricht ein Ereignis im Zähler der Qualitätskennzahl – zum Beispiel eine Wundinfektion – 5%. Für Krankenhäuser mit weniger Fällen schlägt der Indikator bereits bei einem einzelnen Ereignis – zum Beispiel einem Fall mit Wundinfektion – stark aus. Im Beispiel entspräche eine Wundinfektion bei zehn Fällen einer Rate von 10%, bei einer Infektion auf fünf Fälle sogar einer Rate von 20%. Daher zeigt die Verteilung der Krankenhäusergebnisse für Krankenhäuser mit kleiner Fallzahl häufiger starke statistische Ausreißer.

Unterhalb der ersten Benchmarkgrafik werden jeweils der Median und die Spannweite der Krankenhäusergebnisse dargestellt. Diese werden in der Regel auf der Basis der Ergebnisse der Krankenhäuser mit  $\geq 20$  Fällen bestimmt. Krankenhäuser, deren Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs liegen, werden als auffällig bezeichnet. Die Anzahl der auffälligen Krankenhäuser wird getrennt für solche mit  $\geq 20$  Fällen und 1 bis 19 Fällen in der Grundgesamtheit angegeben. Die Anzahl der Krankenhäuser, die  $\geq 20$  Fälle, 1 bis 19 Fälle und 0 Fälle in der jeweiligen Grundgesamtheit haben, werden in der Ergebnistabelle ebenfalls aufgeführt.

### Verlaufsdarstellung 2005 bis 2008

Der BQS-Qualitätsreport 2008 zeigt die Ergebnisse zu den BQS-Qualitätskennzahlen im zeitlichen Verlauf der zurückliegenden vier Jahre. Damit kann die Entwicklung der einzelnen Qualitätskennzahl über die Zeit abgelesen werden.

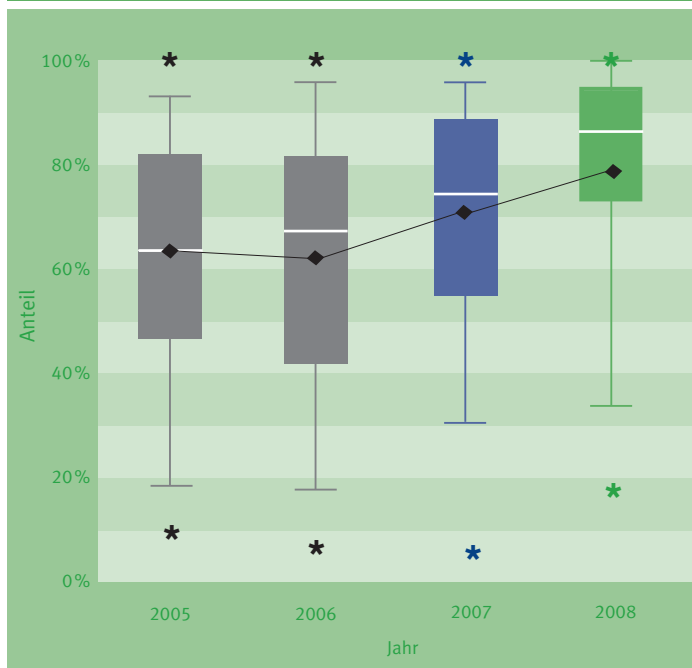
#### Diagrammaufbau

Die Verlaufsdarstellung (Abbildung 2) besteht aus je einem Box-and-Whisker-Plot zur Darstellung der Krankenhäusergebnisse in aufeinanderfolgenden Erfassungsjahren. Zusätzlich sind die Gesamtergebnisse und die zugehörige Trendlinie dargestellt. Rechts neben dem Diagramm beschreibt ein kurzer Text, inwieweit die Ergebnisse der Jahre miteinander vergleichbar sind.

#### Trenddarstellung für das Gesamtergebnis

Die Gesamtergebnisse der vier Erfassungsjahre sind als Raute eingezeichnet und mit einer Linie verbunden, die den Trend visualisiert (Abbildung 3). Gesamtergebnisse werden aus den Daten aller Patienten in der Grundgesamtheit der Kennzahl berechnet und beinhalten auch die Daten von Patienten, die in Krankenhäusern mit weniger als 20 Fällen in dem Jahr behandelt wurden.

Abbildung 2: Verlaufsdarstellung als Box-and-Whisker-Plot



Die BQS-Standarddarstellung für die Analyse der Ergebnisentwicklung im Zeitverlauf zeigt die Verteilung der Ergebnisse einer Qualitätskennzahl für jedes Jahr in einem Box-and-Whisker-Plot. Das Gesamtergebnis wird jeweils als Raute mit Trendlinien dargestellt.

Abbildung 3: Trenddarstellung für das Gesamtergebnis



### Verteilung der Krankenhausergebnisse

Im Box-and-Whisker-Plot werden Daten anhand von Perzentilen zusammenfassend dargestellt (Abbildung 4). Die Box (der Balken) wird begrenzt durch das 25 %- und das 75 %-Perzentil, sie umfasst demnach die mittleren 50 % der Verteilung. Die Whiskers sind vertikale, dünne „Schnurrhaar-Linien“, die die Box ausdehnen. Sie verbinden im BQS-Qualitätsreport 2008 das 25 %-Perzentil durch eine Linie mit dem 5 %-Perzentil und das 75 %-Perzentil mit dem 95 %-Perzentil. Minimum und Maximum werden durch einen Stern gekennzeichnet. Die Grundgesamtheit für den Box-and-Whisker-Plot wird von den Krankenhäusern mit  $\geq 20$  Fällen gebildet.

Der durch eine weiße Linie gekennzeichnete Median teilt die Anzahl der Beobachtungen (hier die teilnehmenden Krankenhäuser mit  $\geq 20$  Fällen) in zwei Hälften. Er wird von extremen Werten (Ausreißern) praktisch kaum beeinflusst. Deshalb eignet sich der Median bei unsymmetrischen Verteilungen besser als das arithmetische Mittel zur Darstellung des Mittelpunkts einer Verteilung.

Bei extremen Verteilungen der Krankenhausergebnisse verändert sich der Box-and-Whisker-Plot deutlich gegenüber der Beispielabbildung. Liegen einzelne oder gar mehrere Perzentile bei 0 oder 100 %, so fehlen die Whiskers, der obere oder untere Teil der Box oder in einzelnen Fällen die ganze Box. Ist beispielsweise nur das Maximum größer als 0 %, schrumpft der Plot auf eine nicht sichtbare waagerechte Linie bei 0 % zusammen und nur ein einzelner Stern für das Maximum ist zu sehen.

### Berechnungsgrundlagen der Vorjahresergebnisse

#### Datenbasis für Vorjahresergebnisse

Als Datenbasis für die Verlaufsdarstellung dient der BQS-Bundesdatenpool 2005 bis 2008 (Tabelle 1).

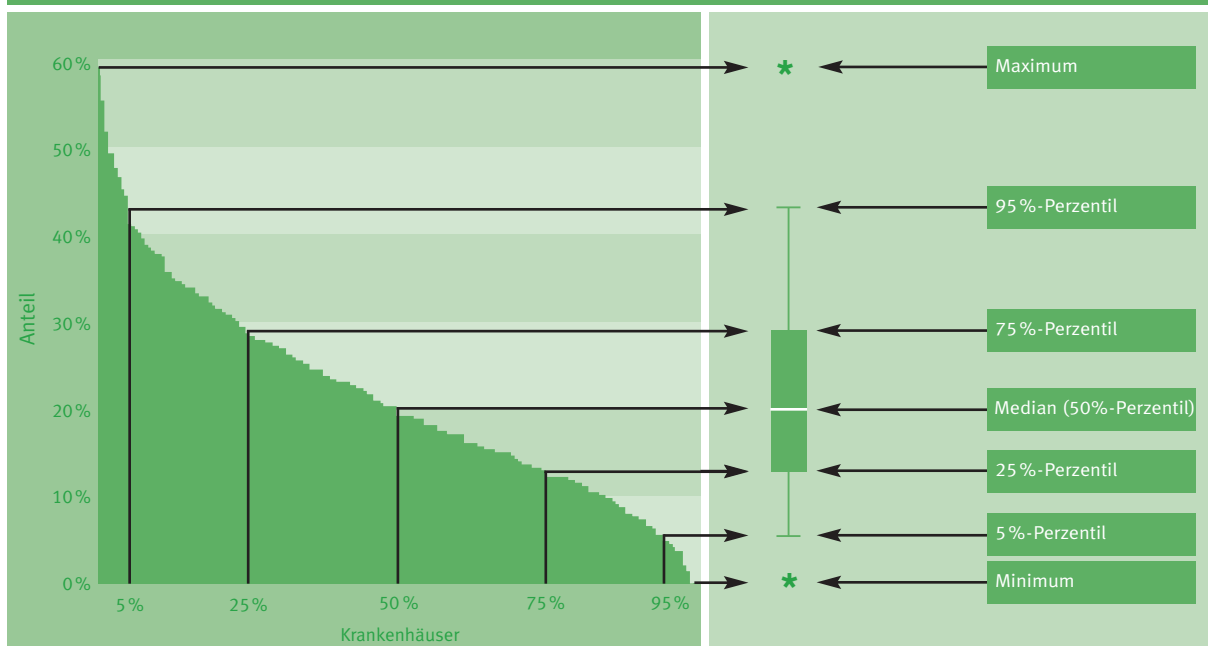
#### Rechenregeln für Vorjahresergebnisse

Neben den Ergebnissen der BQS-Bundesauswertung 2008 sind in den Ergebnistabellen auch die Vorjahresergebnisse für die Jahre 2005 bis 2007 dargestellt. Dabei werden die Qualitätskennzahlen aus den Daten der Jahre 2005, 2006 und 2007 aus Gründen der Vergleichbarkeit mit den Rechenregeln der BQS-Bundesauswertung 2008 gerechnet. Zu Abweichungen von den in den BQS-Qualitätsreports 2005 bis 2007 und in den BQS-Bundesauswertungen 2005 bis 2007 dargestellten Ergebnissen kommt es in den Fällen, in denen die Rechenregeln der Qualitätskennzahl im Laufe der vier Jahre überarbeitet und verändert worden sind.

**Tabelle 1: Vergleichbarkeit der Vorjahresergebnisse (Berechnungsgrundlagen)**

Ergebnisse	2005	2006	2007	2008
Auslöser	QS-Filter 2005	QS-Filter 2006	QS-Filter 2007	QS-Filter 2008
Datensatz	2005 Version 8.0	2006 Version 9.0	2007 Version 10.0	2008 Version 11.0
Rechenregel	2008	2008	2008	2008

**Abbildung 4: Beziehung zwischen Benchmarkgrafik und Box-and-Whisker-Plot**



Die Abbildung zeigt, wie Perzentile und Extremwerte der Benchmarkgrafik auf der linken Seite im Box-and-Whisker-Plot auf der rechten Seite abgebildet werden. Die schwarzen Pfeile führen von der Benchmarkgrafik zu der Stelle im Box-and-Whisker-Plot, an der die rechts außen genannte Maßzahl dargestellt wird.

## Strukturierter Dialog zum Erfassungsjahr 2007

Im Strukturierten Dialog analysieren die Fach- und Arbeitsgruppen auf Bundes- und Landesebene gemeinsam mit den Krankenhäusern auffällige Ergebnisse und vereinbaren gegebenenfalls Verbesserungsmaßnahmen. Im BQS-Qualitätsreport 2008 wird berichtet, in welchem Umfang und mit welchen Ergebnissen der Strukturierte Dialog zu den Kennzahlen des Erfassungsjahres 2007 geführt wurde (Tabelle 2).

Bei den direkten Leistungsbereichen (Herzchirurgie und Transplantationsmedizin) wird der Strukturierte Dialog von den BQS-Fachgruppen und der BQS geführt. Für die indirekten Leistungsbereiche führen ihn die jeweilige Arbeitsgruppe auf Landesebene und die Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (LQS) (siehe Zeile „Durchführung des Strukturierten Dialogs“).

Nicht in allen Bundesländern wurde der Strukturierte Dialog zu allen Qualitätsindikatoren geführt (siehe Zeile „Bundesländer, in denen dieser QI verwendet wurde“). Wie viele der Krankenhäuser in diesen Ländern rechnerisch auffällig waren, zeigt die Zeile „Rechnerisch auffällige Krankenhäuser“.

Eine rechnerische Auffälligkeit zieht – unabhängig davon, ob die Fallzahl des Krankenhauses über oder unter 20 liegt – im Strukturierten Dialog in der Regel mindestens eine Aufforderung zur Stellungnahme nach sich. In einigen Fällen werden aber auch nur Hinweise verschickt oder es wird entschieden, dass keine weiteren Maßnahmen im Strukturierten Dialog ergriffen werden. In der Tabelle wird die Häufigkeit der verschiedenen Maßnahmen dargestellt.

Schließlich wird noch die Häufigkeit der genannten Hauptgründe dargestellt, die die Krankenhäuser in ihren Stellungnahmen als Grund für die Auffälligkeiten angegeben haben, und wie häufig das Fachgremium die Auffälligkeit abschließend als qualitativ auffällig eingestuft hat.

**Tabelle 2: Darstellung von Umfang und Ergebnissen des Strukturierten Dialogs zu einer Qualitätskennzahl**

Strukturierter Dialog zum Erfassungsjahr 2007	
Durchführung des Strukturierten Dialogs	Hier ist dargestellt, ob der Strukturierte Dialog durch die Geschäftsstelle auf Landesebene oder die BQS durchgeführt wurde.
Bundesländer, in denen dieser Qualitätsindikator verwendet wurde	Anzahl der Geschäftsstellen, die diesen Indikator im Strukturierten Dialog 2007 eingesetzt haben.
Rechnerisch auffällige Krankenhäuser	Anzahl der Krankenhäuser, deren Ergebnisse den Referenzbereich nicht erreichen.
<b>Maßnahmen bei rechnerisch auffälligen Krankenhäusern:</b>	
keine Maßnahmen dokumentiert	Anzahl der Auffälligkeiten, bei denen von den Geschäftsstellen keine Maßnahmen des Strukturierten Dialogs dokumentiert wurden.
Hinweis verschickt	Anzahl der auffälligen Krankenhäuser, an die Hinweise versandt wurden.
Aufforderung zur Stellungnahme	Anzahl der auffälligen Krankenhäuser, die um eine schriftliche oder mündliche Stellungnahme gebeten wurden.
<b>Hauptgrund in der Stellungnahme des Krankenhauses:</b>	
Dokumentationsprobleme	Das Krankenhaus erklärt die rechnerischen Auffälligkeiten damit, dass eine fehlerhafte Dokumentation für die Qualitätssicherung erfolgte. Dies schließt Softwareprobleme ein.
Patientenkollektiv mit besonderem Risikoprofil	Das Krankenhaus erklärt die rechnerischen Auffälligkeiten damit, dass Patienten mit besonders schwerwiegenden Erkrankungen behandelt wurden, die durch die Risikoadjustierung des Indikators nicht erfasst werden.
als unvermeidbar bewertete Einzelfälle	Das Krankenhaus erklärt die rechnerischen Auffälligkeiten damit, dass für die betreffenden Einzelfälle belegt werden kann, dass die gemessenen Ereignisse als unvermeidbar anzusehen sind.
kein Grund	Das Krankenhaus erklärt die Gründe für die rechnerischen Auffälligkeiten nicht.
sonstiger Grund	Das Krankenhaus erklärt die rechnerische Auffälligkeit durch organisatorische oder „sonstige“ Gründe.
Mängel eingeräumt	Das Krankenhaus räumt ein Qualitätsproblem ein.
Abschließende Einstufung als qualitative Auffälligkeit	Anzahl der analysierten Stellungnahmen, bei denen die Fach- oder Arbeitsgruppen ein Qualitätsproblem festgestellt haben.

## Leseanleitung

### Glossar

#### Anteil

Siehe Rate

#### Gesamtergebnis

Die Gesamtergebnisse werden aus den Daten aller Patienten in der Grundgesamtheit einer Kennzahl berechnet. Sie beinhalten in der BQS-Bundesauswertung auch die Daten von Patienten, die in Krankenhäusern mit weniger als 20 Fällen behandelt wurden.

#### Grundgesamtheit

Die Grundgesamtheit einer Qualitätskennzahl umfasst alle Merkmalsträger (Fälle) mit den beschriebenen Eigenschaften. Was unter einem „Fall“ zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit der Qualitätskennzahl. Damit kann ein „Patient“, eine „Operation“ oder eine „Intervention“ gemeint sein.

#### Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

#### Median der Krankhausergebnisse

Der Median ist ein Maß, das den Mittelpunkt der Verteilung beschreibt. Er liegt zwischen 50% der kleinsten und 50% der größten Krankhausergebnisse (50%-Perzentile). In der BQS-Bundesauswertung wird er – bis auf wenige gekennzeichnete Ausnahmen – aus den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der Grundgesamtheit bestimmt.

#### Perzentile der Krankhausergebnisse

Für das x%-Perzentil der Krankhausergebnisse gilt, dass x% der Krankhausergebnisse kleiner oder gleich dem x. Perzentil sind. Haben beispielsweise 25% der untersuchten Krankenhäuser eine Wundinfektionsrate von 1,5% oder kleiner, so ist in diesem Beispiel 1,5% das 25%-Perzentil. In der BQS-Bundesauswertung wird es – bis auf wenige gekennzeichnete Ausnahmen – aus den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der Grundgesamtheit bestimmt.

#### Qualitätsindikator

Ein Qualitätsindikator dient der Bewertung, ob ein Qualitätsziel erreicht wird. Ein Indikator ist kein direktes Maß der Qualität. Es ist ein Werkzeug, das zur Leistungsbewertung dient und das die Aufmerksamkeit auf Problembereiche lenken kann, die einer intensiven Überprüfung innerhalb einer Organisation bedürfen.

#### Qualitätskennzahl

Die Qualitätskennzahlen eines Qualitätsindikators geben die zahlenmäßige Ausprägung des Qualitätsindikators für alle Fälle im Bundes- oder Landesdatenpool (Gesamtergebnis) oder für die Fälle eines einzelnen Krankenhauses (Krankhausergebnis) wieder. Jedem Qualitätsindikator werden eine oder mehrere Qualitätskennzahlen zugeordnet.

Beispielsweise lässt sich der Qualitätsindikator „Wundheilungsstörungen“ über die Kennzahl des prozentualen Anteils von Wundinfektionen an den dokumentierten Fällen bestimmen. Qualitätskennzahlen werden zusammen mit ihrem Vertrauensbereich und ihrem Referenzbereich angegeben. Die Verteilung der Kennzahl wird im BQS-Qualitätsreport jeweils durch Säulendiagramme („Benchmarkgrafiken“) dargestellt (Verteilung der Krankhausergebnisse).

#### Qualitätsziel

Ein Qualitätsziel beschreibt Anforderungen an die Qualität der Behandlung. Es wird von den BQS-Fachgruppen definiert, in dem der Satz „Gute Qualität ist, wenn ...“ ergänzt wird. Der Grad, in dem ein Qualitätsziel durch Einrichtungen des Gesundheitswesens erreicht wird, wird mit Hilfe von Qualitätsindikatoren und Qualitätskennzahlen gemessen.

#### Rate (Anteil)

Eine Rate beschreibt den prozentualen Anteil einer Merkmalsausprägung (Zähler) unter allen betrachteten Merkmalsträgern (Grundgesamtheit = Nenner). Neben dem prozentualen Anteil wird in der Regel auch der so genannte Vertrauensbereich (Konfidenzintervall) dieses Anteils angegeben.

#### Referenzbereich

Der Referenzbereich gibt den Bereich einer Qualitätskennzahl für erreichbar gute Qualität an. Der Referenzbereich kann auch als „Unauffälligkeitsbereich“ bezeichnet werden.

Es werden Zielbereiche und Toleranzbereiche unterschieden:

- **Zielbereich:** Gestützt auf wissenschaftliche Untersuchungen wird definiert, welches Ergebnis als gute Qualität anzusehen ist. Für diese Indikatoren wird ein fester Wert als Referenzbereichsgrenze festgelegt.
- **Toleranzbereich:** Für einige Indikatoren lässt sich keine sichere Grenze festlegen, die erreichbar gute Qualität beschreibt. Hier wird der Referenzbereich so festgelegt, dass er besonders auffällige Ergebnisse abgrenzt. Dies kann sowohl über einen festen Wert als auch über ein Perzentil erfolgen (Perzentil-Referenzbereich).

Generell gilt, dass Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich ziehen.

### Sentinel Event

Sentinel-Event-Indikatoren erfassen sehr seltene, schwerwiegende Ereignisse (Sentinel Events). Jeder Einzelfall stellt eine Auffälligkeit dar, die eine Einzel- fallanalyse im Strukturierten Dialog (siehe Kapitel „Strukturierter Dialog“) nach sich zieht. Für solche Qualitätsindikatoren wird in der Ergebnistabelle als Referenzbereich „Sentinel Event“ aufgeführt.

### Spannweite der Krankenhausergebnisse

Die Spannweite gibt den minimalen und maximalen Wert der Krankenhausergebnisse für eine Kennzahl an. Die Spannweite ist ein Maß für die Streuung der Verteilung. In der BQS-Bundesauswertung wird sie aus den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der Grundgesamtheit bestimmt.

### Toleranzbereich

Siehe Referenzbereich

### Verhältniszahl

Der Quotient zweier sachlich in Verbindung stehender Merkmale heißt Verhältniszahl. Dabei ist nicht wie bei einer Rate (siehe oben) der Zähler eine Untermenge des Nenners. Ein Beispiel für eine Verhältniszahl ist eine der Kennzahlen für die Indikation zur Herzschrittmacher-Revision: Hier wird der Quotient aus der Anzahl von Sondenproblemen und der Anzahl von Erstimplantationen und Aggregatwechseln einer Institution berechnet.

### Verlaufsdarstellung

Der BQS-Qualitätsreport 2008 zeigt die Ergebnisse zu den BQS-Qualitätskennzahlen im zeitlichen Verlauf der zurückliegenden vier Jahre. Damit kann die Entwicklung der einzelnen Qualitätskennzahl über die Zeit abgelesen werden (vergleiche Abschnitt „Verlaufsdarstellung 2005 bis 2008“).

### Vertrauensbereich (Konfidenzintervall)

Der Vertrauensbereich gibt den Wertebereich an, in dem das Ergebnis, meist der prozentuale Anteil, mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse liegt.

### Vorjahresergebnisse

Siehe Verlaufsdarstellung

### Zielbereich

Siehe Referenzbereich