

Große Anfrage

der Fraktion der FDP/DVP

und

Antwort

der Landesregierung

Warum verbessert sich die Situation im Rettungswesen nicht nachhaltig, obwohl die Landesregierung die Probleme kennt?

Große Anfrage

Wir fragen die Landesregierung:

1. Wie wurde die 10-Minuten-Hilfsfrist von Rettungswagen und Notärzten in den Jahren 2015 und 2016 in Baden-Württemberg eingehalten?
2. Für den Fall, dass sie statt einer Darstellung der Einhaltung der 10-Minuten-Hilfsfrist auf den Umstand verweist, dass sie keine Daten dazu vorliegen hat: Warum genügte im Jahr 2013 ein Antrag (Drucksache 15/5313) von CDU-Landtagsabgeordneten der Landesregierung, die entsprechenden Daten zu erheben, eine Große Anfrage der FDP/DVP-Fraktion (Drucksache 16/42) und diese Große Anfrage sollen nun aber nicht als ausreichend empfunden werden, die erforderlichen Daten zu erheben beziehungsweise zusammenzustellen?
3. Warum werden die grundsätzliche 10-Minuten-Hilfsfrist und auch die 15-Minuten-Hilfsfrist seit Jahren oft nicht eingehalten, obwohl die Landesregierung in den Stellungnahmen auf die zahlreichen parlamentarischen Initiativen aus der FDP/DVP-Fraktion regelmäßig darstellt, wie groß ihr Engagement für eine Verbesserung des Rettungswesens ist?
4. Wie bewertet sie im Hinblick auf die Hilfsfrist die neue Methode der georeferenzierten Disposition von Rettungsmitteln?
5. Wie haben sich durch die georeferenzierte Disposition die durchschnittlichen Eintreffzeiten im Vergleich zur Einhaltung der Hilfsfrist entwickelt?
6. Ist geplant, die durch die Georeferenzierung erreichten etwaigen Verbesserungen der durchschnittlichen Eintreffzeiten zukünftig auch statistisch zu erfassen?
7. Sind Änderungen des Rettungsdienstgesetzes geplant, die neben dem Einsatz des nächst gelegenen Rettungsmittels auch die Rückkehr zum Heimatstandort berücksichtigen?

Eingegangen: 08.05.2017 / Ausgegeben: 10.07.2017

1

8. Welche qualifizierten Vorhaltungen, die statistisch nicht erfasst werden, gibt es im Rettungsdienst?
9. Wie viele Einsätze werden jährlich durch „Helfer vor Ort“ durchgeführt?
10. Wie wirken sich qualifizierte Vorhaltungen, wie beispielsweise „Helfer vor Ort“, insbesondere unter Betrachtung des massiven Personalmangels hauptamtlicher Kräfte auf den Rettungsdienst aus?
11. Von welchen Trägern werden diese ehrenamtlichen Mitarbeiter ausgebildet und eingesetzt?
12. Inwieweit plant sie, diese Einsätze zukünftig zu erfassen?
13. Wie ist nach ihrer Kenntnis das Rettungswesen in den Bundesländern Hessen, Bayern und Rheinland-Pfalz im Vergleich zu Baden-Württemberg organisiert, insbesondere aber nicht ausschließlich mit Blick auf die grundsätzliche Organisation, die Verantwortlichkeiten und die Finanzierung des Rettungswesens, den Krankentransport, die Fristen für Rettungswagen, Notarzt und Krankentransport, die Integrierten Leitstellen, den Ärztlichen Leiter im Rettungsdienst?
14. Warum ist die Situation des Rettungswesens inklusive des Krankentransports beispielsweise in den Bundesländern Hessen, Bayern und Rheinland-Pfalz mit Blick auf die Hilfsfristen und den Krankentransport besser und welche Schlüsse zieht sie aus dem Vergleich mit andern Bundesländern – insbesondere Hessen, Bayern und Rheinland-Pfalz –, insbesondere mit Blick auf die grundsätzliche Organisation, die Verantwortlichkeiten und die Finanzierung des Rettungswesens, den Krankentransport, die Fristen für Rettungswagen, Notarzt und Krankentransport, die Integrierten Leitstellen, den Ärztlichen Leiter im Rettungsdienst?
15. Inwieweit wird sie in absehbarer Zeit Positives aus anderen Bundesländern übernehmen?
16. Inwieweit verfügt die Stelle zur trägerübergreifenden Qualitätssicherung im Rettungsdienst für ihre Arbeit über Rohdaten oder vorausgewählte, zusammengestellte oder ähnlich bearbeitete Daten?
17. Inwieweit ist sie angesichts des bundesweiten Mangels an Notfallsanitätern, der Abwerbung von Notfallsanitätern unter anderem durch Krankenhäuser und des Umstandes, dass erfahrungsgemäß nicht alle Auszubildenden ihre Ausbildung erfolgreich beenden und in ihrem Beruf arbeiten werden der Ansicht, dass 350 Ausbildungsplätze den jährlichen Bedarf an zusätzlichen Notfallsanitätern abdecken können, zumal der Bedarf derzeit mit 300 Notfallsanitätern angegeben wird, die Zunahme der Einsatzzahlen aber einen weiteren Mehrbedarf als wahrscheinlich erscheinen lässt?
18. Warum hat sie die Organisation des Krankentransports immer noch nicht so verbessert, dass nicht ständig Menschen mehrere Stunden auf ihren Transport warten müssen und dadurch teilweise sogar zusätzliche Tage in Krankenhäusern verbringen müssen, wo doch in anderen Bundesländern Vorgaben zur Wartezeit auf Krankentransporte gemacht werden?
19. Wie reagiert sie auf den offenen Brief eines privaten Anbieters von Krankentransporten an Ministerpräsident Kretschmann?
20. Entspricht es ihren ordnungspolitischen Überzeugungen im Bereich des Rettungsdienstes, dass ein privater Anbieter von Krankentransporten in der Notfallrettung dauerhaft aushilft und dadurch finanziellen Schaden bis hin zur Existenzgefährdung erleidet, unter anderem weil die Landesregierung offensichtlich und auch angesichts ihrer Beantwortung Parlamentarischer Anfragen aus der FDP/DVP-Fraktion nicht bereit ist, mit zusätzlichen privaten Leistungserbringern im Rettungswesen Vereinbarungen zu treffen?

21. Warum ist ihr der unter anderem durch das jahrelange Nichteinhalten von Hilfsfristen nachgewiesene schlechte Zustand des Rettungswesens im Land lieber als die Nutzung der Möglichkeit, mit weiteren Leistungsträgern Vereinbarungen über die Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Einrichtungen des Rettungsdienstes zu treffen, zumal es durchaus Rettungsdienstunternehmen gibt, die zur Verfügung stünden?
22. Welche Vor- und Nachteile hat aus ihrer und der Sicht von Fachleuten die Übertragung der Trägerschaft des Rettungsdienstes auf Stadt- und Landkreise?
23. Welche Vor- und Nachteile hat aus ihrer und der Sicht von Fachleuten eine öffentlich-rechtliche Trägerschaft der Integrierten Leitstellen?

02.05.2017

Dr. Rülke
und Fraktion

Begründung

Im Rettungswesen in Baden-Württemberg arbeiten Tausende engagierter Menschen an der Grenze ihrer Belastbarkeit und darüber hinaus. In zahlreichen Parlamentarischen Initiativen hat sich die FDP/DVP-Fraktion in den letzten Jahren mit der Situation des Rettungswesens beschäftigt und Defizite aufgezeigt. Die Landesregierung präsentierte sich in ihren Stellungnahmen als zupackend, aber auch wortkarg und beschönigend. Was bleibt, sind die immensen Probleme unter anderem bei der Einhaltung der Hilfsfristen, der Nachwuchsgewinnung und dem Krankentransport. Andere Bundesländer zeigen, dass der Rettungsdienst besser funktionieren kann. Nahezu täglich ist in einer der Zeitungen im Land darüber zu lesen. So stellt sich ganz grundsätzlich die Frage, warum die Landesregierung so zögerlich agiert und dabei vermeidbares Leid durch vermeidbare Todesfälle und beschwerliche Wartezeiten auf Krankentransporte in Kauf nimmt.

Antwort

Schreiben des Staatsministeriums vom 20. Juni 2017 Nr. I-5461.:

In der Anlage übersende ich unter Bezugnahme auf § 63 der Geschäftsordnung des Landtags von Baden-Württemberg die von der Landesregierung beschlossene Antwort auf die Große Anfrage.

Murawski
Staatsminister und
Chef der Staatskanzlei

Anlage: Schreiben des Ministeriums für Inneres, Digitalisierung und Migration

Mit Schreiben vom 13. Juni 2017 Nr. 6-5461.0-1/19 beantwortet das Ministerium für Inneres, Digitalisierung und Migration im Namen der Landesregierung die Große Anfrage wie folgt:

- 1. Wie wurde die 10-Minuten-Hilfsfrist von Rettungswagen und Notärzten in den Jahren 2015 und 2016 in Baden-Württemberg eingehalten?*
- 2. Für den Fall, dass sie statt einer Darstellung der Einhaltung der 10-Minuten-Hilfsfrist auf den Umstand verweist, dass sie keine Daten dazu vorliegen hat: Warum genügte im Jahr 2013 ein Antrag (Drucksache 15/5313) von CDU-Landtagsabgeordneten der Landesregierung, die entsprechenden Daten zu erheben, eine Große Anfrage der FDP/DVP-Fraktion (Drucksache 16/42) und diese Große Anfrage sollen nun aber nicht als ausreichend empfunden werden, die erforderlichen Daten zu erheben beziehungsweise zusammenzustellen?*

Zu 1. und 2.:

Die von den Leitstellen in den einzelnen Rettungsdienstbereichen für die Jahre 2015 und 2016 ermittelten Werte für die Zielerreichung der Hilfsfristen von 10 Minuten bzw. 15 Minuten ergeben sich aus der in der *Anlage* dargestellten Übersicht.

- 3. Warum werden die grundsätzliche 10-Minuten-Hilfsfrist und auch die 15-Minuten-Hilfsfrist seit Jahren oft nicht eingehalten, obwohl die Landesregierung in den Stellungnahmen auf die zahlreichen parlamentarischen Initiativen aus der FDP/DVP-Fraktion regelmäßig darstellt, wie groß ihr Engagement für eine Verbesserung des Rettungswesens ist?*

Zu 3.:

Die Hilfsfrist ist eine auf das Jahr bezogene Planungsgröße, die die Bereichsausschüsse für den Rettungsdienst zur Bemessung der Vorhaltungen im jeweiligen Rettungsdienstbereich zu beachten haben. Inwieweit eine auf dieser Grundlage angelegte Planung ausreichend ist, zeigt sich retrospektiv im Folgejahr durch die Auswertung aller in dem jeweiligen Kalenderjahr erbrachten Einsätze mit einem Zielerreichungsgrad von 95 Prozent aller Fälle.

Es ist festzustellen, dass die Hilfsfristeinhaltung durch vielfältige Faktoren beeinflusst wird. Eine Herausforderung für die Notfallversorgung und Planung stellen insbesondere die stetig steigenden Einsatzzahlen, die anhaltende Umstrukturierung, Konzentration und Spezialisierung der Krankenhäuser sowie die Umstrukturierung und Ausdünnung des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes dar. Letztere führt offenbar dazu, dass die Menschen in der Hoffnung auf schnelle Hilfe vermehrt auf den Rettungsdienst ausweichen. Insbesondere in den Flächenlandkreisen erschwert die Entwicklung im Krankenhaussektor die Gewinnung und Bereitstellung von Notärzten. Zudem steigt die Zahl der Fälle mit langen Fahrtstrecken vom Notfallort in das geeignete Zielkrankenhaus mit entsprechend langen Bindungszeiten der Rettungsmittel und Notärzte. Hinzu kommen zeitintensive Verlegungsfahrten, die Rettungsmittel und Notärzte binden. Dies bedeutet, dass die Vorhaltungen im Rettungsdienst für diese Zeit der langen Bindung nicht für Folgeeinsätze zur Verfügung stehen. Jede Vorhalteeerweiterung wurde in den letzten Jahren durch die gleichzeitig ansteigenden Einsatzzahlen aufgezehrt.

4. *Wie bewertet sie im Hinblick auf die Hilfsfrist die neue Methode der georeferenzierten Disposition von Rettungsmitteln?*
5. *Wie haben sich durch die georeferenzierte Disposition die durchschnittlichen Eintreffzeiten im Vergleich zur Einhaltung der Hilfsfrist entwickelt?*
6. *Ist geplant, die durch die Georeferenzierung erreichten etwaigen Verbesserungen der durchschnittlichen Eintreffzeiten zukünftig auch statistisch zu erfassen?*

Zu 4. bis 6.:

Zur Gewährleistung einer minimalen Anfahrtszeit soll das Rettungsmittel mit der kürzesten erwarteten Fahrzeit zum Einsatzort alarmiert werden. Dies erfordert einerseits die Erweiterung der von den Rettungsmitteln an die Leitstelle übermittelten Statusmeldungen um Geodaten, andererseits die Integration dieser Geodaten in das Einsatzleitsystem der Leitstelle zur Generierung des Einsatzmittelvorschlags.

Diese georeferenzierte Disposition von Rettungsmitteln erfolgt bereits in 19 baden-württembergischen Leitstellen und dürfte dort zu einer Verbesserung der durchschnittlichen Eintreffzeiten führen. Eine statistisch belegte Aussage zu den Verbesserungen ist dagegen mit den derzeit verfügbaren Daten nicht möglich. Die durchschnittlichen Eintreffzeiten von Rettungsmitteln unterliegen einer multifaktoriellen und wechselseitigen Beeinflussung, wie zum Beispiel Vorhalteveränderungen, Duplizitäten, Fahrverhalten, Wetterbedingungen, Straßen- und Verkehrsverhältnisse. Um den Einfluss eines einzelnen Faktors zu messen, müssten alle mutmaßlich wichtigen Einflussfaktoren in Form von Daten vorliegen. Die Gewichtung dieser Faktoren könnte dann eventuell über ein noch zu erstellendes mathematisch-statistisches Modell erfolgen. Die sich daraus resultierenden Ergebnisse müssten anschließend mit unabhängigen Daten, idealerweise im Rahmen einer prospektiven Studie mit einem Vergleichskollektiv, bestätigt werden.

7. *Sind Änderungen des Rettungsdienstgesetzes geplant, die neben dem Einsatz des nächst gelegenen Rettungsmittels auch die Rückkehr zum Heimatstandort berücksichtigen?*

Zu 7.:

Wie dargestellt, gilt als Dispositionsgrundsatz der Einsatz des geeigneten verfügbaren Rettungsmittels, das den Notfallort am schnellsten erreicht (Kapitel V Abschnitt 3.1.1.1 Rettungsdienstplan des Landes 2014). Eine Änderung des Rettungsdienstgesetzes ist hierfür nicht notwendig und auch nicht vorgesehen.

8. *Welche qualifizierten Vorhaltungen, die statistisch nicht erfasst werden, gibt es im Rettungsdienst?*

Zu 8.:

Zu den qualifizierten Vorhaltungen, die nicht statistisch erfasst werden, gehören die nicht hilfsfristgebundenen Rettungshubschrauber und Intensivhubschrauber (RTH/ITH), die Schwerlast-Rettungswagen, die Intensivtransportwagen und die Krankentransportwagen (KTW) sowie die Vorhaltung des Berg- und Wasserrettungsdienstes.

9. *Wie viele Einsätze werden jährlich durch „Helfer vor Ort“ durchgeführt?*

Zu 9.:

Die Organisationen und Einrichtungen, die Helfer-vor-Ort-Systeme betreiben, sind nicht verpflichtet deren Einsätze zu erfassen. Das Innenministerium hat in diesem Jahr dennoch erstmalig eine entsprechende Abfrage bei den Rettungsdienstbereichen durchgeführt. Entsprechend der Rückmeldungen aus 31 Rettungsdienstbereichen haben im Jahr 2016 Helfer vor Ort bei schätzungsweise

55.000 Einsätzen Erste Hilfe geleistet. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass diese Zahlen unvollständig sind und ihnen kein landesweit einheitliches Erfassungssystem zugrunde liegt. Sie sind nicht statistisch belastbar erhoben.

10. Wie wirken sich qualifizierte Vorhaltungen, wie beispielsweise „Helfer vor Ort“, insbesondere unter Betrachtung des massiven Personalmangels hauptamtlicher Kräfte auf den Rettungsdienst aus?

Zu 10.:

Helfer-vor-Ort-Systeme sind nicht Teil des Rettungsdienstes und sind diesem vorgelagert. Ihr ehrenamtlicher Einsatz erfolgt freiwillig, unentgeltlich und aus der Freizeit heraus. Helfer vor Ort werden alarmiert, wenn durch ihren Einsatz ein medizinisch relevanter Vorteil bis zum Eintreffen des gleichzeitig alarmierten Rettungsdienstes erreicht werden kann. Der Einsatz von Helfern vor Ort steht damit in keinem Zusammenhang mit einem möglichen Personalmangel bei einzelnen Leistungsträgern der Notfallrettung.

11. Von welchen Trägern werden diese ehrenamtlichen Mitarbeiter ausgebildet und eingesetzt?

Zu 11.:

Alle im Katastrophenschutz mitwirkende Organisationen und Einrichtungen, zu deren satzungsmäßigen Aufgaben die Erste Hilfe gehört, können ortsgebundene, ehrenamtliche Helfer-vor-Ort-Systeme einrichten. Die Ausbildung erfolgt durch die Organisationen und Einrichtungen selbst.

12. Inwieweit plant sie, diese Einsätze zukünftig zu erfassen?

Zu 12.:

Da es sich um eine ehrenamtliche Tätigkeit handelt, die nicht die Hilfsfrist markiert, obliegt es weiterhin den Organisationen und Einrichtung selbst, ob und wie diese Einsätze erfasst werden. Eine Erfassung dieser Einsätze würde zu einem weiteren hohen Verwaltungsaufwand bei den Ehrenamtlichen führen.

13. Wie ist nach ihrer Kenntnis das Rettungswesen in den Bundesländern Hessen, Bayern und Rheinland-Pfalz im Vergleich zu Baden-Württemberg organisiert, insbesondere aber nicht ausschließlich mit Blick auf die grundsätzliche Organisation, die Verantwortlichkeiten und die Finanzierung des Rettungswesens, den Krankentransport, die Fristen für Rettungswagen, Notarzt und Krankentransport, die Integrierten Leitstellen, den Ärztlichen Leiter im Rettungsdienst?

14. Warum ist die Situation des Rettungswesens inklusive des Krankentransports beispielsweise in den Bundesländern Hessen, Bayern und Rheinland-Pfalz mit Blick auf die Hilfsfristen und den Krankentransport besser und welche Schlüsse zieht sie aus dem Vergleich mit andern Bundesländern – insbesondere Hessen, Bayern und Rheinland-Pfalz –, insbesondere mit Blick auf die grundsätzliche Organisation, die Verantwortlichkeiten und die Finanzierung des Rettungswesens, den Krankentransport, die Fristen für Rettungswagen, Notarzt und Krankentransport, die Integrierten Leitstellen, den Ärztlichen Leiter im Rettungsdienst?

15. Inwieweit wird sie in absehbarer Zeit Positives aus anderen Bundesländern übernehmen?

Zu 13. bis 15.:

In den Bundesländern Hessen, Bayern und Rheinland-Pfalz sind Aufgabenträger des Rettungsdienstes die Kommunen bzw. Rettungszweckverbände. Die Notfallrettung und der Krankentransport werden dort ganz überwiegend von den Hilfsor-

ganisationen erbracht. Ein freier Wettbewerb im Krankentransport – wie in Baden-Württemberg seit der Novelle des Rettungsdienstgesetzes (RDG) im Jahr 1998 eingeführt – ist dort gesetzlich nicht vorgesehen.

In Bayern ist die Hilfsfrist eine reine Planungsgröße für den Zuschnitt der Versorgungsbereiche der Rettungswachen. Hiernach sollen in der Regel in mindestens 80 Prozent aller Notfälle in einem Versorgungsbereich innerhalb einer Fahrzeit von 12 Minuten durch einen RTW oder ein notarztbesetztes Rettungsmittel erreicht werden können; der Blick ist hierbei auch darauf zu richten, dass hier nur die Fahrzeit herausgezogen wird. Daran sieht man, dass länderübergreifend Vergleiche nur sehr eingeschränkt möglich sind. In Hessen ist die Hilfsfrist ebenfalls ein Planungsmaßstab, wonach die Planung vorzusehen hat, dass ein geeignetes Rettungsmittel jeden an einer Straße gelegenen Notfallort in der Regel innerhalb von 10 Minuten in 90 Prozent aller Fälle erreichen kann (ab Erkenntnisgewinn des Disponenten über das Vorliegen eines Notfalls). Im Ausnahmefall kann auch ein KTW die Hilfsfrist markieren, allerdings ersetzt der KTW nicht die notwendige Rettungsmittelbedarfsplanung. In Hessen gilt die Mehrzweckfahrzeugstrategie. In Rheinland-Pfalz gilt für die Notfallrettung als Planungsmaßstab eine Hilfeleistungsfrist (Fahrzeit) von nach Eingang des Hilfeersuchens bis Ankomst am an einer öffentlichen Straße gelegenen Einsatzort in der Regel von maximal 15 Minuten. Für die Vorhalteplanung im Bereich des Krankentransportes regelt Rheinland-Pfalz eine Wartezeit, nach der bis zum Eintreffen des Krankenkraftwagens in der Regel 40 Minuten nach Eingang der Anforderung des Fahrzeugs bei der Leitstelle nicht überschritten werden soll.

In Nordrhein-Westfalen gibt es Empfehlungen eines Expertengremiums zum Thema Hilfsfristen für die Träger (Kreis bzw. kreisfreie Stadt) des Rettungsdienstes. Diese sehen eine planerische Hilfsfrist für den städtischen Bereich von 8 Minuten vor, für ländliche Bereiche von 12 Minuten. Der vorgesehene Erreichungsgrad liegt bei 90 Prozent. Ob eine Hilfsfrist festgelegt wird, obliegt der Entscheidung des jeweiligen kommunalen Trägers des Rettungsdienstes. Es ist festzustellen, dass in Nordrhein-Westfalen nicht alle Kommunen eine Hilfsfrist festgelegt haben.

Baden-Württemberg ist das einzige Bundesland mit einer doppelten Hilfsfrist und dem höchsten Zielerreichungsgrad. Die Hilfsfrist ist auch hier eine reine Planungsgröße, nach der in möglichst nicht mehr als 10, höchstens 15 Minuten Rettungswagen und notarztbesetztes Rettungsmittel in 95 Prozent aller Fälle am Notfallort an Straßen eintreffen sollen (ab Erkenntnisgewinn des Disponenten über das Vorliegen eines Notfalls). Für den Krankentransport wurde im Rahmen der letzten Änderung des RDG Ende 2015 in der Gesetzesbegründung zum Krankentransport ausgeführt, dass die Rettungsdienstbereiche eine bedarfsgerechte Versorgung in der Notfallrettung innerhalb angemessener Zeit und unter Berücksichtigung der Dringlichkeit des Krankentransportes sicherzustellen haben. Als angemessen gilt bei angemeldeten oder planbaren Krankentransporten eine fristgerechte Leistungserbringung; im Übrigen soll in der Regel eine Wartezeit im Krankentransport von einer Stunde nicht überschritten werden.

Es kann festgestellt werden, dass die anderen Bundesländer den gleichen Herausforderungen im Rettungsdienst zu begegnen haben. Die Hilfsfristen werden auch in den Rettungsdienstbereichen der anderen Bundesländer nicht eingehalten, soweit dort überhaupt eine Festlegung und landesweite Auswertung erfolgt.

Die Bundesländer Bayern, Hessen und Rheinland-Pfalz, aber auch andere Bundesländer sehen in ihren Rettungsdienstgesetzen die Funktion des „Ärztlichen Leiters Rettungsdienst“ vor, allerdings mit erheblichen Unterschieden in der Funktion und Zuweisung von Aufgaben und Befugnissen. In Baden-Württemberg wurde in den letzten Jahren ein umfassendes landesweites Qualitätssicherungssystem mit der Einrichtung einer Stelle zur trägerübergreifenden Qualitätssicherung im Rettungsdienst (SQR-BW) aufgebaut. Das Anliegen verschiedenster Gruppierungen und Interessenvertretungen, die Funktion des „Ärztlichen Leiters Rettungsdienst“ auch in Baden-Württemberg gesetzlich zu verankern, soll aufgegriffen werden. Die Funktion, die Aufgaben und die Befugnisse werden an den landesspezifischen Erfordernissen und in Unterstützung der SQR-BW auszurichten sein.

In den Bundesländern Baden-Württemberg, Bayern, Rheinland-Pfalz und Hessen sind die Leitstellen als Integrierte Leitstellen einzurichten. Aufgabenträger sind in Bayern die Zweckverbände für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung. In Hessen sind die Aufgaben der Zentralen Leitstellen den kreisfreien Städten und den Landkreisen zur Erfüllung nach Weisung übertragen. In Rheinland-Pfalz wird die Integrierte Leitstelle in Rettungsdienstbereichen mit einer Feuerwehrleitstelle einer Berufsfeuerwehr bei dieser in gemeinsamer Trägerschaft mit einer, in der Regel der größten, mit der Durchführung des Rettungsdienstes im Rettungsdienstbereich beauftragten Sanitätsorganisation eingerichtet. In den übrigen Rettungsdienstbereichen von Rheinland-Pfalz werden die Integrierten Leitstellen unter der Trägerschaft einer, in der Regel der größten, mit der Durchführung des Rettungsdienstes im Rettungsdienstbereich beauftragten Sanitätsorganisation eingerichtet. Im Hinblick auf die Leitstellenstruktur ist in Rheinland-Pfalz ein Prozess zur Konzentration der Anzahl der Leitstellen angestoßen.

Beispielgebend für andere Bundesländer ist das in Baden-Württemberg implementierte und sich weiterentwickelnde landesweite Qualitätssystem im Rettungsdienst. Durch die SQR-BW werden alle Daten rettungsdienstlicher Einsätze aus unterschiedlichen Datenquellen (Leitstellen, Notarzt-Dokumentation, RTW-Dokumentation) in einem Datenmodell zusammengeführt. Auf dieser umfassenden Datengrundlage wird mithilfe von Qualitätsindikatoren die gesamte Versorgungskette im Rettungsdienst hinsichtlich Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität abgebildet, Transparenz geschaffen und neben einem Benchmarking die Möglichkeit zielgerichteter Einleitung von Verbesserungsmaßnahmen geschaffen. Die Ergebnisse werden den Verantwortlichen in Form standardisierter Berichte rückgemeldet und bei Auffälligkeiten nachverfolgt. Darüber hinaus veröffentlicht die SQR-BW ihre Ergebnisse in einem jährlich erscheinenden Qualitätsbericht. Um dies zu ermöglichen, musste durch Umsetzung diverser Maßnahmen zunächst die Grundlage geschaffen werden wie beispielsweise ein landeseinheitlicher Datensatz mit Schnittstellendefinition für den Export von Leitstellendaten, ein landeseinheitlicher Mindestdatensatz mit Schnittstellendefinition für Dokumentation und Export notärztlicher Daten, ein landeseinheitlicher Mindestdatensatz mit Schnittstellendefinition für Dokumentation und Export nichtärztlicher rettungsdienstlicher Daten, ein landeseinheitlicher Einsatzstichwortkatalog und eine landeseinheitliche Verwendung von Funkrufnamen und Statusreihenfolgen.

Damit verfügt Baden-Württemberg wie bereits aufgeführt über ein bundesweit einzigartiges externes Qualitätssicherungssystem, welches unter Einbeziehung aller Datenquellen die gesamte Rettungskette analysiert. In den meisten anderen Bundesländern beschränkt sich die Betrachtung der Qualität im Rettungsdienst auf die Berechnung der Hilfsfrist und ggf. lokale bzw. regionale weitere Betrachtungen. Nichtsdestotrotz kann Baden-Württemberg von positiven Impulsen anderer Bundesländer profitieren wie zum Beispiel von einer bereichsübergreifenden georeferenzierten Rettungsmitteldisposition, von einer landesweiten, zentralen Struktur- und Bedarfsanalyse für die bodengebundene und luftgestützte Notfallrettung und für den Krankentransport, von einer Nutzung von Daten der Krankenhäuser für die Qualitätssicherung des Rettungsdienstes sowie von einer trägerunabhängigen Aufsicht von „Ärztlichen Leitern Rettungsdienst“.

16. Inwieweit verfügt die Stelle zur trägerübergreifenden Qualitätssicherung im Rettungsdienst für ihre Arbeit über Rohdaten oder vorausgewählte, zusammengestellte oder ähnlich bearbeitete Daten?

Zu 16.:

Die SQR-BW definiert die Schnittstellen zur Datenübermittlung für jede Datenquelle in Form von Datensatzspezifikationen. Menge und Inhalt der Rohdaten vor Ort können sinnvollerweise von exportierten Feldinhalten abweichen und diese auch deutlich übersteigen. Die Schnittstellen werden von Software- bzw. Systemherstellern von Dokumentationssystemen (Notarzt/RTW) bzw. Einsatzleitsystemen (Leitstellen) programmiert. In Einzelfällen ist ein Direktexport der Daten aus dem Einsatzleitsystem mit der Bestandstechnik nicht möglich. In diesen Leitstellen muss der Datenexport an die SQR-BW daher hilfsweise durch einen Dienstleister durchgeführt werden. Die Landesregierung erwartet hier, dass künftig alle

Leitstellen einen Direktexport der Daten aus dem Einsatzleitsystem zur SQR-BW sicherstellen.

17. Inwieweit ist sie angesichts des bundesweiten Mangels an Notfallsanitätern, der Abwerbung von Notfallsanitätern unter anderem durch Krankenhäuser und des Umstandes, dass erfahrungsgemäß nicht alle Auszubildenden ihre Ausbildung erfolgreich beenden und in ihrem Beruf arbeiten werden der Ansicht, dass 350 Ausbildungsplätze den jährlichen Bedarf an zusätzlichen Notfallsanitätern abdecken können, zumal der Bedarf derzeit mit 300 Notfallsanitätern angegeben wird, die Zunahme der Einsatzzahlen aber einen weiteren Mehrbedarf als wahrscheinlich erscheinen lässt?

Zu 17.:

Für den jährlichen Bedarf an Notfallsanitätern und Notfallsanitäterinnen in Baden-Württemberg muss neben den 350 Ausbildungsplätzen für die reguläre Ausbildung zum Notfallsanitäter bzw. zur Notfallsanitäterin auch die Anzahl der über Ergänzungs- bzw. Vollprüfungen weiterqualifizierten Rettungsassistenten und Rettungsassistentinnen berücksichtigt werden.

In den Gesprächen, die das Sozialministerium mit den Leistungserbringern im Rettungsdienst und den Kostenträgern zur Finanzierung dieser Ausbildung in der ersten Hälfte des Jahres 2015 geführt hat, haben die Leistungserbringer im Rettungsdienst auch Berechnungen zum künftigen Bedarf an Notfallsanitätern bzw. Notfallsanitäterinnen (basierend auf Zahlen Stand: Ende 2014/Anfang 2015) vorgelegt. Ausgehend von den bisherigen jährlichen Neueinstellungen von Rettungsassistenten und Rettungsassistentinnen auf offene Stellen im Rettungsdienst in Baden-Württemberg werden danach künftig pro Jahr zur Bedarfsdeckung rund 300 neue Notfallsanitäter und Notfallsanitäterinnen benötigt; die weitere Aussage war, dass mittelfristig ein Bedarf von 350 Neueinstellungen von Notfallsanitätern und Notfallsanitäterinnen pro Jahr besteht.

Die dreijährige Ausbildung zum Notfallsanitäter und zur Notfallsanitäterin und damit auch die Ausbildungsplatzkapazitäten von 350 Plätzen befinden sich noch im Aufbau. Die ersten Notfallsanitäter bzw. Notfallsanitäterinnen, die die Ausbildung regulär nach dem Notfallsanitätergesetz (NotSanG) absolviert haben, werden ab der zweiten Jahreshälfte 2017 ihre Tätigkeit aufnehmen können. Daneben werden aber auch seit Inkrafttreten des Gesetzes zum 1. Januar 2014 und längstens bis zum 31. Dezember 2020 bereits im Rettungsdienst tätige Rettungsassistenten bzw. Rettungsassistentinnen über Ergänzungsprüfungen bzw. durch das Ablegen von Vollprüfungen gemäß § 32 NotSanG (Übergangsvorschriften) ebenfalls die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung „Notfallsanitäter bzw. Notfallsanitäterin“ erhalten und damit auch weiterhin dem Rettungsdienst in Baden-Württemberg, dann als Notfallsanitäter oder als Notfallsanitäterin, zur Verfügung stehen. Hierbei handelt es sich um rund 3.180 sog. „Vollzeitstellen“ im Rettungsdienst in Baden-Württemberg, was rund 3.303 Rettungsassistenten bzw. Rettungsassistentinnen entspricht.

18. Warum hat sie die Organisation des Krankentransports immer noch nicht so verbessert, dass nicht ständig Menschen mehrere Stunden auf ihren Transport warten müssen und dadurch teilweise sogar zusätzliche Tage in Krankenhäusern verbringen müssen, wo doch in anderen Bundesländern Vorgaben zur Wartezeit auf Krankentransporte gemacht werden?

Zu 18.:

Nach § 2 Absatz 2 RDG wird der Krankentransport in Baden-Württemberg von den gesetzlichen Leistungsträgern nach § 2 Absatz 1 RDG und von privaten Krankentransportunternehmern auf der Grundlage einer Genehmigung nach § 15 RDG durchgeführt. Dabei hat mindestens eine Rettungsassistentin oder ein Rettungsassistent die Patientin oder den Patienten im Fahrzeug zu betreuen. Die Integrierte Leitstelle lenkt, koordiniert, überwacht und dokumentiert alle Krankentransporteinsätze im Rettungsdienstbereich unter Beachtung der Dispositionsgrundsätze.

Der Gesetzesbegründung zur Änderung des RDG im Jahr 2015 folgend, haben die Rettungsdienstbereiche eine bedarfsgerechte Versorgung innerhalb angemessener Zeit und unter Berücksichtigung der Dringlichkeit des Krankentransportes sicherzustellen. Als angemessen gilt bei angemeldeten oder planbaren Krankentransporten eine fristgerechte Leistungserbringung; im Übrigen sollte in der Regel eine Wartezeit von einer Stunde nicht überschritten werden. Der Bereichsausschuss hat mögliche Optimierungspotenziale im zeitlichen Einsatzablauf zu prüfen und auf eine Verkürzung der einzelnen Zeitintervalle hinzuwirken. Besteht Handlungsbedarf hat der Bereichsausschuss Maßnahmen zur Umsetzung im Handlungsplan aufzuzeigen und auf die hierfür Verantwortlichen zuzugehen. Dies bedeutet, dass der Bereichsausschuss in diesem Rahmen auch den Krankentransport in den Blick zu nehmen hat.

Die Landesregierung erwartet von den Beteiligten im Krankentransport und von den Krankenkassen eine konsequente Umsetzung dieses Grundsatzes, der zu deutlichen Anpassungen der Kapazitäten im Krankentransport führen muss.

Es zeigt sich in der Praxis, dass die in der Selbstverwaltung vereinbarte Vergütung für den Krankentransport eine wesentliche Ursache darstellt. Die Finanzierung der Krankentransporte erfolgt durch Benutzungsentgelte, die für den Rettungsdienstbereich in eigener Verantwortung zwischen den Kostenträgern und den Betreibern von Krankentransporten vereinbart werden. Nach Auskunft dieser werden die Benutzungsentgelte angesichts der hohen Personalkosten für nicht leistungsgerecht und nicht auskömmlich erachtet. Dies führt dazu, dass sich vor allem in den auslastungsschwachen Zeiten (abends, nachts und an Wochenenden) Leistungserbringer nicht in der Lage sehen, einen finanziell auskömmlichen Dienst sicherzustellen und ihre Betriebszeiten entsprechend einschränken. Dies kann sich im Einzelfall auch auf die Wartezeiten auswirken, da die Leitstellen nur die Krankentransportfahrzeuge disponieren können, die zum jeweiligen Zeitpunkt zur Verfügung stehen. Die Kostenverhandlungen befinden sich derzeit in einem Schiedsverfahren, das nach Auskunft der Leistungserbringer bisher zu keinem zufriedenstellenden Ergebnis geführt hat. Mit einer im Rahmen der Selbstverwaltung vereinbarten auskömmlichen Finanzierung wird von diesen eine deutliche Verbesserung der Situation erwartet. Die Dringlichkeit einer auskömmlichen Finanzierung von Krankentransporten ist auch auf Seiten der Kostenträger erkannt. Die Landesregierung erwartet von den Kostenträgern des Rettungsdienstes zeitnah ein Signal, eine dem Bedarf entsprechende Vorhaltung im Krankentransport sicherzustellen. Hierzu gehört auch eine Verbesserung der Finanzierung. Anderenfalls ist gegebenenfalls eine gesetzliche Regelung unumgänglich.

19. Wie reagiert sie auf den offenen Brief eines privaten Anbieters von Krankentransporten an Ministerpräsident Kretschmann?

20. Entspricht es ihren ordnungspolitischen Überzeugungen im Bereich des Rettungsdienstes, dass ein privater Anbieter von Krankentransporten in der Notfallrettung dauerhaft aushilft und dadurch finanziellen Schaden bis hin zur Existenzgefährdung erleidet, unter anderem weil die Landesregierung offensichtlich und auch angesichts ihrer Beantwortung Parlamentarischer Anfragen aus der FDP/DVP-Fraktion nicht bereit ist, mit zusätzlichen privaten Leistungserbringern im Rettungswesen Vereinbarungen zu treffen?

Zu 19. und 20.:

Die Landesregierung hat auf den offenen Brief unverzüglich reagiert. Im Rahmen der Sachverhaltsermittlung haben sich weitere Erkenntnisse ergeben, die über die rettungsdienstlichen Fragestellungen hinausgehen und deren Prüfung noch nicht abgeschlossen ist. Festzustellen ist in diesem Zusammenhang, dass nach dem Rettungsdienstgesetz ein Krankentransport (KTW) nicht über einen sog. First Responder-Einsatz hinausgehend für Zwecke der Notfallrettung eingesetzt werden darf. Sollte sich vor Ort herausstellen, dass die Patientin bzw. der Patient einen Rettungswagen benötigt, sind von der KTW-Besatzung gegebenenfalls Maßnahmen der Erstversorgung vorzunehmen verbunden mit der Verpflichtung, die Integrierte Leitstelle zu informieren und ein Rettungsmittel der Notfallrettung (RTW, Notarzt) nachzufordern.

21. *Warum ist ihr der unter anderem durch das jahrelange Nichteinhalten von Hilfsfristen nachgewiesene schlechte Zustand des Rettungswesens im Land lieber als die Nutzung der Möglichkeit, mit weiteren Leistungsträgern Vereinbarungen über die Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Einrichtungen des Rettungsdienstes zu treffen, zumal es durchaus Rettungsdienstunternehmen gibt, die zur Verfügung stünden?*

Zu 21.:

Das mit der Frage angesprochene und noch heute geltende System im Rettungsdienst von Baden-Württemberg beruht auf einer umfangreichen Gesetzesnovelle im Jahre 1998. In Verantwortung für den Rettungsdienst wurde seitdem in einem kontinuierlichen Prozess die rettungsdienstliche Versorgung verbessert. Der Rettungsdienst in Baden-Württemberg ist gut aufgestellt. Baden-Württemberg ist das einzige Bundesland, das eine doppelte Hilfsfrist hat. Dies bedeutet eine bis zu 15-minütige Hilfsfrist für Rettungswagen und Notarzt gleichermaßen. In Baden-Württemberg liegt die durchschnittliche Ausrückzeit, d. h. die Zeit zwischen der Alarmierung und dem Ausrücken, also der Abfahrt des komplett besetzten Rettungsmittel in Richtung des Einsatzortes beim notarztbesetzten Rettungsmittel bei 2 : 06 Minuten; bei RTW sind dies im Durchschnitt 1 : 12 Minuten. Die Fahrzeit zum Einsatzort liegt beim notarztbesetzten Rettungsmittel im Mittel bei 6 : 14 Minuten. Für die RTW-Einsätze wird 2015 im Landesdurchschnitt eine Fahrzeit von 6 : 13 Minuten erreicht. Für 2016 liegen die Daten der SQR-BW noch nicht vor.

Mit dem Ziel, den anhaltenden Herausforderungen zu begegnen und den Rettungsdienst in Baden-Württemberg auch künftig auf hohem Niveau sicherzustellen, wurde zuletzt mit der Änderung des RDG Ende 2017 ein umfassendes landesweites Qualitätssicherungssystem gesetzlich verankert und flächendeckend implementiert. Als einziges Bundesland hat Baden-Württemberg den Bereichsausschüssen gesetzlich aufgegeben, neben der Hilfsfrist weitere wichtige Qualitätskriterien durch eine Betrachtung der einzelnen rettungsdienstlichen Teilabschnitte regelmäßig in den Fokus zu nehmen. Wie aufgezeigt, ist das Land mit der SQR-BW und dem zwischenzeitlich von der Selbstverwaltung landesweit implementierten Qualitätssicherungs- und Auswertungssystem beispielgebend für andere Bundesländer, die nach dem Modell Baden-Württemberg vergleichbares beabsichtigen aufzubauen.

Wie unter Ziffer 3 ausgeführt, unterliegt die Hilfsfrist vielfältigen Einflussfaktoren. Zahlreiche Vorhalteeerweiterungen wurden in den letzten Jahren vorgenommen. Dies bedingt einen Bedarf zusätzlicher Fachkräfte. Soweit ein Bedarf besteht können nach Maßgabe des § 2 Absatz 2 RDG die gesetzlich genannten Hilfsorganisationen auf Bereichsebene Kooperationsvereinbarungen mit anderen Stellen abschließen. Diese werden dadurch Leistungsträger im jeweiligen Rettungsdienstbereich. Lässt sich auf diese Weise der Bedarf in einem oder mehreren Rettungsdienstbereichen nicht schließen, kann das Innenministerium mit anderen Stellen entsprechende Vereinbarungen schließen und die Aufgabe der Notfallrettung auf diese übertragen. „Andere Stellen“ können grundsätzlich auch private Unternehmen sein. Nach § 5 in Verbindung mit § 3 Absatz 3 RDG sind die Bereichsausschüsse für die planerische Sicherstellung der Notfallrettung zuständig. Der Bereichsausschuss ist hier das gesetzliche Vor-Ort Gremium. Konkret bedeutet dies, dass zunächst der Bereichsausschuss in einem Rettungsdienstbereich einen Bedarf für eine Vorhalteeerweiterung feststellen und die Vorhaltung festlegen muss. Soweit eine vom Bereichsausschuss beschlossene Vorhaltung von keiner der im Gesetz genannten Hilfsorganisationen selbst oder über eine Kooperation mit einem Dritten gedeckt werden kann ist das Innenministerium hierüber von dem Bereichsausschuss unverzüglich in Kenntnis zu setzen. Ein dahingehender Bedarf ist dem Innenministerium bisher nicht angezeigt worden.

22. *Welche Vor- und Nachteile hat aus ihrer und der Sicht von Fachleuten die Übertragung der Trägerschaft des Rettungsdienstes auf Stadt- und Landkreise?*

Zu 22.:

Baden-Württemberg hat die Aufgaben des Rettungsdienstes gesetzlich direkt an Dritte übertragen. In anderen Bundesländern ist der Rettungsdienst auf die Land-

kreise und kreisfreien Städte beziehungsweise auf einen Rettungszweckverband (Bayern, Saarland) als gesetzlicher Aufgabenträger übertragen. Die Kommunen können als Träger den Rettungsdienst eigenständig durchführen, wenn eine dafür geeignete Einrichtung zur Verfügung steht. Das sind in größeren Städten oft die Berufsfeuerwehren. Soweit der Träger des Rettungsdienstes die Notfallversorgung nicht selbst durchführt, kann er sich anderer Institutionen bedienen. Das ist überwiegend der Fall. Der Rettungsdienst wird auch in diesen Bundesländern letztlich überwiegend von den sanitätsdienstlichen Hilfsorganisationen durchgeführt.

In Baden-Württemberg wurden im Jahr 2016 weit über eine Million RTW-Einsätze erbracht. In 280.400 Fällen war ein notarztbesetztes Rettungsmittel erforderlich. Im Bereich des qualifizierten Krankentransportes erfolgten rund 772.000 Einsätze. Auch bei einer Kommunalisierung, die eine neue Aufgabenübertragung durch das Land bedeuten würde und mit einem entsprechenden Finanzausgleich für die Kommunen verbunden wäre, kann davon ausgegangen werden, dass sich letztlich auch die 44 Stadt- und Landkreise auf die flächendeckenden Rettungsdienststrukturen und Personalressourcen der Hilfsorganisationen im Bereich der hauptamtlich und ehrenamtlich tätigen Fachkräfte stützen müssten. Die Herausforderungen, vor denen der Rettungsdienst steht, blieben die gleichen.

Im Zuge der letzten Änderung des Rettungsdienstgesetzes Ende 2015 wurde die Rechtsaufsicht der unteren Verwaltungsbehörden über den Bereichsausschuss gestärkt. Die Rechtsaufsichtsbehörde kann von den Instrumenten der Rechtsaufsicht wie zum Beispiel das Beanstandungs-, Anordnungsrecht oder die Ersatzvornahme entsprechend §§ 120 bis §123 der Gemeindeordnung Gebrauch machen und auf diese Weise an der Vorort-Planung im Rettungsdienst mitwirken.

23. Welche Vor- und Nachteile hat aus ihrer und der Sicht von Fachleuten eine öffentlich-rechtliche Trägerschaft der Integrierten Leitstellen?

Zu 23.:

Zur Frage der Trägerschaft von Leitstellen äußern sich verschiedenste Gruppierungen und Interessenvertretungen. Die Landesregierung maßt sich nicht an, eine Unterscheidung zwischen den von zuständigen Beschäftigten der Landesregierung und Dritten bzw. innerhalb dieser dritten Gruppierung vertretenen Positionen bezüglich deren Fachlichkeit zu treffen. Gleiches gilt für die Bewertung der unterschiedlichen Positionen nach Vor- und Nachteilen; oft sind hierbei persönliche oder organisationsbezogene Betrachtungen entscheidungsrelevant.

Die Befürworter einer Übertragung der Trägerschaft auf die Stadt- und Landkreise sehen nach Einschätzung der Landesregierung darin den Vorteil, dass eine staatliche Steuerung weniger von der Interessenlage einzelner Hilfsorganisationen beeinflusst wäre. Dabei darf nicht verkannt werden, dass die Trägerschaft nicht beim DRK liegt, sondern dass die DRK-Landesverbände die Leitstellen und hier den rettungsdienstlichen Teil im Auftrag des Landes als Beliehene ausführen. Das Land hat damit eine entscheidende Möglichkeit der Einflussnahme auf die Arbeit der Leitstellen.

Gleichwohl sieht die Landesregierung ein mögliches Verbesserungspotenzial bei den Leitstellen. Im Koalitionsvertrag zwischen Bündnis 90/Die Grünen und der CDU für die Legislaturperiode 2016 bis 2021 haben die Koalitionsfraktionen festgelegt, die Leitstellenlandschaft der Integrierten Leitstellen für Feuerwehr und Rettungsdienst zu überprüfen. Das Ministerium für Inneres, Digitalisierung und Migration hat hierzu unter anderem unter Beteiligung einer Lenkungsgruppe mit der Überprüfung und gegebenenfalls der Anpassung der Leitstellenstruktur begonnen.

In Vertretung

Jäger

Staatssekretär

Anlage

Rettungsdienstbereich	Rettungswagen				Notarzt			
	2015		2016		2015		2016	
	95% 10 min	95% 15 min						
Biberach	73,9	92,9	75,7	93,6	59,4	89,6	58,5	90,4
Böblingen	61,3	92,0	64,5	92,3	56,5	88,5	58,7	89,8
Bodensee-Oberschwaben	73,0	94,2	73,6	94,3	58,2	88,8	59,0	89,1
Calw	69,8	93,6	66,7	92,1	55,9	89,2	54,5	90,1
Emmendingen	75,9	95,7	74,2	95,2	53,7	90,9	55,3	90,9
Esslingen	67,4	93,9	68,1	94,2	61,7	96,3	62,3	93,6
Freiburg/Breisgau-Hochschwarzwald	73,6	92,7	77,9	94,9	65,1	92,1	67,7	93,3
Freudenstadt	71,0	93,5	71,6	93,4	60,3	90,7	59,7	91,1
Göppingen	75,2	96,0	75,3	95,9	68,4	94,9	69,0	95,0
Heidenheim	75,3	95,9	76,2	96,1	68,3	94,3	70,4	94,0
Heilbronn	57,5	88,6	64,5	90,9	53,2	84,0	50,4	86,4
Hohenlohe	69,2	91,7	68,7	91,4	63,1	86,7	62,4	87,3
Karlsruhe	61,9	90,7	61,8	90,7	53,4	88,5	53,0	88,5
Konstanz	67,6	95,0	87,0	94,4	87,6	94,8	87,0	94,2
Lörrach	68,1	92,1	70,1	92,4	53,6	87,3	57,3	88,2
Ludwigsburg	66,9	93,0	67,3	93,3	61,7	91,4	61,6	91,6
Main-Tauber-Kreis	69,2	92,8	66,8	91,4	61,1	91,2	60,7	91,4
Mittelbaden	69,7	92,3	71,4	93,5	51,4	87,5	54,3	89,0
Neckar-Odenwald-Kreis	67,0	91,9	68,7	92,6	59,3	88,2	59,2	89,4
Ortenau	69,0	92,3	68,9	92,6	57,8	89,1	66,6	91,1
Ostalbkreis	78,2	96,1	78,8	95,8	67,6	93,7	68,2	93,6
Pforzheim	68,5	92,8	70,2	93,9	64,5	92,3	66,2	92,4
Rems-Murr-Kreis	75,9	94,9	73,2	93,3	73,3	95,3	71,0	94,5
Reutlingen	79,1	94,4	75,7	92,0	72,6	91,7	68,2	88,4
Rhein-Neckar/Heidelberg/Mannheim	67,0	93,0	70,9	94,3	59,6	91,7	66,4	93,8
Rottweil	73,2	95,8	72,5	95,7	60,5	93,5	57,4	93,2
Schwäbisch-Hall	69,9	92,3	69,0	91,6	61,8	89,3	59,7	88,3
Schwarzwald-Baar-Kreis	88,7	92,8	88,8	92,9	81,3	90,2	82,7	91,0
Stuttgart	77,5	94,2	76,7	96,2	66,6	95,4	65,8	95,3
Tübingen	81,5	95,8	81,3	95,6	72,7	92,9	72,1	92,1
Tuttlingen	69,7	92,8	71,6	93,9	50,0	88,6	53,2	87,3
Ulm/Alb-Donau-Kreis	87,2	95,3	76,2	95,2	74,6	93,1	73,0	92,2
Waldshut	65,2	89,7	65,1	89,6	43,0	81,0	45,3	86,9
Zollernalbkreis	60,7	91,0	61,5	91,4	54,3	87,5	57,9	89,4