

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Gökay Akbulut, Harald Weinberg, Dr. André Hahn, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 19/26870 –**

Umfang und Auswirkungen von Outsourcing in Krankenhäusern

Vorbemerkung der Fragesteller

Die Betriebskosten der Krankenhäuser werden größtenteils durch diagnosebezogene Fallpauschalen vergütet. Diese festgelegten Preise schaffen strukturell den Anreiz für die Krankenhäuser, ihre Kosten, insbesondere ihre Personalkosten, soweit wie möglich zu senken – entweder für eine „schwarze Null“ in der Bilanz oder, nach Ansicht der Fragestellenden noch zweckwidriger, um auf Kosten der Beschäftigten zusätzliche Profite zu erwirtschaften.

Viele Kliniken haben in den letzten 20 Jahren Servicegesellschaften gegründet und direkt patientenbezogene und permanent anfallende Tätigkeiten ausgelagert („Outsourcing“). Der nach Ansicht der Fragestellenden einzige Grund für diese Servicegesellschaften sind Einsparungen bei den Arbeitskosten über die Verschlechterung der Arbeits- und Entlohnungsbedingungen. Dabei kommen vom Minijob, über Leiharbeit bis zum Werkvertrag viele atypische Beschäftigungsformen zum Einsatz. Hier finden sich zu einem überproportionalen Anteil Beschäftigte mit Migrationsgeschichte, was Fragen zu ihrer Stellung auf dem Arbeitsmarkt im Dienstleistungs- und Pflegebereich aufwirft (vgl. <https://www.infodienst.bzga.de/migration-flucht-und-gesundheit/materialien/systemrelevant-und-prekaer-beschaeftigt-wie-migrantinnen-unser-gemeinwesen-aufrechterhalten/>).

Die Fragestellenden sehen in den unübersichtlichen, statistisch kaum erfassten Geflechten von ausgegliederten Servicegesellschaften und den damit einhergehenden unterschiedlichen Beschäftigungsformen und Arbeitsbedingungen zum einen die Gefahr von Ungleichbehandlungen der Beschäftigten. Auch die betrieblichen Interessenvertretungen werden dadurch geschwächt. Zum anderen entstehen erhebliche Risiken für die Patientensicherheit: Der Versorgungsprozess wird zerteilt und Arbeitsabläufe werden erschwert, weil überflüssige Schnittstellen und Doppelstrukturen entstehen, die einzig auf die Auslagerungen zurückzuführen sind.

Durch die Corona-Pandemie sind diese Probleme und Mängel verstärkt in Erscheinung getreten, wie es besonders markant im Abschlussbericht einer unabhängigen Expertenkommission zum SARS-CoV-2-Ausbruch am Potsdamer Klinikum Ernst von Bergmann im Frühjahr 2020 dokumentiert ist (siehe <https://www.potsdam.de/sites/default/files/documents/abschlussberichtexperte>

nberichtkevb.pdf). Als Konsequenz werden dort die Servicegesellschaften aufgelöst und in den Stammbetrieb zurückgeholt.

Die Fragestellenden möchten von der Bundesregierung erfahren, welches Ausmaß diese Ausgliederungen bisher erreicht haben, welche Konsequenzen dies für die Beschäftigten und die Patientinnen und Patienten hat, sowie ob sie bei den ausgegliederten Servicegesellschaften der Kliniken ebenfalls, wie der Auffassung der Fragestellenden entsprechend, Anzeichen für Fehlentwicklungen und den missbräuchlichen Einsatz dieser Konstrukte sieht – und daher auch politischen Handlungsbedarf.

Die folgenden Fragen beziehen sich, sofern nicht anders angegeben, auf Krankenhäuser nach § 107 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Unter Servicegesellschaften werden in dieser Anfrage mehrheitlich oder gänzlich unternehmens- oder konzern- bzw. unternehmensgruppeneigene Gesellschaften verstanden, denen permanente Teilaufgaben des Krankenhausbetriebes übertragen werden.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Sog. Outsourcing im Sinne einer Auslagerung von Aufgaben an externe Dienstleister, die zuvor innerhalb des Unternehmens realisiert wurden, ist eine betriebswirtschaftliche Strategie, die seit Jahrzehnten in verschiedenen Branchen weltweit zu beobachten ist. Sie ist somit keine Besonderheit der deutschen Krankenhauslandschaft und wurde dort auch bereits vor der Einführung des DRG-Fallpauschalensystems angewendet. Ausgangspunkt für Outsourcing ist die von jedem rational geführten Unternehmen zu beantwortende Frage, ob es vorteilhafter ist, bestimmte Güter und Dienstleistungen selbst herzustellen oder von anderen Unternehmen einzuzukaufen. Outsourcing dient insbesondere dazu, den Fokus der Unternehmenstätigkeit auf seine Kernkompetenzen zu legen und effiziente Organisationsstrukturen zu schaffen. Damit zielt Outsourcing vielfach auf eine Reduktion von Fixkosten, eine Steigerung der Flexibilität und der Qualität der Leistungserbringung und einen geringeren Verwaltungsaufwand ab.

Nach den Ergebnissen des Krankenhaus Barometers 2013 des Deutschen Krankenhausinstituts erfolgt Outsourcing in deutschen Krankenhäusern in erster Linie in den Bereichen Wäscherei, Reinigungsdienst und Küche. Im medizinisch-technischen Bereich seien insbesondere die Apotheke und das Labor ausgelagert worden.

Das DRG-Fallpauschalensystem setzt einen Anreiz zu einem wirtschaftlichen Umgang mit den vorhandenen Ressourcen und ist insoweit Ausfluss des gesetzlichen Wirtschaftlichkeitsgebots des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Dies ist insofern sachgerecht und erforderlich, als dass die vorhandenen finanziellen Ressourcen, die sich in erster Linie aus Sozialversicherungsbeiträgen der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber und aus Steuermitteln speisen, auch in der Krankenhausversorgung begrenzt sind. Auch andere Vergütungssysteme setzen Anreize zu wirtschaftlichem Verhalten, soweit den Krankenhäusern nicht im Rahmen einer Selbstkostendeckung alle ihnen entstandenen Kosten erstattet werden. Eine umfassende Selbstkostendeckung ist jedoch aufgrund der damit verbundenen unerwünschten Anreizwirkungen hinsichtlich unwirtschaftlichen Verhaltens und der Verschwendung von Beitrags- und Steuermitteln abzulehnen.

1. Wie viele Krankenhäuser in Deutschland haben nach Kenntnis der Bundesregierung Tätigkeiten in Servicegesellschaften ausgegliedert (bitte ab 1991, nach Trägerschaft und nach Bundesländern differenziert aufschlüsseln)?
2. Wie viele Servicegesellschaften in Krankenhäusern bestehen nach Kenntnis der Bundesregierung in Deutschland (bitte die Zahl ab 1991 jährlich und nach Trägerform ausweisen)?

Wie viele Servicegesellschaften bestehen durchschnittlich pro Krankenhaus (bitte differenzieren nach Trägerform)?

Wie viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben diese durchschnittlich?

Wie viele Servicegesellschaften beschäftigen jeweils 1 bis 50, 51 bis 200, 201 bis 1 000 und mehr als 1 000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (bitte pro Spanne die Anzahl der Servicegesellschaften angeben)?
3. Wie viele Menschen arbeiten nach Kenntnis der Bundesregierung insgesamt in den ausgegliederten Servicegesellschaften (bitte ab 1991, nach Beschäftigungsverhältnissen und nach Trägerform des Stammkrankenhauses aufschlüsseln)?
4. Wie haben sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Beschäftigtenzahlen (Vollkräfte) in den einzelnen Dienstgruppen der Krankenhäuser jenseits des ärztlichen Dienstes und des Pflegedienstes (medizinisch-technischer Dienst, Funktionsdienst, klinisches Hauspersonal, Wirtschafts- und Versorgungsdienst, technischer Dienst, Verwaltungsdienst, Sonderdienste, sonstiges Personal) von 1991 bis heute entwickelt (bitte pro Dienstgruppe und Jahr angeben und nach Trägerform differenzieren)?

Inwiefern sind Personalrückgänge in einzelnen Dienstgruppen auf generellen Personalabbau zurückzuführen, bzw. wie viele der in den Stammkrankenhäusern abgebauten Stellen wurden in Servicegesellschaften ausgelagert?

Aufgrund des Sachzusammenhanges werden die Fragen 1 bis 4 gemeinsam beantwortet.

Der Bundesregierung liegen weder Erkenntnisse zu der Anzahl der Krankenhäuser, die Tätigkeiten in Servicegesellschaften ausgegliedert haben, noch zu der Anzahl der Servicegesellschaften in Krankenhäusern vor. Der Bundesregierung liegen ferner keine Erkenntnisse zu den in ausgegliederten Servicegesellschaften von Krankenhäuser beschäftigten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern vor.

5. Welche Aufgaben werden nach Kenntnis der Bundesregierung vor allem in Servicegesellschaften ausgelagert (bitte die zehn am häufigsten ausgelagerten Bereiche mit der entsprechenden Anzahl angeben)?

Krankenhäuser lagern häufig Tätigkeiten wie Gebäudereinigung, Gebäudetechnik, Sicherheits- und Wachdienste, Catering/Kantinenbetrieb, kaufmännische Verwaltung, Energiemanagement, Fuhrpark und sowie Garten- und Landschaftspflege aus.

6. Wie hoch sind nach Kenntnis der Bundesregierung die Kosten für ausgliederte Leistungen („Outsourcing“) in Krankenhäusern (bitte ab 1991 jährlich ausweisen und nach Trägerform und Bundesländern aufschlüsseln)?

Wie hoch sind nach Kenntnis der Bundesregierung die Kosten für ausgliederte Leistungen („Outsourcing“) in Krankenhäusern im Vergleich zu den Personalkosten der Krankenhäuser (bitte ab 1991 jährlich in absoluten Zahlen und prozentual ausweisen und nach Trägerform und Bundesländern aufschlüsseln)?

Das Statistische Bundesamt weist die Aufwendungen der Krankenhäuser für Leistungen, die nicht mehr vom Krankenhaus selbst erbracht werden, aber zum Betrieb der Einrichtung erforderlich sind, seit dem Jahr 2010 im Kostennachweis der Krankenhäuser unter den Sachkosten nachrichtlich als Aufwendungen für ausgelagerte Leistungen (outsourcing) aus.

Die nachfolgenden Tabellen stellen die vom Statistischen Bundesamt ermittelten Personalkosten der Krankenhäuser, die Aufwendungen für ausgelagerte Leistungen sowie den Anteil der Aufwendungen für ausgelagerte Leistungen an den Personalkosten der Krankenhäuser differenziert nach Ländern und Trägerschaft dar.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

Personalkosten der Krankenhäuser
nach Ländern

Lfd. Nr.	Gegenstand der Nachweisung	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010
		in 1 000 Euro								
Krankenhäuser insgesamt										
1	Deutschland	66 496 578	63 790 023	61 071 918	58 487 602	56 152 134	53 825 553	51 860 879	49 485 917	47 463 378
2	Baden-Württemberg	8 529 606	8 171 725	7 817 283	7 516 620	7 255 058	6 948 606	6 700 527	6 450 228	6 208 256
3	Bayern	10 471 754	10 002 191	9 558 095	9 144 497	8 770 326	8 346 241	8 049 061	7 643 317	7 305 265
4	Berlin	3 102 538	2 922 770	2 700 986	2 582 733	2 470 279	2 333 411	2 253 484	2 137 817	2 031 468
5	Brandenburg	1 527 531	1 464 193	1 394 311	1 348 845	1 291 408	1 251 671	1 215 719	1 169 716	1 143 916
6	Bremen	661 100	644 974	614 958	594 686	588 710	561 871	546 325	528 823	554 122
7	Hamburg	1 954 343	1 840 603	1 758 964	1 703 329	1 608 595	1 537 622	1 460 054	1 383 746	1 312 955
8	Hessen	4 507 402	4 310 716	4 120 179	3 969 826	3 772 311	3 622 594	3 498 722	3 345 084	3 203 804
9	Mecklenburg-Vorpommern	1 271 980	1 255 497	1 216 860	1 167 704	1 138 841	1 085 785	1 056 972	962 588	938 964
10	Niedersachsen	5 737 886	5 496 146	5 326 495	5 126 634	4 939 725	4 765 814	4 581 877	4 413 907	4 257 285
11	Nordrhein-Westfalen	15 817 311	15 256 487	14 625 385	13 892 056	13 313 646	12 805 371	12 303 079	11 665 002	11 094 787
12	Rheinland-Pfalz	3 207 112	3 084 418	2 961 543	2 851 670	2 737 943	2 636 283	2 517 193	2 408 637	2 303 637
13	Saarland	984 411	941 666	898 979	861 606	839 103	813 758	775 458	754 341	729 769
14	Sachsen	3 019 304	2 885 666	2 766 911	2 646 222	2 514 446	2 392 770	2 315 048	2 220 194	2 141 705
15	Sachsen-Anhalt	1 800 952	1 752 879	1 704 211	1 641 740	1 601 938	1 545 441	1 503 556	1 438 438	1 400 323
16	Schleswig-Holstein	2 057 086	1 988 036	1 898 398	1 806 323	1 718 504	1 659 201	1 628 418	1 561 176	1 500 807
17	Thüringen	1 846 262	1 772 056	1 708 361	1 633 112	1 586 302	1 519 114	1 455 386	1 402 903	1 336 315
nach der Trägerschaft										
Öffentliche Krankenhäuser										
18	Deutschland	36 873 701	35 325 810	33 677 033	32 521 483	31 084 833	29 748 520	28 672 973	27 488 639	26 524 880
19	Baden-Württemberg	6 262 261	5 978 902	5 713 941	5 557 386	5 370 193	5 072 048	4 889 977	4 744 711	4 538 911
20	Bayern	8 060 345	7 705 736	7 327 296	7 028 540	6 757 870	6 439 055	6 238 396	5 920 759	5 662 968
21	Berlin	1 648 353	1 538 342	1 385 272	1 322 953	1 266 289				
22	Brandenburg	858 829	811 504	775 055	747 845	718 229	689 850	677 325	643 141	632 747
23	Bremen	448 615								
24	Hamburg	529 574	479 266	437 765	433 259	400 250	378 498	356 760		
25	Hessen	2 412 518	2 414 100	2 301 947	2 233 678	1 999 014	1 944 922	1 797 850	1 737 066	1 789 511
26	Mecklenburg-Vorpommern	544 303	545 263	534 375	515 162	508 923	480 974	469 090	380 615	368 843
27	Niedersachsen	2 861 730	2 638 555	2 608 126	2 544 782	2 437 266	2 347 722	2 279 225	2 183 329	2 159 335
28	Nordrhein-Westfalen	6 187 759	5 901 290	5 617 838	5 416 932	5 261 392	5 025 877	4 805 934	4 520 992	4 290 444
29	Rheinland-Pfalz	1 468 674	1 396 068	1 332 857	1 287 438	1 163 311	1 124 268	1 078 418	1 023 533	979 471
30	Saarland	627 647					542 416	523 122	500 465	484 373
31	Sachsen	1 863 018	1 892 987	1 807 337	1 740 180	1 649 141	1 559 439	1 513 493	1 465 910	1 412 898
32	Sachsen-Anhalt	1 093 637	1 051 856	1 005 318	970 797	940 457	971 955	948 023	967 743	936 822
33	Schleswig-Holstein	1 126 618	1 095 907	1 034 932	976 756	915 025	884 088	877 527	961 662	920 345
34	Thüringen	879 820	841 265	804 434	768 309	742 484	716 281	686 919	672 342	636 439
Freiheimnützige Krankenhäuser										
35	Deutschland	19 721 819	19 167 318	18 486 441	17 545 919	16 900 318	16 284 766	15 637 773	14 948 375	14 263 824
36	Baden-Württemberg	1 554 203	1 492 646	1 446 916	1 381 111	1 317 251	1 334 873	1 288 678	1 216 253	1 118 575
37	Bayern	1 120 900	1 078 815	1 078 883	1 042 364	987 378	940 295	871 323	826 633	773 826
38	Berlin	1 060 577	1 009 652	962 119	908 770	870 265	817 533	775 326	733 113	707 680
39	Brandenburg	264 669	257 614	245 590	235 688	225 992	218 445	208 624	210 049	203 148
40	Bremen	135 898	145 322	136 744	133 219	130 840	171 264	166 830	159 030	157 388
41	Hamburg	587 788	557 576	538 974	508 207	477 260	459 524	436 458	438 096	406 490
42	Hessen	1 001 315	982 241	950 262	894 356	853 477	789 308	772 851	730 462	687 379
43	Mecklenburg-Vorpommern	199 784	195 673	190 708	180 267	169 375	162 853	158 589	164 374	157 831
44	Niedersachsen	1 908 991	1 918 558	1 836 210	1 742 268	1 676 856	1 640 524	1 568 825	1 511 946	1 438 640
45	Nordrhein-Westfalen	8 523 479	8 275 225	7 953 467	7 542 266	7 236 463	6 979 997	6 755 657	6 432 696	6 178 357
46	Rheinland-Pfalz	1 624 474	1 576 845	1 516 782	1 457 697	1 474 599	1 415 173	1 346 996	1 295 632	1 236 919
47	Saarland	354 606	344 390	328 076	286 344	277 157	271 342	252 336	253 877	245 396
48	Sachsen	327 942	311 529	299 231	281 601	265 603	257 173	244 671	221 057	216 984
49	Sachsen-Anhalt	357 799	356 856	352 847	334 411	322 643	261 684	248 795	241 204	229 854
50	Schleswig-Holstein	369 385	344 576	338 965	324 356	332 587	299 500	288 006	275 707	266 628
51	Thüringen	330 010	319 800	310 666	292 995	282 574	265 279	253 807	238 245	238 729
Private Krankenhäuser										
52	Deutschland	9 901 058	9 296 895	8 908 445	8 420 200	8 166 984	7 792 267	7 550 134	7 048 903	6 674 673
53	Baden-Württemberg	713 142	700 177	656 426	578 123	567 614	541 685	521 872	489 264	550 770
54	Bayern	1 290 509	1 217 640	1 151 917	1 073 593	1 025 077	966 890	939 343	895 924	868 471
55	Berlin	393 608	374 775	353 594	351 010	333 725				
56	Brandenburg	404 033	395 076	373 667	365 311	347 188	343 376	329 769	316 527	308 021
61	Bremen	76 587								
58	Hamburg	836 981	803 761	782 225	761 863	731 085	699 600	666 837		
59	Hessen	1 093 569	914 376	867 969	841 792	919 820	888 364	928 021	877 557	726 914
60	Mecklenburg-Vorpommern	527 893	514 561	491 778	472 274	460 544	441 958	429 293	417 598	412 290
61	Niedersachsen	967 164	939 034	882 160	839 583	825 604	777 568	733 826	718 632	659 311
62	Nordrhein-Westfalen	1 106 073	1 079 972	1 054 079	932 858	815 791	799 497	741 488	711 315	625 987
63	Rheinland-Pfalz	113 965	111 506	111 904	106 535	100 033	96 842	91 779	89 472	87 247
64	Saarland	2 158								
65	Sachsen	828 345	681 150	660 343	624 441	604 702	576 158	556 884	533 227	511 823
66	Sachsen-Anhalt	349 516	344 167	346 046	336 533	338 838	311 803	306 738	229 491	233 648
67	Schleswig-Holstein	561 083	547 553	524 500	505 211	470 891	475 613	462 885	323 807	313 834
68	Thüringen	636 432	610 991	593 261	571 809	561 244	537 554	514 659	492 316	461 148

Quelle: Statistisches Bundesamt

Sachkosten der Krankenhäuser, hier: Aufwendungen für ausgelagerte Leistungen ("outsourcing")
 nach Ländern

Lfd. Nr.	Gegenstand der Nachweisung	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010
		in 1 000 Euro								
	Krankenhäuser insgesamt									
1	Deutschland	4 001 143	3 716 499	3 409 925	3 115 019	2 891 956	2 726 366	2 417 744	2 217 162	1 915 018
2	Baden-Württemberg	430 566	407 196	355 108	341 240	307 951	292 499	257 379	235 273	212 716
3	Bayern	412 177	395 746	356 017	319 507	313 922	292 076	235 691	210 247	217 140
4	Berlin	538 170	508 624	476 268	387 713	355 281	331 974	323 721	299 937	268 466
5	Brandenburg	123 213	116 379	104 759	99 428	86 177	75 223	77 563	68 393	48 698
6	Bremen	109 493	112 082	91 976	99 624	93 322	94 614	92 421	77 347	9 809
7	Hamburg	185 247	177 701	158 856	147 538	131 532	140 930	110 967	113 840	102 623
8	Hessen	212 831	199 280	181 604	174 133	168 683	152 455	149 443	142 528	116 686
9	Mecklenburg-Vorpommern	71 834	54 027	56 719	47 642	42 092	43 519	34 261	54 339	43 504
10	Niedersachsen	360 734	296 362	265 017	240 095	206 838	199 120	176 889	161 366	144 674
11	Nordrhein-Westfalen	758 092	691 211	671 961	606 544	565 946	549 031	434 543	391 557	322 617
12	Rheinland-Pfalz	148 697	134 021	102 710	97 507	86 527	76 340	81 231	67 702	60 822
13	Saarland	40 242	36 367	30 744	29 267	27 369	24 176	21 506	12 282	11 433
14	Sachsen	181 382	166 715	172 966	172 601	191 086	164 244	133 917	130 576	128 884
15	Sachsen-Anhalt	139 902	131 322	117 287	109 348	95 442	85 301	82 501	72 531	60 366
16	Schleswig-Holstein	183 898	170 201	163 349	150 799	134 152	124 198	125 230	106 981	96 075
17	Thüringen	104 663	119 266	104 584	92 033	85 635	80 666	80 483	72 261	70 505
	nach der Trägerschaft									
	Öffentliche Krankenhäuser									
18	Deutschland	2 281 525	2 142 308	1 975 585	1 802 096	1 699 112	1 592 713	1 395 845	1 298 501	1 071 126
19	Baden-Württemberg	335 757	317 913	269 615	268 239	240 654	207 872	200 743	183 860	166 948
20	Bayern	274 796	275 042	246 959	222 236	217 757	203 844	149 172	129 991	146 917
21	Berlin	385 551	369 670	344 453	265 535	240 566				
22	Brandenburg	95 768	91 667	84 192	80 431	71 796	64 302	66 624	59 989	40 526
23	Bremen	86 194								
24	Hamburg	86 096	85 498	83 620	78 174	74 575	70 921	68 324		
25	Hessen	108 645	106 931	93 291	79 788	82 591	72 886	85 599	84 945	63 806
26	Mecklenburg-Vorpommern	27 485	10 807	17 117	11 493	7 532	5 956	4 202	6 736	4 449
27	Niedersachsen	163 461	111 277	100 174	103 975	90 085	87 024	76 661	86 527	70 845
28	Nordrhein-Westfalen	333 443	301 328	291 905	253 568	238 071	240 906	153 555	143 423	103 533
29	Rheinland-Pfalz	74 058	59 096	45 661	42 405	40 509	37 871	41 824	33 482	24 911
30	Saarland	21 980					13 242	11 744	1 246	1 097
31	Sachsen	81 240	95 507	100 638	101 443	115 882	95 323	60 578	67 930	69 661
32	Sachsen-Anhalt	42 999	44 451	42 492	43 247	37 992	42 660	41 642	40 015	30 546
33	Schleswig-Holstein	128 460	122 365	122 025	120 997	111 546	104 290	103 660	97 027	88 194
34	Thüringen	35 592	41 874	34 803	29 154	29 912	29 117	28 137	23 215	25 515
	Freiwillige Krankenhäuser									
35	Deutschland	956 597	890 216	831 043	788 791	727 850	698 892	629 954	533 969	481 497
36	Baden-Württemberg	53 350	51 763	50 952	48 328	45 219	60 796	36 256	29 590	23 428
37	Bayern	54 286	50 056	46 150	42 685	43 901	43 298	37 582	27 344	22 167
38	Berlin	96 974	87 570	83 660	75 255	68 514	59 146	60 072	52 725	45 236
39	Brandenburg	9 969	7 630	7 654	7 044	6 208	4 930	5 908	6 860	6 952
40	Bremen	5 770	5 855	5 295	4 367	4 207	10 795	11 364	6 834	7 362
41	Hamburg	35 940	34 028	26 754	23 749	23 648	18 559	13 326	14 809	11 071
42	Hessen	67 871	58 618	60 008	52 575	50 561	44 279	40 627	36 854	35 001
43	Mecklenburg-Vorpommern	19 183	18 270	18 648	17 896	17 318	17 315	15 330	14 874	14 726
44	Niedersachsen	103 873	95 671	92 447	93 952	79 307	87 139	79 335	59 257	52 942
45	Nordrhein-Westfalen	356 056	330 961	312 588	301 482	279 599	262 649	234 226	205 842	185 803
46	Rheinland-Pfalz	68 743	70 257	52 473	51 497	43 020	35 042	35 896	30 698	32 249
47	Saarland	18 239	15 458	14 149	13 671	12 748	10 934	9 761	11 036	10 336
48	Sachsen	20 967	20 735	19 667	20 702	22 197	21 264	26 529	19 692	14 506
49	Sachsen-Anhalt	27 342	27 132	26 490	23 197	20 764	16 484	14 418	12 284	15 319
50	Schleswig-Holstein	7 366	8 545	5 651	5 037	4 812	885	3 389	1 094	881
51	Thüringen	10 668	7 669	8 458	7 354	5 828	5 376	5 935	4 176	3 517
	Private Krankenhäuser									
52	Deutschland	763 021	683 974	603 297	524 131	464 993	434 762	391 945	384 692	362 395
53	Baden-Württemberg	41 459	37 520	34 541	24 673	22 077	23 831	20 380	21 824	22 341
54	Bayern	83 095	70 647	62 908	54 585	52 264	44 934	48 937	52 913	48 055
55	Berlin	55 645	51 383	48 155	46 923	46 202				
56	Brandenburg	17 477	17 083	12 913	11 952	8 173	5 991	5 031	1 544	1 220
57	Bremen	17 529								
58	Hamburg	63 211	58 175	48 481	45 615	33 310	51 450	29 317		
59	Hessen	36 315	33 731	28 305	41 771	35 531	35 290	23 216	20 729	17 879
60	Mecklenburg-Vorpommern	25 167	24 951	20 954	18 252	17 242	20 249	14 729	32 730	24 329
61	Niedersachsen	93 401	89 414	72 396	42 168	37 446	24 958	20 894	15 582	20 887
62	Nordrhein-Westfalen	68 594	58 922	67 468	51 494	48 276	45 476	46 762	42 292	33 282
63	Rheinland-Pfalz	5 896	4 668	4 576	3 606	2 999	3 427	3 510	3 522	3 661
64	Saarland	23								
65	Sachsen	79 175	50 473	52 660	50 457	53 007	47 656	46 810	42 954	44 717
66	Sachsen-Anhalt	69 561	59 739	48 305	42 905	36 686	26 156	26 442	20 232	14 500
67	Schleswig-Holstein	48 072	39 291	35 673	24 764	17 794	19 022	18 181	8 860	7 001
68	Thüringen	58 403	69 723	61 323	55 525	49 895	46 173	46 411	44 870	41 473

Quelle: Statistisches Bundesamt

Anteil der Sachkosten ("outsourcing") an den Personalkosten der Krankenhäuser
 nach Ländern

Lfd. Nr.	Gegenstand der Nachweisung	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010
		in Prozent %								
Krankenhäuser insgesamt										
1	Deutschland	6,02	5,83	5,58	5,33	5,15	5,07	4,66	4,48	4,03
2	Baden-Württemberg	5,05	4,98	4,54	4,54	4,24	4,21	3,84	3,65	3,43
3	Bayern	3,94	3,96	3,72	3,49	3,58	3,50	2,93	2,75	2,97
4	Berlin	17,35	17,40	17,63	15,01	14,38	14,23	14,37	14,03	13,22
5	Brandenburg	8,07	7,95	7,51	7,37	6,67	6,01	6,38	5,85	4,26
6	Bremen	16,56	17,38	14,96	16,75	15,85	16,84	16,92	14,63	1,77
7	Hamburg	9,48	9,65	9,03	8,66	8,18	9,17	7,60	8,23	7,82
8	Hessen	4,72	4,62	4,41	4,39	4,47	4,21	4,27	4,26	3,64
9	Mecklenburg-Vorpommern	5,65	4,30	4,66	4,08	3,70	4,01	3,24	5,65	4,63
10	Niedersachsen	6,29	5,39	4,98	4,68	4,19	4,18	3,86	3,66	3,40
11	Nordrhein-Westfalen	4,79	4,53	4,59	4,37	4,25	4,29	3,53	3,36	2,91
12	Rheinland-Pfalz	4,64	4,35	3,47	3,42	3,16	2,90	3,23	2,81	2,64
13	Saarland	4,09	3,86	3,42	3,40	3,26	2,97	2,77	1,63	1,57
14	Sachsen	6,01	5,78	6,25	6,52	7,58	6,86	5,78	5,88	6,02
15	Sachsen-Anhalt	7,77	7,49	6,88	6,66	5,96	5,52	5,49	5,04	4,31
16	Schleswig-Holstein	8,94	8,56	8,60	8,35	7,81	7,49	7,69	6,85	6,40
17	Thüringen	5,67	6,73	6,12	5,64	5,40	5,31	5,53	5,15	5,28
nach der Trägerschaft										
Öffentliche Krankenhäuser										
18	Deutschland	6,19	6,06	5,87	5,54	5,47	5,35	4,87	4,72	4,04
19	Baden-Württemberg	5,36	5,32	4,72	4,83	4,48	4,10	4,11	3,88	3,68
20	Bayern	3,41	3,57	3,37	3,16	3,22	3,17	2,39	2,20	2,59
21	Berlin	23,39	24,03	24,87	20,07	19,00	.	.	.	.
22	Brandenburg	11,15	11,30	10,86	10,76	10,00	9,32	9,84	9,33	6,40
23	Bremen	19,21	.	.	.	.	.	.	.	.
24	Hamburg	16,26	17,84	19,10	18,04	18,63	18,74	19,15	.	.
25	Hessen	4,50	4,43	4,05	3,57	4,13	3,75	4,76	4,89	3,57
26	Mecklenburg-Vorpommern	5,05	1,98	3,20	2,23	1,48	1,24	0,90	1,77	1,21
27	Niedersachsen	5,71	4,22	3,84	4,09	3,70	3,71	3,36	3,96	3,28
28	Nordrhein-Westfalen	5,39	5,11	5,20	4,68	4,52	4,79	3,20	3,17	2,41
29	Rheinland-Pfalz	5,04	4,23	3,43	3,29	3,48	3,37	3,88	3,27	2,54
30	Saarland	3,50	.	.	.	.	2,44	2,25	0,25	0,23
31	Sachsen	4,36	5,05	5,57	5,83	7,03	6,11	4,00	4,63	4,93
32	Sachsen-Anhalt	3,93	4,23	4,23	4,45	4,04	4,39	4,39	4,13	3,26
33	Schleswig-Holstein	11,40	11,17	11,79	12,39	12,19	11,80	11,81	10,09	9,58
34	Thüringen	4,05	4,98	4,33	3,79	4,03	4,07	4,10	3,45	4,01
Freigemeinnützige Krankenhäuser										
35	Deutschland	4,85	4,64	4,50	4,50	4,31	4,29	4,03	3,57	3,38
36	Baden-Württemberg	3,43	3,47	3,52	3,50	3,43	4,55	2,81	2,43	2,09
37	Bayern	4,84	4,64	4,28	4,10	4,45	4,60	4,31	3,31	2,86
38	Berlin	9,14	8,67	8,70	8,28	7,87	7,23	7,75	7,19	6,39
39	Brandenburg	3,77	2,96	3,12	2,99	2,75	2,26	2,83	3,27	3,42
40	Bremen	4,25	4,03	3,87	3,28	3,22	6,30	6,81	4,30	4,68
41	Hamburg	6,11	6,10	4,96	4,67	4,95	4,04	3,05	3,38	2,72
42	Hessen	6,78	5,97	6,31	5,88	5,92	5,61	5,26	5,05	5,09
43	Mecklenburg-Vorpommern	9,60	9,34	9,78	9,93	10,22	10,63	9,67	9,05	9,33
44	Niedersachsen	5,44	4,99	5,03	5,39	4,73	5,31	5,06	3,92	3,68
45	Nordrhein-Westfalen	4,18	4,00	3,93	4,00	3,86	3,76	3,47	3,20	3,01
46	Rheinland-Pfalz	4,23	4,46	3,46	3,53	2,92	2,48	2,66	2,37	2,61
47	Saarland	5,14	4,49	4,31	4,77	4,60	4,03	3,87	4,35	4,21
48	Sachsen	6,39	6,66	6,57	7,35	8,36	8,27	10,84	8,91	6,89
49	Sachsen-Anhalt	7,64	7,60	7,51	6,94	6,44	6,30	5,80	5,09	6,66
50	Schleswig-Holstein	1,99	2,48	1,67	1,55	1,45	0,30	1,18	0,40	0,33
51	Thüringen	3,23	2,40	2,72	2,51	2,06	2,03	2,34	1,75	1,47
Private Krankenhäuser										
52	Deutschland	7,71	7,36	6,77	6,22	5,69	5,58	5,19	5,46	5,43
53	Baden-Württemberg	5,81	5,36	5,26	4,27	3,89	4,40	3,91	4,46	4,06
54	Bayern	6,44	5,80	5,46	5,08	5,10	4,65	5,21	5,91	5,53
55	Berlin	14,14	13,71	13,62	13,37	13,84	.	.	.	.
56	Brandenburg	4,33	4,32	3,46	3,27	2,35	1,74	1,53	0,49	0,40
61	Bremen	22,89	.	.	.	.	.	.	.	.
58	Hamburg	7,55	7,24	6,20	5,99	4,56	7,35	4,40	.	.
59	Hessen	3,32	3,89	3,26	4,96	3,86	3,97	2,50	2,36	2,46
60	Mecklenburg-Vorpommern	4,77	4,85	4,26	3,86	3,74	4,58	3,43	7,84	5,90
61	Niedersachsen	9,66	9,52	8,21	5,02	4,54	3,21	2,85	2,17	3,17
62	Nordrhein-Westfalen	6,20	5,46	6,40	5,52	5,92	5,69	6,31	5,95	5,32
63	Rheinland-Pfalz	5,17	4,19	4,09	3,38	3,00	3,54	3,82	3,94	4,20
64	Saarland	1,05	.	.	.	.	.	.	.	.
65	Sachsen	9,56	7,41	7,97	8,08	8,77	8,27	8,41	8,06	8,74
66	Sachsen-Anhalt	19,90	17,36	13,96	12,75	10,83	8,39	8,62	8,82	6,21
67	Schleswig-Holstein	8,57	7,18	6,80	4,90	3,78	4,00	3,93	2,74	2,23
68	Thüringen	9,18	11,41	10,34	9,71	8,89	8,59	9,02	9,11	8,99

Quelle: Statistisches Bundesamt

7. Welche Beschäftigungsformen kamen und kommen nach Kenntnis der Bundesregierung in den Servicegesellschaften vor?
 - a) Wie ist das Verhältnis von Teilzeit- und Vollzeitbeschäftigten in den Servicegesellschaften?
 - b) Wie ist das Verhältnis von Festangestellten und befristet Beschäftigten in den Servicegesellschaften?
 - c) Welcher Anteil der Beschäftigten in Servicegesellschaften wird nach Mindestlohn bezahlt (allgemeine oder in der Branche geltende Mindestlöhne)?

8. Welche Unterschiede gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung zwischen Stammelegschaften und Beschäftigten in Servicegesellschaften bezüglich
 - a) Tarifvertragsquoten,
 - b) Bezahlung,
 - c) Krankenstand,
 - d) Fluktuation,
 - e) Anteil der sogenannten Aufstockerinnen und Aufstocker,
 - f) formaler Bildung bzw. Qualifikationsniveau,
 - g) Abdeckung mit Betriebsräten, Personalräten, Mitarbeitervertretungen,
 - h) Anzahl von Überstunden?

Die Fragen 7 und 8 werden aufgrund des Sachzusammenhanges gemeinsam beantwortet.

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Erkenntnisse vor.

9. Wie hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung der Anteil der Stammelegschaft gegenüber Werkvertragsbeschäftigten und Leiharbeiterinnen bzw. Leiharbeiter in den Jahren 2000 bis 2020 nach Kenntnis der Bundesregierung entwickelt (bitte nach Gesamtzahl der Beschäftigten ausweisen und dabei Werkvertragsbeschäftigte und Leiharbeiterinnen und Leiharbeiter gesondert ausweisen sowie nach Bundesländern und Trägerformen differenzieren)?

Aussagen zu Leiharbeiterinnen und Leihararbeitern im Krankenhaus können im Rahmen der Auswertungen der Stellenerhebung des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) getroffen werden. Bei diesen Zahlen handelt es sich jedoch nicht um exakte, administrativ erfasste Zahlen, sondern um hochgerechnete Werte aus einer Stichprobe, die mit einer gewissen Ungenauigkeit einhergehen. Bei der Interpretation sollte deshalb berücksichtigt werden, dass sich Veränderungen der Zahlenwerte zum Teil im Bereich des Stichprobenfehlers bewegen. Die Ungenauigkeit nimmt bei Betrachtung kleinerer Substichproben zu, wie beispielsweise bei der hier betrachteten Gruppe der Krankenhäuser (Wirtschaftsgruppe 861 gem. WZ08). Auch wurden die gewünschten Kennzahlen im Rahmen der IAB-Stellenerhebung nicht in allen Jahren erhoben.

Daten der IAB-Stellenerhebung liegen derzeit bis zum Jahr 2019 vor; Zahlen für das Jahr 2020 sind Anfang April 2021 zu erwarten.

Tabelle: Hochgerechnete Beschäftigung und Leiharbeitnehmer in Krankenhäusern

	Beschäftigung insgesamt	Leiharbeitnehmer in Krankenhäusern	
	Anzahl in Tsd.	Anzahl in Tsd.	Anteil in %
2010	1 521		
2011	1 474		
2012	1 427		
2013	1 638	7	0,40%
2014	1 502	8	0,50%
2015	1 284	3	0,30%
2016	1 396	4	0,30%
2017	1 069	2	0,20%
2018	1 204	5	0,40%
2019	1 033	6	0,50%

Anmerkung: Beschäftigung im vierten Quartal, 2019 vorläufige Daten; Arbeitnehmerüberlassung=782+873(WZ08).

Quelle: IAB-Stellenerhebung.

Aussagen zu Werkvertragsbeschäftigten bzw. nach Ländern sind aufgrund zu geringer Fallzahlen nicht möglich, ebenso wenig eine Differenzierung nach Trägerformen.

10. Inwiefern sieht die Bundesregierung Gründe für die Schaffung von Servicegesellschaften im Finanzierungssystem der Krankenhäuser und in dem Wettbewerb zwischen diesen?
11. Teilt die Bundesregierung die Ansicht der Fragestellenden, dass der Grund für die Ausgliederungen im Wesentlichen in Kosteneinsparungen liegt?
Welche sonstigen Gründe sieht die Bundesregierung für die Ausgliederungen?

Die Fragen 10 und 11 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Gründe, die Krankenhäuser zu einer Ausgliederung von Servicegesellschaften veranlassen, sind vielfältig. Als Gründe kommen u. a. eine Fokussierung auf das Kernleistungsgeschäft, die Schaffung effizienter Organisationsstrukturen und die Reduzierung von Kosten in Betracht. Daneben können Krankenhäuser mit einer Ausgliederung z. B. auch eine Steigerung der Flexibilität und Qualität bei der Leistungserbringung und eine Senkung des Verwaltungsaufwands anstreben. Da das DRG-Fallpauschalensystem einen Anreiz für wirtschaftliches Verhalten der Krankenhäuser und einen effizienten Ressourceneinsatz setzt, kann – neben skizzierten anderen Gründen – hierin auch ein Grund für eine Ausgliederung von Servicegesellschaften liegen, sofern diese zu einer wirtschaftlicheren Leistungserbringung führt.

12. Teilt die Bundesregierung die Ansicht der Fragestellenden, dass Sozialversicherungsbeiträge durch Servicegesellschaften für prekäre Beschäftigung, Tarifflicht und Lohndumping eingesetzt werden, und wenn ja, inwiefern?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine belastbaren Zahlen oder Informationen vor.

13. Sieht die Bundesregierung die Notwendigkeit, die Krankenhausfinanzierung dahin gehend zu verändern, dass Fehlanreize zur Ausgliederung in Servicegesellschaften behoben werden?

Das DRG-Fallpauschalensystem setzt einen Anreiz für wirtschaftliches Verhalten der Krankenhäuser und einen effizienten Ressourceneinsatz. Dies ist angesichts der begrenzten finanziellen Ressourcen, die sich in erster Linie aus Sozialversicherungsbeiträgen der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sowie aus Steuermitteln speisen, unerlässlich. Soweit sich bei der Ausgliederung von Servicegesellschaften unerwünschte Wirkungen ergeben, sind diese durch Maßnahmen jenseits der Krankenhausfinanzierung zu vermeiden.

14. Welche Geschlechterverteilung gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung in den Servicegesellschaften?
15. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung der Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund in den Servicegesellschaften im Vergleich zur gesamten erwerbstätigen Bevölkerung?

Aufgrund des Sachzusammenhangs werden Fragen 14 und 15 gemeinsam beantwortet.

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Erkenntnisse vor.

16. Welche Auswirkungen der Schaffung von Servicegesellschaften erwartet die Bundesregierung bezüglich des Rentenniveaus der dort Beschäftigten?
Welche Folgekosten infolge von Rentenaufstockungen sind demnach für die Kommunen zu erwarten?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Erkenntnisse vor. Allgemein lässt sich festhalten, dass die Schaffung von Servicegesellschaften an sich keine Auswirkungen auf die Rentenhöhe der dort Beschäftigten hat. Wird in der Beschäftigung in einer Servicegesellschaft jedoch ein geringeres beitragspflichtiges Arbeitsentgelt im Vergleich zu einer Beschäftigung in der Stammeinrichtung des Krankenhauses erzielt, so geht dies aufgrund des in der gesetzlichen Rentenversicherung geltenden Äquivalenzprinzips mit einer vergleichsweise geringeren späteren Rentenhöhe einher. Denn die aus der jeweiligen individuellen Versicherungsbiographie berechnete Rente ist umso höher, je mehr Beitragsjahre vorliegen und je höher die versicherten Arbeitsentgelte und Arbeits-einkommen sind.

17. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung ergriffen, um soziale Folgen der Ausgliederungen in Krankenhäusern, inklusive ihrer Folgen für das Rentenniveau, abzumildern?

Welche Maßnahmen plant sie?

Maßnahmen, die konkret die Folgen der Ausgliederungen in Krankenhäusern auf die individuelle Rentenhöhe abmildern, wurden nicht ergriffen und sind nicht geplant. Im Recht der gesetzlichen Rentenversicherung können auch nur Lösungen in Betracht gezogen werden, die Rechtssicherheit gewährleisten und bei denen nicht mit einer ständigen Ausweitung der Ausgliederungen gerechnet werden müsste. Mit dem Grundrentengesetz wurde insoweit bereits zum 1. Januar 2021 eine Verbesserung für diejenigen erreicht, die jahrzehntelang aus unterdurchschnittlichem Einkommen verpflichtend Beiträge gezahlt haben. Sie können im Alter durch einen individuellen Grundrentenzuschlag eine höhere Rente erhalten, wenn unter anderem mindestens 33 Jahre Grundrentenzeiten vorliegen.

18. Plant die Bundesregierung, sofern ihr zu den Fragen 1 bis 9 und 14 bis 16 keine Daten vorliegen, diese zukünftig zu erheben?

Wenn nein, warum nicht (bitte die Gründe für die jeweiligen Fragen nennen, zu denen keine Daten vorliegen und auch nicht erhoben werden sollen)?

Zum 1. Januar 2018 ist die Zweite Verordnung zur Änderung der Krankenhausstatistik-Verordnung in Kraft getreten. Dabei sind u. a. die Erfassung von ambulanten Leistungen einschließlich der ambulanten Notfälle erweitert und die Erfassung des Personals und der Ausbildungsplätze angepasst worden. Im Rahmen des Verordnungsgebungsverfahrens ist von keinem der Beteiligten der Wunsch nach einer weitergehenden Erfassung im Zusammenhang mit der Ausgliederung von Servicegesellschaften geäußert worden.

Bei der Einführung neuer Datenerhebungen ist zu berücksichtigen, dass diese sowohl bei den Organisationen, bei denen die Daten erhoben werden, als auch bei den Institutionen, die die Daten erheben, zusätzlichen Aufwand verursachen. Es ist daher regelmäßig zu prüfen, ob der Nutzen der zusätzlichen Datenerhebung den damit verbundenen Aufwand übersteigt.

Zu den Werkverträgen wird auf die Antwort der Bundesregierung zu den Fragen 11 und 12 der Kleinen Anfrage der Fraktion DIE LINKE. auf Bundestagsdrucksache 19/10537 „Arbeitsbedingungen in der Fleischindustrie“ auf Bundestagsdrucksache 19/11284 verwiesen.

Zur Datenlage bei Frage 16: Gemäß der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über die Statistik in der Rentenversicherung (RSVwV) nach § 79 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV) werden von den Versicherungsträgern der Rentenversicherung nur solche Daten erfasst und übermittelt, die für die Erfüllung und Planung der Aufgaben erforderlich sind. Dies trifft auf Daten über einzelne Arbeitgebergruppen (hier: Servicegesellschaften) nicht zu. Aus Gründen der Datensparsamkeit, des Datenschutzes und der Wirtschaftlichkeit ist eine Erhebung dieser Merkmale auch zukünftig nicht beabsichtigt. Im Übrigen wird auf die Antwort auf Frage 17 verwiesen.

19. Wie wirkt sich die Neufassung des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes im April 2017 aus?

Sind nach Kenntnis der Bundesregierung in den Servicegesellschaften neue Beschäftigungsformen entstanden, um die nun verbotenen Kettenüberlassungen sowie den Equal-Pay-Grundsatz zu umgehen?

Mit dem Gesetz zur Änderung des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes und anderer Gesetze vom 21. Februar 2017 (BGBl. I S. 258), das am 1. April 2017 in Kraft getreten ist, wurde unter anderem die gesetzliche Überlassungshöchstdauer von 18 Monaten eingeführt. Die Überlassungshöchstdauer dient dem Schutz der Leiharbeiterinnen und Leiharbeiter, weil sie nur für einen klar begrenzten Zeitraum eingesetzt werden können. Einer dauerhaften Substitution von Stammbeschäftigten soll so entgegengewirkt werden. Möglichen Umgehungsstrategien wird entgegengewirkt, indem kurze Unterbrechungen des Einsatzes auch bei einem Wechsel des Verleihers bei der Berechnung der Überlassungshöchstdauer unberücksichtigt bleiben. Durch Tarifverträge der Einsatzbranche kann die gesetzliche Überlassungshöchstdauer verkürzt oder ausgedehnt werden. Die tarifvertragliche Regelung kann insbesondere Bestimmungen zu Übernahmeangeboten enthalten. Zur Anwendung des geänderten Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes wurden im Jahr 2020 Befragungen von Betrieben und Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern sowie Expertinnen und Experten durchgeführt. Die Ergebnisse der Befragungen fließen in einen Forschungsbericht zur Evaluation der Anwendung des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes ein. Der Forschungsbericht wird nicht vor Ende des Jahres 2021 vorliegen.

Das Verbot der Kettenüberlassungen und der Equal Pay-Grundsatz greifen nur, wenn Arbeitnehmerüberlassung vorliegt. Arbeitnehmerüberlassung liegt vor, wenn eine Arbeitgeberin oder ein Arbeitgeber seine Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer Dritten zur Arbeitsleistung überlässt. Demnach liegt Arbeitnehmerüberlassung beispielsweise nicht vor, wenn das für die Arbeitnehmerüberlassung prägende Dreiecksverhältnis zwischen Verleiher (Arbeitgeberin oder Arbeitgeber), Entleiher (Drittem) und Leiharbeiterin bzw. Leiharbeiter nicht vorliegt. Dies ist beispielsweise bei Gemeinschaftsbetrieben von zwei oder mehr Unternehmen der Fall.

20. Hat die Bundesregierung evaluiert bzw. geprüft, ob in der Schaffung sogenannter gemeinsamer Betriebe (nach § 1 des Betriebsverfassungsgesetzes – BetrVG), um Beschäftigte in Pflege, Therapie und anderen Berufen zu anderen (meist tariflosen) Bedingungen neben den Stammbeschäftigten einstellen zu können, wie es einige private Krankenhauskonzerne bereits praktizieren, eine Umgehung des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes zu sehen ist?

Wenn ja, mit welchem Ergebnis?

Wie bereits in der Antwort auf Frage 19 dargestellt, liegt mangels Dreiecksverhältnisses Arbeitnehmerüberlassung nicht vor, wenn Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in einem Gemeinschaftsbetrieb tätig werden, an dem ihre Arbeitgeberin oder ihr Arbeitgeber beteiligt ist. Ob sich der konkrete Gemeinschaftsbetrieb im Einzelfall als rechtsmissbräuchliches Umgehungsgeschäft zur Vermeidung der Anwendung des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes darstellt, können nur Gerichte im jeweiligen Einzelfall feststellen.

21. Teilt die Bundesregierung die Auffassung der Fragestellenden, dass die in § 107 SGB V (bzw. für Privatkliniken § 30 der Gewerbeordnung – GewO) beschriebenen Aufgaben und Funktionen eines Krankenhauses grundsätzlich mit krankenhauseigenem (das heißt, mit in dem Unternehmen, das die Krankenhauszulassung bzw. Konzession erhalten hat, angestellten) Personal zu erfolgen hat?

Falls nein, warum nicht?

Falls ja, welche Maßnahmen wurden und werden ergriffen bzw. sind geplant, um dieser Auffassung Geltung zu verschaffen?

Es bestehen keine gesetzlichen oder anderen rechtlichen Vorgaben, nach denen Krankenhäuser ihre Aufgaben mit Personal mit direktem Arbeitsverhältnis mit dem Krankenhaus zu erfüllen haben. U. a. die Arbeitsmarktsituation, mit einem Mangel an Fachkräften in verschiedenen Bereichen, oder eine schwankende Leistungsentwicklung in Krankenhäusern können es erforderlich machen, dass diese beispielsweise Honorarärztinnen und Honorarärzte oder Pflegepersonal ohne direktes Arbeitsverhältnis mit dem Krankenhaus, z. B. Leiharbeiterinnen und Leiharbeiter im Sinne des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes, beschäftigen.

22. Inwiefern liegen der Bundesregierung Kenntnisse vor, die den Missbrauch von Werkverträgen in Krankenhäusern nahelegen?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Informationen vor.

23. Sieht die Bundesregierung einen Widerspruch darin, dass für die meisten Servicegesellschaften eine steuerrechtliche Organschaft mit dem Stammbetrieb nach § 2 Absatz 2 Nummer 2 des Umsatzsteuergesetzes (UStG) angenommen und dadurch die Umsatzsteuer vermieden wird, arbeits- und tarifrechtlich aber ganz unterschiedliche Standards in Stamm- und Tochtergesellschaften herrschen?

Die Bundesregierung sieht hierin keinen Widerspruch, da das Arbeits- und Tarifrecht andere Normzwecke verfolgt als das Umsatzsteuerrecht.

24. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung darüber vor, ob und ggf. wie der Arbeitsschutz für Beschäftigte in ausgegliederten Tochtergesellschaften gewährleistet wird?

Das Arbeitsschutzgesetz stellt sicher, dass neben der Arbeitgeberin oder dem Arbeitgeber auch die Personen, die mit der Leitung eines Unternehmens oder eines Betriebes beauftragt sind, im Rahmen der ihnen übertragenen Aufgaben für die Erfüllung der Arbeitsschutzpflichten verantwortlich sind.

25. Wie wird – generell und besonders in Zeiten der COVID-19-Pandemie – nach Kenntnis der Bundesregierung sichergestellt, dass Werkvertragsbeschäftigte, die nicht in den Kernbetrieb integriert sein dürfen, vollständige, jederzeit aktuelle Informationen zu den geltenden Hygienerichtlinien sowie zum Infektionsstatus einzelner Patientinnen und Patienten bzw. Räumlichkeiten erhalten?

Insbesondere stellt sich die Frage, ob Werkvertragsbeschäftigte

- a) vollständige, regelmäßig wiederholte, aktuelle, ggf. auch fremdsprachliche, Arbeitsschutzunterweisungen erhalten,

- b) jederzeit und ohne Probleme die notwendige Arbeitsschutzausrüstung (Atemschutzmasken, Schutzbrillen, Schutzanzüge etc.) zur Verfügung gestellt bekommen?

Beim rechtskonformen Einsatz von Werkverträgen ist jede Arbeitgeberin und jeder Arbeitgeber für den Arbeitsschutz seiner Beschäftigten verantwortlich. Auftraggeber und Werkvertragsunternehmer haben den Arbeitsschutz für ihre jeweiligen Beschäftigten zu gewährleisten. Damit der Arbeitsschutz umfassend sichergestellt wird, sieht das Arbeitsschutzrecht Pflichten zur Zusammenarbeit der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber vor. Insbesondere muss sich der Auftraggeber vergewissern, dass die Beschäftigten des Werkvertragsunternehmers angemessene Anweisungen zum Arbeitsschutz erhalten haben; dies gilt auch für die zur Reduzierung betrieblicher Infektionsgefährdungen notwendigen Schutzmaßnahmen.

26. Liegen der Bundesregierung Erkenntnisse darüber vor, dass die Aufspaltung der Beschäftigten in unterschiedliche Belegschaften zu Brüchen auch bei der Umsetzung der Arbeitsschutzvorschriften führt, und wenn ja, welche?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Erkenntnisse vor.

27. Liegen der Bundesregierung Erkenntnisse und Studien über Qualitätsmängel in der Versorgung und Patientengefährdung durch Outsourcing vor (z. B. erhöhte Infektionsrisiken durch Reinigungsmängel bei Fremdfirmen, Zersplitterung der Arbeitsabläufe etc.)?

Plant die Bundesregierung, falls keine Erkenntnisse vorliegen, hierzu Studien zu beauftragen?

Wenn nein, warum nicht?

Die Reinigung in Krankenhäusern kann sowohl durch internes Personal als auch durch externe Dienstleister oder eigene Servicegesellschaften erfolgen. Für alle gelten die gleichen Vorgaben, deren Grundlage die Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene (KRINKO) zu den „Anforderungen an die Hygiene bei der Reinigung und Desinfektion von Flächen“ ist. Die Empfehlung wird derzeit unter Berücksichtigung aktueller evidenzbasierter Erkenntnisse überarbeitet. Die Empfehlung geht auch auf die personellen Voraussetzungen für die Reinigung und Desinfektion von Flächen sowie erforderliche Schulungen des internen und externen Personals ein. Die infektionshygienische Überwachung fällt in die Zuständigkeit der Länder und wird im Rahmen von Begehungen durch die lokalen Gesundheitsbehörden überprüft.

Der Bundesregierung liegen keine Informationen darüber vor, dass die Hygienequalität bei Beauftragung externer Dienstleister grundsätzlich schlechter als bei Beauftragung internen Personals ist. Über die bereits bestehenden Empfehlungen und Vorgaben hinausgehende Maßnahmen, die die Schulung des Reinigungspersonals betreffen, sind daher nicht vorgesehen.

Outsourcing findet auch im Bereich der Labordiagnostik statt. In Deutschland kann das betreuende Labor frei gewählt werden. Die Zahl der im Krankenhaus vorhandenen mikrobiologischen Labore ist in Deutschland stark zurückgegangen, daher sind die betreuenden Labore ggf. weiter von der medizinischen Einrichtung entfernt. Grund hierfür sind u. a. ökonomische Erwägungen. Die räumliche Entfernung erfordert eine enge Kommunikation zwischen medizinischer Einrichtung und betreuendem Labor, in die auch Informationen zu den örtlichen Verhältnissen einfließen sollten.

28. Welche Schlüsse zieht die Bundesregierung aus dem von einer unabhängigen Expertenkommission erstellten „Abschlussbericht zum SARS-CoV-2-Ausbruch am Klinikum Ernst von Bergmann im Frühjahr 2020“ bezüglich der dort benannten gravierenden Mängel und Probleme, die sich durch die fehlende Einbindung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der ausgelagerten Servicebereiche in den Krankenhausbetrieb ergeben haben?

Sieht die Bundesregierung hier allgemeinen Regelungsbedarf und die Notwendigkeit, diese Arbeitsbereiche wieder in die Krankenhausstammbetriebe zurückzuholen, wie dies am Potsdamer Ernst-von-Bergmann-Klinikum als Konsequenz aus dem Ausbruch geschehen ist?

Die Bundesregierung hat den „Bericht der unabhängigen Expertenkommission zum SARS-CoV-2-Ausbruch am Klinikum Ernst-von-Bergmann im Frühjahr 2020 zur Kenntnis genommen. Als Hauptursache werden dort vorrangig strukturelle Defizite, die bereits vor Ausbruch der COVID-19-Pandemie bestanden haben (u. a. im Bereich Krankenhaushygiene, Arbeitssicherheit, Baustruktur) und mangelnde Krisenvorbereitung, genannt. Der Vorfall wurde im Ernst von Bergmann Klinikum intern aufgearbeitet. Die Bundesregierung sieht keinen allgemeinen Regelungsbedarf, da gemäß Artikel 83, 84 Grundgesetz die Länder das Infektionsschutzgesetz (IfSG) des Bundes als eigene Angelegenheit ausführen und somit auch das Verwaltungsverfahren bei der Umsetzung des IfSG festlegen.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.