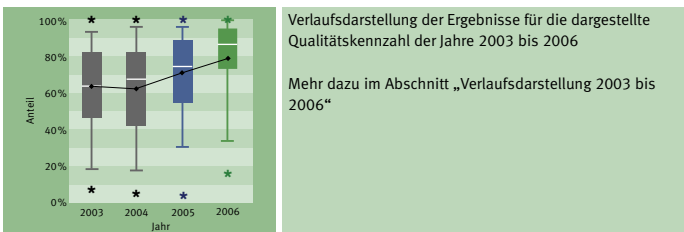


## Bezeichnung der dargestellten Qualitätskennzahl

Textliche Kurzbeschreibung der Rechenregel zur dargestellten Qualitätskennzahl				
Ergebnisse	2003	2004	2005	2006
Gesamtergebnis	Ergebnis der Qualitätskennzahl für Deutschland in dem jeweiligen Jahr. Die Berechnung erfolgt je nach Kennzahl als Anzahl, Anteil (Rate), Median, risiko-adjustierte Rate oder Verhältniszahl. Mehr dazu im Glossar unter „Rate“ und „Verhältniszahl“			
Vertrauensbereich	95%-Vertrauensbereich des Gesamtergebnisses. Mehr dazu im Glossar unter „Vertrauensbereich (Konfidenzintervall)“			
Gesamtzahl der Fälle	Anzahl der Fälle in der Grundgesamtheit, die dem Gesamtergebnis zugrunde liegt. Mehr dazu im Glossar unter „Grundgesamtheit“			

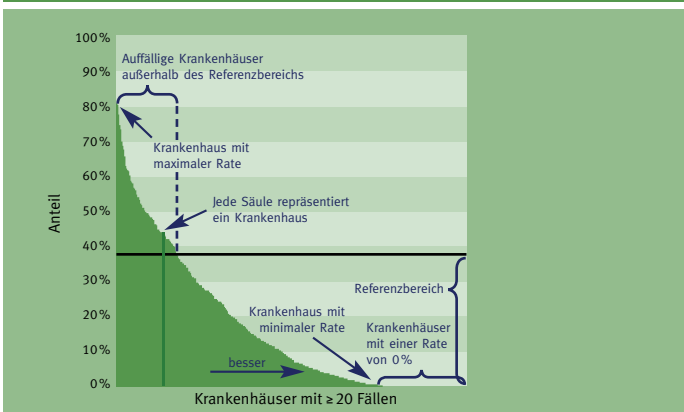
## Vergleich mit Vorjahresergebnissen



## Strukturierter Dialog zum Erfassungsjahr 2005

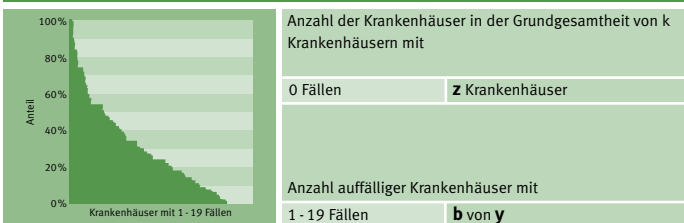
Durchführung des Strukturierten Dialogs	Darstellung von Umfang und Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum Erfassungsjahr 2006, den die Fachgremien auf Landes- und Bundesebene mit den Krankenhäusern mit auffälligen Ergebnissen bei diesem Qualitätsindikator geführt haben.
Bundesländer, in denen dieser QI verwendet wurde	Mehr dazu im Abschnitt „Strukturierter Dialog“
Rechnerisch auffällige Krankenhäuser	
Maßnahmen bei rechnerisch auffälligen Krankenhäusern:	
keine Maßnahmen dokumentiert	
Hinweis verschickt	
Aufforderung zur Stellungnahme	
Hauptgrund in der Stellungnahme des Krankenhauses:	
Dokumentationsprobleme	
Patientenkollektiv mit besonderem Risikoprofil	
als unvermeidbar bewertete Einzelfälle	
kein Grund, sonstiger Grund oder Mängel eingeräumt	
Abschließende Einstufung als qualitative Auffälligkeiten	

## Ergebnisse 2006 für x Krankenhäuser mit ≥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 2006	a von x (Anzahl der Krankenhäuser mit ≥20 Fällen, deren Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs liegen)

## Ergebnisse 2006 für y Krankenhäuser mit 1 bis 19 Fällen



## Basisinformation

Kennzahl-ID	Eindeutige Identifikationsnummer der dargestellten Qualitätskennzahl
Risikoadjustierung	Methode der Risikoadjustierung für die dargestellte Qualitätskennzahl. Mehr dazu siehe 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 2006 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 beschrieben werden.

## Ergebnisdarstellung

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

Im Tabellenkopf werden die Bezeichnung der dargestellten Qualitätskennzahl und darunter die Kurzbeschreibung der Rechenregel angegeben. Das Ergebnis in der BQS-Bundesauswertung 2006 und so weit möglich auch die Vorjahresergebnisse für die Jahre 2003 bis 2005 werden als Gesamtergebnis für alle Patienten mit dem 95%-Vertrauensbereich und der Gesamtzahl der Fälle in der Grundgesamtheit dargestellt (Kopf der Ergebnistabelle).

Die Verlaufsdarstellung 2003 bis 2006 („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 2003 bis 2006“).

Die Verteilung der Krankenhäusergebnisse für das Jahr 2006 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 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 ≥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 – z.B. eine Wundinfektion – 5%. Für Krankenhäuser mit weniger Fällen schlägt der Indikator bereits bei einem einzelnen Ereignis – z.B. 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 Krankenhauseergebnisse für Krankenhäuser mit kleiner Fallzahl häufiger starke statistische Ausreißer.

Unterhalb der ersten Benchmarkgrafik werden jeweils der Median und die Spannweite der Krankenhauseergebnisse dargestellt. Diese werden wie auch die Perzentil-Referenzbereiche 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 2003 bis 2006

Der BQS-Qualitätsreport 2006 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.

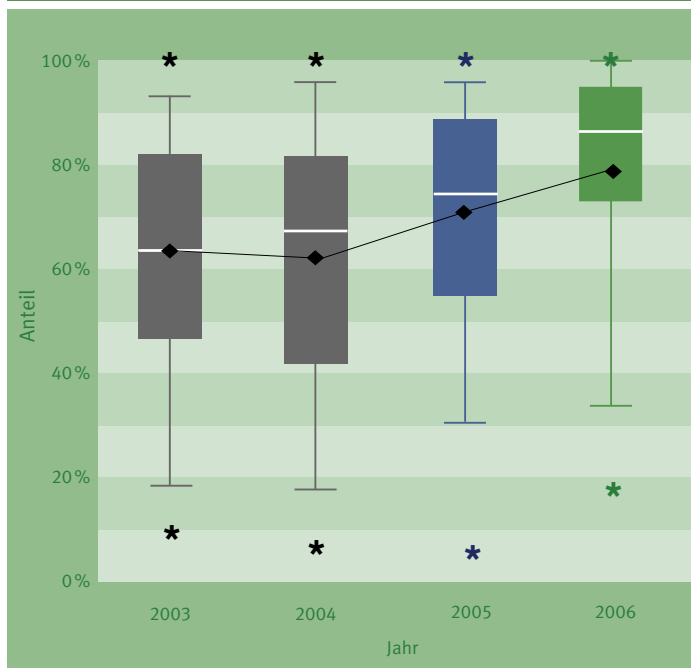
#### Diagrammaufbau

Die Verlaufsdarstellung besteht aus je einem Box-and-Whisker-Plot zur Darstellung der Krankenhauseergebnisse 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

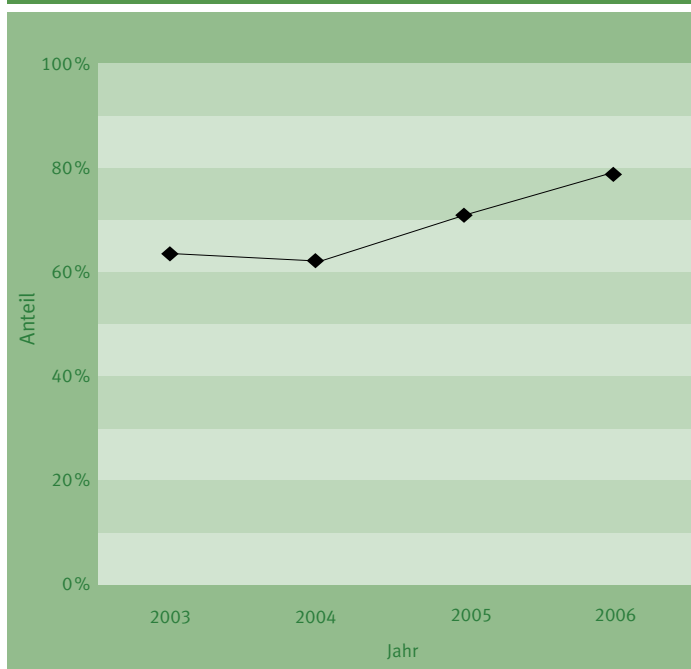
Die Gesamtraten der vier Erfassungsjahre (Mittelwerte) sind als Raute eingezeichnet und mit einer Linie verbunden, die den Trend des Gesamtergebnisses visualisiert. Die Gesamtergebnisse werden aus den Daten aller Patienten in der Grundgesamtheit der Kennzahl berechnet und beinhalten auch die Daten von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

### Vergleich mit Vorjahresergebnissen: 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.

### Vergleich mit Vorjahresergebnissen: Trenddarstellung für das Gesamtergebnis



### Verteilung der Krankenhausergebnisse eines Jahres als Box-and-Whisker-Plot

Im Box-and-Whisker-Plot werden Daten anhand von Perzentilen zusammenfassend dargestellt. Die Box (Schachtel) wird begrenzt durch das 25%- und das 75%-Perzentil, sie umfasst demnach die mittleren 50% der Verteilung. Die Whiskers (die Box ausdehnenden, vertikalen, dünnen „Schnurrhaar-Linien“) verbinden im BQS-Qualitätsreport 2006 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 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 „Schnurrbarthaare“, 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

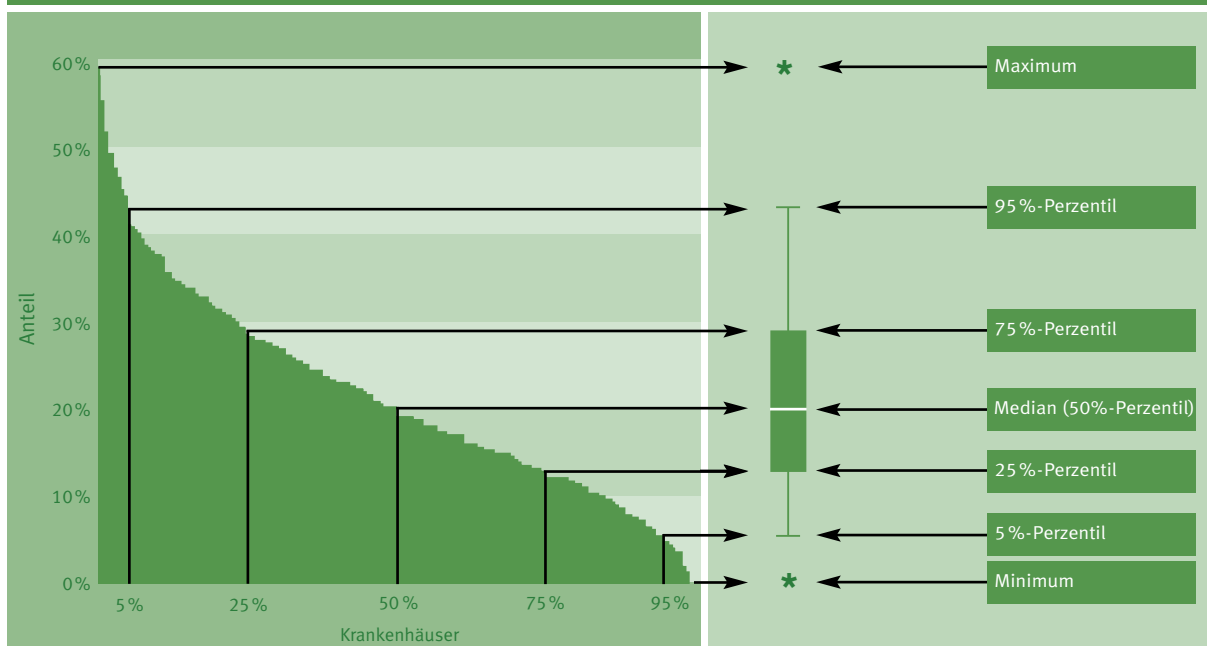
#### Datenbasis für Vorjahresergebnisse

Als Datenbasis für die Verlaufsdarstellung dient der BQS-Bundesdatenpool 2003 bis 2006. Es ist zu beachten, dass von 2003 nach 2004 die Umstellung des Auslösers von Fallpauschalen und Sonderentgelten auf den QS-Filter erfolgt ist. Mit dieser Umstellung wurden die Grundgesamtheiten für die Leistungsbereiche neu definiert, zum Teil erweitert und zum Teil eingeschränkt. Wenn solche Veränderungen Einfluss auf das Ergebnis einer dargestellten Kennzahl haben, so wird dies in einem Hinweis neben der Verlaufsgrafik und ggf. einer Fußnote erläutert.

#### Rechenregeln für Vorjahresergebnisse

Neben den Ergebnissen der BQS-Bundesauswertung 2006 sind in den Ergebnistabellen auch die Vorjahresergebnisse für die Jahre 2003 bis 2005 dargestellt. Dabei werden die Qualitätskennzahlen aus den Daten der Jahre 2003, 2004 und 2005 aus Gründen der Vergleichbarkeit mit den Rechenregeln der BQS-Bundesauswertung 2006 gerechnet. Zu Abweichungen von den in den BQS-Qualitätsreports 2003 bis 2005 und in den BQS-Bundesauswertungen 2003 bis 2005 dargestellten Ergebnissen kommt es in den Fällen, in denen die Rechenregeln der Qualitätskennzahl im Laufe der vier Jahre überarbeitet und verändert worden sind.

### 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 2005

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 2006 wird erstmals berichtet, in welchem Umfang und mit welchen Ergebnissen der Strukturierte Dialog zu den Kennzahlen des Erfassungsjahres 2005 geführt wurde.

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 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.

## Vergleichbarkeit der Vorjahresergebnisse: Grundlagen

Ergebnisse	2003	2004	2005	2006
<b>Auslöser</b>	Fallpauschalen u. Sonderentgelte	QS-Filter 2004	QS-Filter 2005	QS-Filter 2006
<b>Datensatz</b>	2003 Versionen 5.0.1 und 6.0	2004 Version 7.0	2005 Version 8.0	2006 Version 9.0
<b>Rechenregel</b>	2006	2006	2006	2006

## Darstellung von Umfang und Ergebnissen des Strukturierten Dialogs zu einer Qualitätskennzahl des Erfassungsjahres 2006

### Strukturierter Dialog zum Erfassungsjahr 2005

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 QI verwendet wurde	Anzahl der Geschäftsstellen, die diesen Indikator im Strukturierten Dialog 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 kann auf Software- oder auf Organisationsprobleme zurückzuführen sein.
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, sonstiger Grund oder Mängel eingeräumt	Das Krankenhaus erklärt die rechnerischen Auffälligkeiten nicht oder durch „sonstige Gründe“ oder räumt Qualitätsprobleme ein.
Abschließende Einstufung als qualitative Auffälligkeit	Anzahl der analysierten Stellungnahmen, bei denen die Fach- oder Arbeitsgruppen ein Qualitätsproblem festgestellt haben.

## 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 in dem betrachteten Jahr 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 derjenige Wert, der zwischen den 50% der kleinsten Krankhausergebnisse und den 50% der größten Krankhausergebnisse (50%-Perzentile) liegt. Der Median ist ein Maß, das den Mittelpunkt der Verteilung beschreibt. In der BQS-Bundesauswertung wird er aus den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der Grundgesamtheit bestimmt.

### Perzentile der Krankhausergebnisse

Für die x%-Perzentile der Krankhausergebnisse gilt, dass x% der Krankhausergebnisse kleiner oder gleich der x. Perzentile sind. Haben beispielsweise 25% der untersuchten Krankenhäuser eine Wundinfektionsrate von 1,5% oder kleiner, so ist in diesem Beispiel 1,5% die 25%-Perzentile. In der BQS-Bundesauswertung wird sie 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

Eine Rate beschreibt den prozentualen Anteil einer Merkmalsausprägung (Zähler) unter allen betrachteten Merkmalsträgern (Grundgesamtheit). 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 gibt zwei Arten, wie Referenzbereiche festgelegt werden:

- Referenzbereiche, die durch einen festen Wert definiert sind (fixer Referenzbereich)
- Referenzbereiche, die durch die Verteilung der Krankhausergebnisse festgelegt sind (Perzentil-Referenzbereich)

Für einige Qualitätskennzahlen kann „erreichbar gute Qualität“ aus der wissenschaftlichen Literatur nicht oder noch nicht definiert werden. Hier wird der Referenzbereich so festgelegt, dass er besonders auffällige Ergebnisse abgrenzt.

### Sentinel Event

Sentinel-Event-Indikatoren erfassen sehr seltene, schwerwiegende Ereignisse (Sentinel Events). Jeder Einzelfall stellt eine Auffälligkeit dar, der in einer differenzierten Analyse nachgegangen werden soll. Faktisch handelt es sich um einen Referenzbereich von 0%, der eine Einzelfallanalyse im Strukturierten Dialog (siehe Kapitel „Strukturierter Dialog“) nach sich zieht. Für solche Qualitätsindikatoren wird in der Ergebnistabelle als Referenzbereich „Sentinel Event“ aufgeführt.

### Spannweite der Krankhausergebnisse

Die Spannweite gibt den minimalen und maximalen Wert der Krankhausergebnisse 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.

### Verhältniszahl

Der Quotient zweier sachlich in Verbindung stehender Merkmale heißt Verhältniszahl. Dabei ist nicht wie bei einer Rate (s. o.) 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 an Sondenproblemen und der Anzahl von Erstimplantationen und Aggregatwechseln einer Institution berechnet.

### Verlaufsdarstellung

Der BQS-Qualitätsreport 2006 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.

### Vertrauensbereich

Der Vertrauensbereich (Konfidenzintervall) 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