

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Heinz Lanfermann, Daniel Bahr (Münster), Dr. Konrad Schily, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP – Drucksache 16/12939 –

Stand der bundesweiten Qualitätsprüfungen in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen

Vorbemerkung der Fragesteller

Ein Kernpunkt des am 1. Juli 2008 in Kraft getretenen Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes sind bundesweite, jährliche und unangemeldete Qualitätsprüfungen in allen stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen sowie die Veröffentlichung der Ergebnisse. Bis Ende 2010 müssen alle Einrichtungen nach der neuen Systematik geprüft sein.

Verantwortlich für die Qualitätsprüfungen ist der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK). Er prüft die Pflegeeinrichtungen im Auftrag der Pflegekassen. Nach § 115 Absatz 1 Buchstabe a des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) waren die Kriterien der Veröffentlichung einschließlich der Bewertungssystematik von den Vertragsparteien bis zum 30. September 2008 zu vereinbaren. Die Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS) wurde von den Vertragsparteien am 17. Dezember 2008 beschlossen, die Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA) am 29. Januar 2009. Über die vom Bundesministerium für Gesundheit unterbreiteten Vorschläge zur Änderung der beschlossenen Pflegetransparenzvereinbarungen konnte über die farbliche Untersetzung der zusammenfassenden Benotung der einzelnen Prüfergebnisse hinaus noch kein Konsens erzielt werden.

Die inhaltliche Grundlage der Prüfungen, das heißt die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität gemäß § 113 SGB XI, war bis zum 31. März 2009 zu vereinbaren. Diese Frist ist überschritten. Ein Konsens aller Beteiligten ist nicht in Sicht. Die Bundesregierung hat bisher nicht von ihrem Recht Gebrauch gemacht, die Schiedsstelle nach § 113b SGB XI anzurufen.

Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz sieht zudem in § 114a SGB XI die Weiterentwicklung der Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) vor. Nach Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit ist dies zur Umsetzung der neuen Vorschriften zum Prüfverfahren und zu den Prüfinhalten erforderlich.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Die Bundesregierung betrachtet die Transparenzvereinbarungen der Pflege-selbstverwaltung nach § 115 Absatz 1a SGB XI als einen ersten Schritt, um Transparenz und Vergleichbarkeit von Pflegequalität auf einer bundesweit einheitlichen Grundlage zu ermöglichen. Anliegen der Bundesregierung ist es dabei, dass pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen Qualitätsergebnisse einer Pflegeeinrichtung anhand der Darstellung und Bewertung klar erkennen, nachvollziehen und einordnen können.

Mit der Pflegereform 2008 hat die Bundesregierung eine Reihe von Maßnahmen eingeführt, mit denen die Versorgungsqualität in den Pflegeheimen und durch die Pflegedienste angehoben wird. Dieser Weg wird weiter gegangen. Die Schaffung von Qualitätstransparenz gehören hierzu ebenso wie die Regelung, dass Prüfungen grundsätzlich unangemeldet erfolgen und ab dem Jahr 2011 in allen zugelassenen Pflegeeinrichtungen jährlich durchgeführt werden. Als ein wichtiges Instrument der internen Qualitätsentwicklung in der Pflege werden Expertenstandards für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen zukünftig unmittelbar verbindlich sein. Auch der jetzt eingeführte Anspruch der vollstationären Dauer- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen auf zusätzliches Betreuungspersonal für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf verbessert das Leistungsangebot in Heimen deutlich. Bereits über 6 000 zusätzliche Betreuungskräfte für demenziell erkrankte Heimbewohnerinnen und -bewohner wurden inzwischen eingestellt.

1. Wann wurde die Bundesregierung über die erarbeiteten Kriterien der Veröffentlichung und der Bewertungssystematik nach § 115 Absatz 1 Buchstabe a SGB XI informiert, und hat sie vor dem jeweiligen Beschluss der PTVS und der PTVA Stellung dazu genommen?

Die Verhandlungen zu den Transparenzvereinbarungen fanden vom 20. Juli 2008 bis zum 29. Januar 2009 statt. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat sich über den jeweiligen Stand der Verhandlungen berichten lassen.

2. Wie lauten die aktuellen Vorschläge des Bundesministeriums für Gesundheit zur Änderung der beschlossenen PTVS und PTVA, und was hat das Bundesministerium für Gesundheit dazu veranlasst, Korrekturen an den Transparenzvereinbarungen vorzuschlagen?
3. Wird die Pflegeselbstverwaltung nach Kenntnis der Bundesregierung alle Vorschläge des Bundesministeriums für Gesundheit zur Änderung der PTVS und PTVA über die Farbgebung hinaus umsetzen, und wenn nein, was denkt die Bundesregierung dann zu tun?

Die Fragen 2 und 3 werden gemeinsam beantwortet.

Anliegen der Bundesregierung ist es, dass pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen gute und schlechte pflegerische Qualität in einer Pflegeeinrichtung anhand der Bewertung klar erkennen, nachvollziehen und einordnen können. Vor diesem Hintergrund hatte das BMG gegenüber den Vertragsparteien der Pflegeselbstverwaltung Korrekturen an den vorgelegten Beschlüssen bezüglich der Darstellung von Pflegequalität angeregt. Diese Anregungen bezogen sich im Interesse einer besseren Übersichtlichkeit und einer klaren und eindeutigen Erkennbarkeit auf die Form und farbliche Untersetzung der zusammenfassenden Benotung der einzelnen Prüfergebnisse nach Qualitätsbereichen auf der ersten Darstellungsebene. Auch sollte das Gesamtergebnis nicht schlechte Bereichsergebnisse „überstrahlen“ können.

Die Vertragsparteien waren nicht bereit, den Anregungen des BMG in allen Punkten zu folgen. Vor dem Hintergrund dieser Zurückhaltung gegenüber den Anregungen des BMG einerseits und den von den Vertragsparteien gegebenen Zusagen einer verbrauchernahen und konsequenten Umsetzung der Transparenzvereinbarungen andererseits hält das BMG um so mehr für erforderlich, die Transparenzvereinbarungen zu evaluieren und hierbei als erstes die Wirkung der zusammenfassenden Darstellungsebene in die Praxis einzubeziehen. Die Vertragsparteien haben diese Evaluation zugesagt.

Das BMG wird dafür Sorge tragen, dass die Ergebnisse der Evaluation der Transparenzvereinbarungen in das bis Ende 2010 parallel durchgeführte Forschungsprojekt des BMG und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) zur Ergebnisqualität einfließen werden. Es ist davon auszugehen, dass die Ergebnisse der Evaluation und des Forschungsprojektes dazu führen können, dass die Transparenzvereinbarungen von den Vereinbarungspartnern angepasst werden.

Das BMG wird auf Fachebene den Umsetzungsprozess weiterhin eng begleiten.

4. Teilt die Bundesregierung die Auffassung, dass die zu vereinbarenden Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität gemäß § 113 SGB XI inhaltliche Grundlage der Qualitätsprüfungen gemäß § 115 Absatz 1 Buchstabe a SGB XI sind?

Wenn ja, warum liegt die gesetzlich vorgegebene Frist zur Vereinbarung der Expertenstandards zeitlich hinter der Frist des § 115 Absatz 1 Buchstabe a SGB XI, und wie beurteilt die Bundesregierung die daraus entstehende Folge, dass die Prüfpraxis gemäß § 115 Absatz 1 Buchstabe a SGB XI nach Vorlage der Maßstäbe und Grundsätze noch einmal verändert werden muss?

Die geltenden Qualitäts-Prüfungsrichtlinien vom 10. November 2005 verweisen darauf, dass die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität (§ 80 SGB XI a. F.) eine Grundlage der Qualitätsprüfungen sind. Diese Aussage enthält auch der Entwurf der Qualitäts-Prüfungsrichtlinien vom 13. Mai 2009, der durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen am 13. Mai 2009 zur Einleitung des Beteiligungsverfahrens nach § 114a Absatz 7 Satz 2 SGB XI versandt worden ist.

5. Warum hat die Bundesregierung bisher nicht von ihrem Recht Gebrauch gemacht, die Schiedsstelle nach § 113b SGB XI anzurufen, weil die Vereinbarungen nach § 113 SGB XI nicht zustande gekommen sind?

Die Vertragsparteien nach § 113 Absatz 1 SGB XI haben das BMG in einem gemeinsamen Schreiben vom 21. April 2009 informiert, dass für die noch erforderlichen Beratungen ein Zeitraum bis zum Sommer 2009 benötigt wird. Aufgrund des dargestellten umfangreichen Beratungsbedarfs und des Beratungsganges sieht das BMG derzeit von einer Anrufung der Schiedsstelle ab.

6. Werden nach Ansicht der Bundesregierung alle nach § 114 SGB XI bis zum 31. Dezember 2010 zu prüfenden Pflegeeinrichtungen nach den Kriterien und der Bewertungssystematik des § 115 Absatz 1 Buchstabe a SGB XI geprüft sein müssen?

Bis Ende 2010 müssen gemäß § 114 SGB XI alle Pflegeeinrichtungen einmal von den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung geprüft worden sein. Dies schließt auch Prüfungen ein, die vor dem Inkrafttreten der geänderten Qualitäts-Prüfungsrichtlinien und den darin integrierten Kriterien nach den Transparenzvereinbarungen durchgeführt wurden.

7. Wie ist nach Kenntnis der Bundesregierung der Stand der Erarbeitung der QPR nach § 114a SGB XI, wann werden diese beschlossen, und wann ist mit einer Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit zu rechnen?

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen den Entwurf der Qualitäts-Prüfungsrichtlinien erstellt und am 13. Mai 2009 das Beteiligungsverfahren nach § 114a Absatz 7 Satz 2 SGB XI eingeleitet. Mit einer Genehmigung der Richtlinien durch das BMG ist im Juni 2009 zu rechnen.

8. Wird die Prüfpraxis nach Vorlage der QPR erneut verändert werden müssen, und wenn ja, wie beurteilt die Bundesregierung diese Folge und welche Auswirkungen hat dies auf die bis zum 31. Dezember 2010 zu erfolgenden bundesweiten Prüfungen aller zugelassenen Pflegeeinrichtungen?

Die Qualitäts-Prüfungsrichtlinien sind die Grundlage der Qualitätsprüfungen von Pflegeeinrichtungen durch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherungen. Gemäß § 114a Absatz 7 SGB XI sind die Qualitäts-Prüfungsrichtlinien regelmäßig an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 6 verwiesen.

9. Wie viele zugelassene Pflegeeinrichtungen aufgeschlüsselt nach ambulanter und stationärer Pflege und Art der Trägerschaft gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung in Deutschland, und wie verteilen sich diese auf die Bundesländer?

Nach Kenntnis der Bundesregierung gibt es in Deutschland 11 529 zugelassene ambulante und 11 029 zugelassene stationäre Einrichtungen. Eine weitere differenzierte Übersicht ist den Anlagen 1 und 2 zu entnehmen. Die Anlagen sind Auszüge aus der Pflegestatistik 2007 des Statistischen Bundesamtes, erschienen am 9. März 2009. Nach § 109 SGB XI wird die Pflegestatistik in einem zweijährigen Turnus erhoben.

10. Wie viele Qualitätsprüfungen nach § 115 Absatz 1 Buchstabe a SGB XI, aufgeschlüsselt nach ambulanten und stationären Einrichtungen und Art der Trägerschaft, wurden nach Kenntnis der Bundesregierung von den Pflegekassen bei den jeweiligen Medizinischen Diensten in Auftrag gegeben?
11. Wann wurde bzw. wird nach Kenntnis der Bundesregierung in den jeweiligen Bundesländern mit den Prüfungen gemäß § 115 Absatz 1 Buchstabe a SGB XI begonnen?
12. Wie viele Pflegeeinrichtungen aufgeschlüsselt nach ambulanter und stationärer Pflege und Art der Trägerschaft wurden in den jeweiligen Bundesländern bereits nach den neuen Prüfrichtlinien gemäß § 115 Absatz 1 Buchstabe a SGB XI geprüft?

Die Fragen 10 bis 12 werden gemeinsam beantwortet.

Basis für jede Qualitätsprüfung ist nach wie vor die Qualitäts-Prüfungsrichtlinie. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen den Entwurf der Qualitäts-Prüfungsrichtlinien erstellt und am 13. Mai 2009 das Beteiligungsverfahren nach § 114a Absatz 7 Satz 2 SGB XI eingeleitet. Mit einer Genehmigung der Richtlinien durch das BMG ist im Juni 2009 zu rechnen.

13. Wie viele Pflegeeinrichtungen aufgeschlüsselt nach ambulanter und stationärer Pflege und Art der Trägerschaft wurden in den jeweiligen Bundesländern seit Inkrafttreten der Pflegereform gemäß § 114 SGB XI geprüft?

Vom 1. Juli 2008 bis zum 31. März 2009 wurden 2 447 ambulante und 2 409 stationäre Pflegeeinrichtungen geprüft. Eine Differenzierung der Einrichtungen nach Art der Trägerschaft liegt nicht vor.

14. Ist die Bundesregierung der Meinung, dass diese Einrichtungen bis Ende 2010 erneut nach § 115 Absatz 1 Buchstabe a SGB XI geprüft werden müssen?

Die vor dem Inkrafttreten der um die Transparenzvereinbarungen aktualisierten Qualitäts-Prüfungsrichtlinien vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung geprüften Pflegeeinrichtungen werden vor Ende 2010 nicht erneut geprüft, sofern keine Anlass- oder Wiederholungsprüfungen in Auftrag gegeben werden. Ab 2011 finden jährliche Prüfungen statt, bei denen alle Pflegeeinrichtungen geprüft werden. Dabei werden dann auch die Pflegeeinrichtungen erneut geprüft, die vor dem Inkrafttreten der geänderten Qualitäts-Prüfungsrichtlinien geprüft worden sind.

15. Wann werden nach Kenntnis der Bundesregierung die ersten Prüfergebnisse nach § 115 Absatz 1 Buchstabe a SGB XI den jeweiligen Landesverbänden der Pflegekassen zugehen?

Die ersten Prüfergebnisse nach den neuen Qualitäts-Prüfungsrichtlinien werden nach Auskunft des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen den jeweiligen Landesverbänden voraussichtlich im Juli 2009 zugehen.

16. Wann werden in den jeweiligen Bundesländern die ersten Veröffentlichungen nach § 115 Absatz 1 Buchstabe a SGB XI im Internet erwartet?

Die ersten Veröffentlichungen nach § 115 Absatz 1a SGB XI erfolgen nach Auskunft des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen voraussichtlich im Spätsommer 2009.

17. In welcher Anzahl und fachlichen Qualifikation sind Mitarbeiter bei den jeweiligen Medizinischen Diensten für die Qualitätsprüfungen von Pflegeeinrichtungen beschäftigt?

Die Medizinischen Dienste beschäftigten im Jahr 2008 1 947 Ärzte und 1 448 Pflegefachkräfte. Von diesen Beschäftigten wurden nach Auskunft des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen ca. 200 Prüferinnen und Prüfer für die Durchführung von Qualitätsprüfungen eingesetzt. Zu deren Qualifikation siehe Antwort zu den Fragen 21 bis 24.

18. Reicht die derzeitige Anzahl der Prüfer nach Ansicht der Bundesregierung aus, um alle Pflegeeinrichtungen bis Ende 2010 nach den neuen Kriterien geprüft zu haben?

Nach Auskunft des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen wird die Anzahl der Qualitätsprüfer schrittweise erhöht. Die Bundesregierung geht davon aus, dass bis Ende 2010 alle Pflegeeinrichtungen einmal geprüft werden.

19. Wie viele Stellen hat der jeweilige MDK aufgrund der zu erwartenden Mehrarbeit geschaffen?

2008 wurden von den Medizinischen Diensten insgesamt 230 Pflegefachkräfte eingestellt. Genauere Angaben liegen dem BMG nicht vor. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen geht davon aus, dass davon die Hälfte im Bereich der Qualitätsprüfungen eingesetzt werden.

20. Wie viele Stellen wird der jeweilige MDK aufgrund der zu erwartenden Mehrarbeit schaffen?

Die Verwaltungsräte der einzelnen Medizinischen Dienste der Krankenversicherung entscheiden über den Ausbau der personellen Ressourcen. Über die künftige Entwicklung liegen dazu nach Auskunft des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen keine Angaben aus den Medizinischen Diensten vor.

21. Wie wird nach Ansicht der Bundesregierung sichergestellt, dass die Vergleichbarkeit der Prüfergebnisse auf der Grundlage bundesweit einheitlich qualifizierter Prüfer basiert?
22. Werden nach Kenntnis der Bundesregierung bundesweit einheitliche Fortbildungen zur Umsetzung der neuen Prüfinhalte angeboten, und wenn ja, ist die Teilnahme an den Fortbildungsmaßnahmen verpflichtend?
23. Wie viele Qualifizierungs- und Weiterbildungsmaßnahmen sind in den letzten Jahren für die Prüfer angeboten und genutzt worden?
24. Verfügt der MDK nach Kenntnis der Bundesregierung über ein bundesweit einheitliches internes Qualitätsmanagement?
25. Finden nach Kenntnis der Bundesregierung laufende Qualitätskontrollen der MDK-Prüfer statt?
Wenn ja, durch wen?

Die Fragen 21 bis 25 werden gemeinsam beantwortet.

Die Prüfungen werden durch Pflegefachkräfte mit umfangreicher Berufserfahrung durchgeführt. Nach Auskunft des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen verfügen die Prüfer oft über Leitungserfahrungen, waren im Qualitätsmanagement tätig oder besitzen fachliche Zusatzqualifikationen. Die Anzahl der Mitarbeiter mit Abschlüssen in pflegeorientierten Studiengängen nimmt zu. Die Mehrzahl der Prüfer verfügt über eine TQM-Auditorenqualifikation (TQM – Total Quality Management). Zum Teil sind auch Ärzte mit QM-Qualifikationen (QM – Qualitätsmanagement) an den Prüfungen beteiligt.

Die MDK-Gemeinschaft hat ein Fortbildungskonzept, das umfangreiche Angebote enthält zur Qualifizierung der Prüfer des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Einführungsseminar, Aufbau-seminar, Fachseminare zu spezifischen Fragen, Dementia Care Mapping, in Kooperation mit externen Anbietern Qualifizierung zum TQM-Auditor). Die Fortbildungen werden kontinuierlich an den aktuellen Stand des Wissens angepasst. Diese Fortbildungen sind nicht verpflichtend, werden aber nahezu zu 100 Prozent von den Prüfern durchlaufen. Im Laufe der letzten Jahre haben mehrere Hundert Personen an den Seminaren des MDS teilgenommen. Es wird sichergestellt, dass in jedem Prüfungsteam mindestens ein TQM-Auditor beteiligt ist. Darüber hinaus finden vor der Einführung neuer Prüfgrundlagen so genannte Multiplikatorenseminare statt, bei denen einheitlich neue Verfahren und Inhalte vermittelt werden. Unterstützt

wird die Qualitätssicherung der Prüfung des MDK durch die einheitlichen Prüfgrundlagen, die auch einheitliche Anleitungen zum Ausfüllen der Erhebungsbogen umfassen. Nach Auskunft des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen befindet sich ein internes Qualitätssicherungsverfahren im Aufbau.

26. Wie lange dauert nach Kenntnis der Bundesregierung durchschnittlich eine Qualitätsprüfung mit Vor- und Nachbereitung, und was kostet diese?

Nach Auskunft des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen fallen für eine Qualitätsprüfung nach dem bisherigen Verfahren einschließlich der Vor- und Nachbereitung im Durchschnitt sechs Arbeitstage an. Eine Prüfung kostet durchschnittlich 4 500 Euro.

Anlage 1

Ländervergleich: Situation in den Pflegeheimen am 15.12.2007
Anzahl und Größe der Heime sowie Trägerschaft

Land	Pflegeheime						
	Anzahl	Pflegeheime nach dem Träger			Anteile in Prozent		
		Private	Freigemeinnützige	Öffentliche	Private	Freigemeinnützige	Öffentliche
Baden-Württemberg	1 384	468	793	123	33,8	57,3	8,9
Bayern	1 574	498	894	182	31,6	56,8	11,6
Berlin	364	171	183	10	47,0	50,3	2,7
Brandenburg	339	93	234	12	27,4	69,0	3,5
Bremen	90	32	58	0	35,6	64,4	0,0
Hamburg	177	84	92	1	47,5	52,0	0,6
Hessen	672	307	324	41	45,7	48,2	6,1
Meckl.-Vorpommern	268	70	186	12	26,1	69,4	4,5
Niedersachsen	1 394	824	528	42	59,1	37,9	3,0
Nordrhein-Westfalen	2 138	625	1 431	82	29,2	66,9	3,8
Rheinland-Pfalz	435	164	264	7	37,7	60,7	1,6
Saarland	134	42	90	2	31,3	67,2	1,5
Sachsen	698	249	407	42	35,7	58,3	6,0
Sachsen-Anhalt	407	159	228	20	39,1	56,0	4,9
Schleswig-Holstein	651	444	177	30	68,2	27,2	4,6
Thüringen	304	92	183	29	30,3	60,2	9,5
Deutschland	11 029	4 322	6 072	635	39,2	55,1	5,8

Anlage 2

Ländervergleich: Situation in den ambulanten Pflegediensten am 15.12.2007
Anzahl und Größe der Dienste sowie Trägerschaft

Land	Ambulante Pflegedienste							
	Anzahl	Pflegedienste nach dem Träger			Anteile in Prozent			Öffentliche
		Private	Freigemeinnützige	Öffentliche	Private	Freigemeinnützige	Öffentliche	
Baden-Württemberg	1 010	454	516	40	45,0	51,1	4,0	
Bayern	1 778	936	820	22	52,6	46,1	1,2	
Berlin	431	318	113	-	73,8	26,2	0,0	
Brandenburg	548	350	194	4	63,9	35,4	0,7	
Bremen	113	68	44	1	60,2	38,9	0,9	
Hamburg	334	250	82	2	74,9	24,6	0,6	
Hessen	901	582	266	53	64,6	29,5	5,9	
Meckl.-Vorpommern	406	225	180	1	55,4	44,3	0,2	
Niedersachsen	1 112	703	384	25	63,2	34,5	2,2	
Nordrhein-Westfalen	2 136	1 285	836	15	60,2	39,1	0,7	
Rheinland-Pfalz	390	213	174	3	54,6	44,6	0,8	
Saarland	115	78	35	2	67,8	30,4	1,7	
Sachsen	972	668	297	7	68,7	30,6	0,7	
Sachsen-Anhalt	492	330	156	6	67,1	31,7	1,2	
Schleswig-Holstein	402	222	174	6	55,2	43,3	1,5	
Thüringen	389	221	164	4	56,8	42,2	1,0	
Deutschland	11 529	6 903	4 435	191	59,9	38,5	1,7	

