



FACHHOCHSCHULE KIEL
University of Applied Sciences

Compliance-Management in deutschen Krankenhäusern 2017

Betreuer &
Herausgeber: Prof. Dr. Thomas Krolak (Institut für Controlling)

Lehrfach: Forschungsprojekt (Sommersemester 2017)

Autoren
Jacqueline Häuser
Marius Siedliski
Julia Witkup
Tom Wuttig

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	II
Abkürzungsverzeichnis.....	IV
Abbildungsverzeichnis.....	V
Tabellenverzeichnis	VI
Management Summary	1
1 Einleitung.....	4
1.1 Relevanz der Thematik	4
1.2 Zielsetzung der Arbeit.....	4
1.3 Aufbau der Arbeit und Vorgehensweise	4
2 Grundlagen und Definitionen.....	6
2.1 Krankenhauslandschaft in Deutschland	6
2.2 Definition Compliance.....	7
2.3 Stand der Forschung hinsichtlich Compliance in Krankenhäusern	10
2.4 Aufbau der Studie	11
3 Empirische Analyse	12
3.1 Datenanalyse und Stichprobenwahl	12
3.2 Untersuchungsergebnisse.....	13
3.2.1 Compliance-Kultur.....	14
3.2.2 Compliance-Ziele.....	16
3.2.3 Compliance-Risiken.....	18
3.2.4 Compliance-Programm	19
3.2.5 Compliance-Organisation	22
3.2.6 Compliance-Kommunikation.....	25
3.2.7 Compliance-Überwachung und -Verbesserung	27
4 Kritische Würdigung der Untersuchungsergebnisse.....	28
5 Fazit und Ausblick	29
Anhang.....	31

Literaturverzeichnis	34
Internetadressenverzeichnis	36

Abkürzungsverzeichnis

AG	Aktiengesellschaft
AktG	Aktiengesetz
CCO	Chief Compliance Officer
CMS	Compliance Management System
DCGK	Deutscher Corporate Governance Kodex
GbR	Gesellschaft bürgerlichen Rechts
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
Hrsg.	Herausgeber
IDW	Institut der Wirtschaftsprüfer
PS	Prüfungsstandard
StGB	Strafgesetzbuch

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Hypothese 2	2
Abbildung 2: Krankenhäuser nach Leistungsspektrum	5
Abbildung 3: Krankenhäuser nach Größe.....	5
Abbildung 4: Klassifizierung nach Trägern.....	6
Abbildung 5: Bedeutung und Umsetzungsstand von Compliance in Krankenhäusern	13
Abbildung 6: Aus welchen Gründen beschäftigen sich Geschäftsführer mit Compliance	14
Abbildung 7: Compliance-Kultur ist Bestandteil folgender Aktivitäten	15
Abbildung 8: Mögliche Förderungsmaßnahmen der Compliance-Kultur	15
Abbildung 9: Anzahl der Compliance-Ziele in Krankenhäusern.....	16
Abbildung 10: Wie erfolgt die Messung der Zielerreichung?	17
Abbildung 11: Kommunikation der Compliance-Ziele bei großen Krankenhäusern	17
Abbildung 12: Kommunikation der Compliance-Ziele bei kleinen Krankenhäusern.....	17
Abbildung 13: Zeitliche Durchführung von Risikoanalysen	18
Abbildung 14: Beteiligte Abteilungen bei der Risikoidentifizierung	18
Abbildung 15: Umsetzungsbarrieren gegenüber Compliance-Programmen	19
Abbildung 16: Sanktionsmaßnahmen bei Compliance-Verstößen	20
Abbildung 17: Wie lange ist Compliance Bestandteil der Unternehmensführung?	21
Abbildung 18: Maßnahmen zur Verbesserung des Compliance-Programms	22
Abbildung 19: Ansiedlung der Compliance-Funktion in den Abteilungen	22
Abbildung 20: Vergleich großer und kleiner Krankenhäuser bezüglich der Ansiedlung der Compliance-Funktion.....	23
Abbildung 21: Compliance-Organisation im Krankenhaus	23
Abbildung 22: Überblick über das Vorhandensein eines CCOs	24
Abbildung 23: CCO in kleinen Krankenhäusern	24
Abbildung 24: CCO in großen Krankenhäusern.....	25
Abbildung 25: Möglichkeiten der Kommunikation bei Compliance-Verstößen.....	25
Abbildung 26: Priorisierung nach Nutzung der Kommunikationsmaßnahmen	26
Abbildung 27: Kommunikationswege in kleinen und großen Krankenhäusern	26
Abbildung 28: Prüfungen des CMS	27
Abbildung 29: Vermittlung von Compliance bei Neueinstellung.....	27

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Hypothese 1	2
Tabelle 2: Hypothese 3	3
Tabelle 3: Hypothese 4	3
Tabelle 4: Übersicht der Rücklaufquoten	12
Tabelle 5: Scoring-Modell zur Bestimmung der Sanktionierungshärte.....	21

Management Summary

Das Thema Compliance hat in den vergangenen Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. Besonders das am 4. Juni 2016 in Kraft getretene Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen unterstreicht die hohe Bedeutung der Thematik für Krankenhäuser. Dennoch besteht die Vermutung, dass ein Compliance Management System (CMS) insbesondere in Krankenhäusern nicht so ausgeprägt ist, wie es idealerweise schon der Fall sein sollte. Um Kenntnisse bezüglich der derzeitigen Bedeutung sowie den aktuellen Umsetzungsstand von einem CMS in Krankenhäusern zu erlangen und um das Thema zu sensibilisieren, wurde eine Studie zum Status quo in deutschen Krankenhäusern durchgeführt. Zielgruppe der bundesweiten Studie waren die Universitätskliniken sowie weitere rund 500 Krankenhäuser. Die Befragung erfolgte mittels eines Fragebogens, wobei sich der Aufbau an den sieben Compliance-Grundelementen eines CMS gemäß dem gleichnamigen Prüfungsstandard der Wirtschaftsprüfer (IDW PS 980) orientiert hat. Alle Abbildungen und Tabellen im Rahmen der Studie wurden auf Grundlage der Ergebnisse selber erstellt.

Im Rahmen der Studie wurden vier Hypothesen formuliert, die es im Folgenden zu überprüfen gilt:

1. Wenn Compliance breit aufgestellt ist, dann wird der aktuelle Umsetzungsstand des CMS als besser empfunden.
2. Wenn ein Krankenhaus mehr als fünf Ziele definiert, dann erfolgt eine Messung der Zielerreichung.
3. Wenn ein Krankenhaus klein ist, dann wird als Folge der Überwachung die Kommunikation angepasst.
4. Wenn ein Krankenhaus groß ist, dann nutzt es durchschnittlich mehr Sanktionsmaßnahmen.

Hypothese 1

Im ersten Schritt wurden die Krankenhäuser identifiziert, die die Compliance-Funktion in mehr als einer Abteilung angesiedelt haben. Diese wurden mit den Krankenhäusern verglichen, die die Compliance-Funktion nur in einer Abteilung etabliert haben. Als Maßstab wurde die Selbsteinschätzung bezüglich des Umsetzungsstands ihres CMS und der dazugehörigen Elemente herangezogen. Anzumerken ist, dass die Einschätzungsmöglichkeit von eins bis drei möglich war, sodass eine drei einen sehr hohen Umsetzungsstand beschreibt und eine eins einen sehr geringen. Das Ergebnis lässt sich in der Tabelle 1 ablesen. Aufgrund des kleinen Stichprobenumfangs lässt die Hypothese nur eine positive Tendenz zur Bestätigung zu.

	Mehr als eine Abteilung	Eine Abteilung
Compliance als Oberthema	2,33	2,13
Compliance-Kultur	2,08	1,75
Compliance-Ziele	2,00	1,88
Compliance-Risiken	2,13	1,88
Compliance-Programm	1,83	1,75
Compliance-Organisation	1,96	1,75
Compliance-Überwachung und -Verbesserung	2,23	1,88

Tabelle 1: Hypothese 1

Hypothese 2

Zu Beginn wurden elf Krankenhäuser identifiziert, welche mehr als fünf Ziele definieren. Anschließend wurde geprüft, ob eine Zielmessung erfolgt. Da nur 55 Prozent der Krankenhäuser mit mehr als fünf Zielen diese auch messen, wurde diese Hypothese tendenziell falsifiziert.

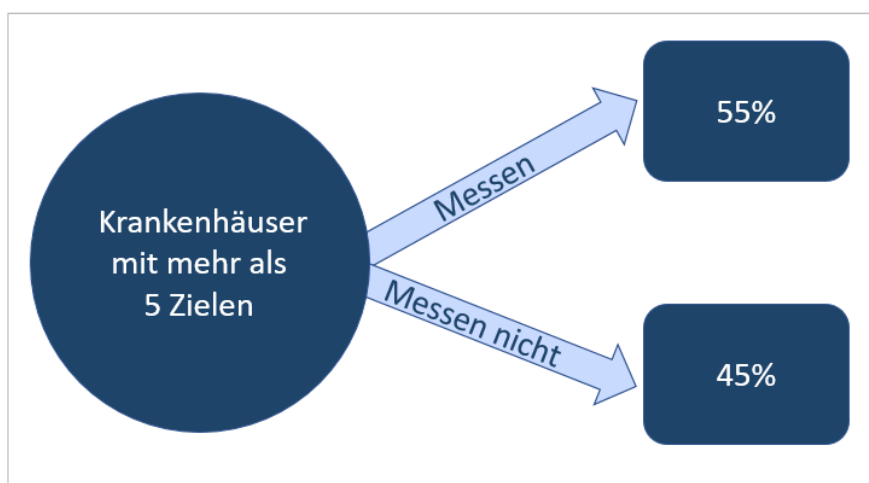


Abbildung 1: Hypothese 2

Hypothese 3

Für Hypothese 3 wurde mit einer Nutzwertanalyse gearbeitet. Die Krankenhäuser sollten ihre Priorität ausdrücken, welche Maßnahmen als Konsequenz der Compliance-Überwachung und -Verbesserung herangezogen werden. Dabei spiegelt „1“ die höchste Priorität und „6“ die geringste Priorität wider. Für die Nutzwertanalyse wurden für eine „1“ sechs Punkte, für eine „2“ fünf Punkte usw. vergeben. In einem zweiten Schritt wurden die jeweils genannten Priorisierungen herangezogen, mit den zugeordneten Punkten multipliziert und anschließend aufsummiert. Abschließend wurden die Summen durch die teilnehmenden Krankenhäuser dividiert und für die Punktzahlen Ränge verteilt. Hierbei bildet der 1. Rang die größte Bedeutung ab.

	Rang kleine Krankenhäuser	Rang große Krankenhäuser
Prozesse werden optimiert	2	1
Organisation wird angepasst	4	4
Programm wird angepasst	6	5
Ziele werden überarbeitet	5	2
Risiken werden neu analysiert	1	3
Kommunikation wird angepasst	3	6

Tabelle 2: Hypothese 3

Die Tabelle 2 zeigt das Ergebnis. Es lässt sich eine Tendenz erkennen, dass kleine Krankenhäuser eher ihre Kommunikation und große Krankenhäuser hingegen eher ihre Ziele anpassen.

Hypothese 4

	Kleine Krankenhäuser	Große Krankenhäuser
Genutzte Instrumente	2,9	3,0

Tabelle 3: Hypothese 4

Zur Überprüfung dieser Hypothese wurde die durchschnittliche Anzahl der genutzten Instrumente zur Sanktionierung von kleinen und großen Krankenhäusern verglichen. Als Ergebnis lässt sich feststellen, dass kleine Krankenhäuser im Durchschnitt 2,9 Instrumente nutzen, während es sich bei großen Krankenhäusern auf 3,0 Instrumente beläuft. Damit lässt sich diese These tendenziell widerlegen.

1 Einleitung

1.1 Relevanz der Thematik

Das Thema Compliance bzw. Compliance-Management, welches sich mit der Einhaltung von Regeln und Normen auseinandersetzt, hat sich in den letzten Jahren zu einem Hauptthema für das Management von Unternehmen entwickelt. Zahlreiche medial diskutierte Skandale rückten vor allem den Begriff des Compliance-Management-Systems in den Fokus. So kam es beispielsweise im Anschluss an eine Schmiergeldaffäre im Unternehmen Siemens aus dem Jahr 2006¹ aufgrund des Fehlens eines funktionierenden CMS zu Verurteilungen von Vorstandsmitgliedern.² Neben dem materiellen Schaden, der hätte verhindert werden können, spielen auch Reputationsrisiken eine Rolle bei der Einführung eines CMS³, welches dabei hilft, einen Vertrauensverlust der Stakeholder sowie gravierende Imageschäden zu vermeiden.⁴ Obwohl die Einführung eines CMS nicht ausdrücklich per Gesetzgebung verlangt wird, erfordert jedoch die Einhaltung verschiedener Gesetze, wie zum Beispiel § 91 AktG, dieses indirekt. Während das CMS in diversen Branchen bereits zur gängigen Praxis zählt, befindet sich das Gesundheitswesen, allen voran die Krankenhäuser, bei der Einführung eines solchen anscheinend noch am Anfang. Mit Einführung des § 299a StGB in Folge diverser Korruptionsskandale⁵ übt der Gesetzgeber allerdings zusätzlichen Druck auf Verantwortliche im Gesundheitswesen aus, „ein Compliance-System zu etablieren, dass [sic] zumindest die Einhaltung der einschlägigen Berufsausübungsregeln sicherstellt.“⁶

1.2 Zielsetzung der Arbeit

Basierend auf der Aktualität der Thematik verfolgt die vorliegende Arbeit die Intention, in eine vorhandene Forschungslücke auf dem Gebiet der Compliance zu stoßen und einen Grundstein für zukünftige Studien zu legen. Mit Hilfe von empirischen Methoden sollen dabei Erkenntnisse über den aktuellen Umsetzungsstand von CMS in deutschen Krankenhäusern gewonnen werden. Das zentrale Thema dieser Arbeit lautet folglich: Compliance in deutschen Krankenhäusern 2017.

1.3 Aufbau der Arbeit und Vorgehensweise

Im theoretischen Teil dieser Studie soll zunächst ein gemeinsames Grundverständnis von Compliance geschaffen werden. Neben der für diese Arbeit grundlegenden Definition von Compliance wird ebenfalls das CMS nach dem IDW PS 980 erläutert. Für eine bessere

¹ Vgl. Hack (2007).

² Vgl. Jäkel.

³ Vgl. Roth, Compliance – Konzept und Umsetzung, Zeitschrift Risk, Fraud & Compliance, Jg. 4, H. 1, S. 5 (7).

⁴ Vgl. Ernst & Young GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (2016), S. 9.

⁵ Vgl. Roth/Utler (2012).

Vgl. Bräutigam/Perina (1994).

Vgl. Blasius/Wolf/Lanwert (2007).

⁶ Homberg/Heimbürger, Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen, Zeitschrift Risk, Fraud & Compliance, Jg. 10, H. 3, S. 132 (134).

Einordnung der Thematik wird zudem ein Überblick über den Stand der Forschung sowie die Krankenhauslandschaft in Deutschland geliefert. Das anschließende Kapitel befasst sich mit der gewählten Forschungsmethode, den Kriterien für die Probanden sowie dem Ablauf der Datenerhebung.

Nach einer ausführlichen Literaturrecherche wurde ein Fragebogen erstellt, um mittels schriftlicher Befragung ausreichend relevante Daten zu generieren. Zur Zielgruppe gehören rund 534 Krankenhäuser mit mindestens 200 Planbetten. Die teilnehmenden Krankenhäuser decken dabei sämtliche Leistungsspektren ab. Vor allem Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung sowie Universitätskliniken und Krankenhäuser der Maximalversorgung sind besonders vertreten. Eine Klassifizierung der Teilnehmer erfolgt nach drei Kategorien. Aus den nachfolgenden Grafiken geht jeweils die Aufteilung nach dem Leistungsspektrum, nach Anzahl der Betten und nach dem Träger hervor. In dieser Arbeit wird ein Krankenhaus als „groß“ klassifiziert, wenn es mehr als 860 Betten hat. Dementsprechend werden Krankenhäuser mit weniger oder genau 860 Betten als „klein“ klassifiziert.

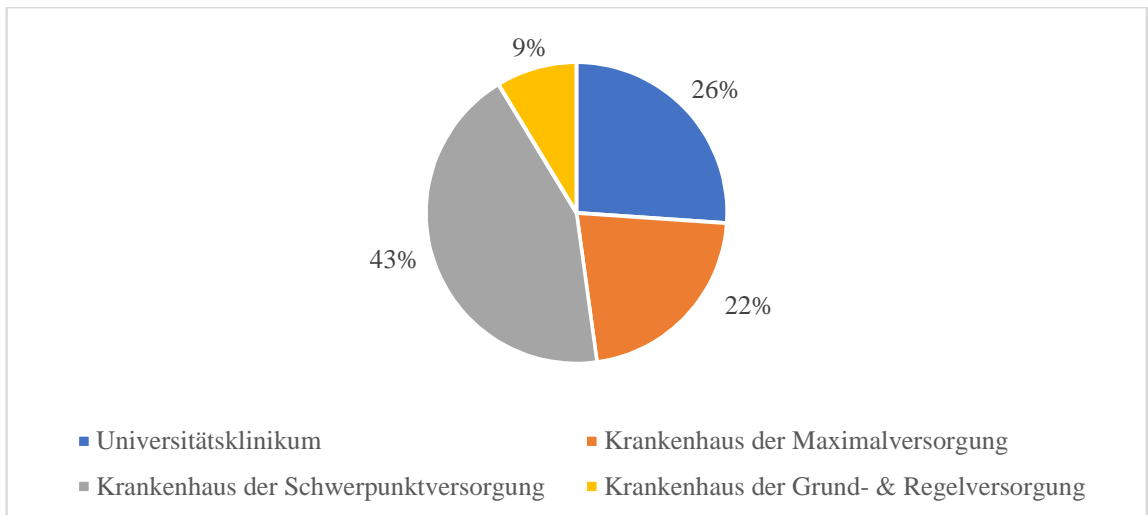


Abbildung 2: Krankenhäuser nach Leistungsspektrum

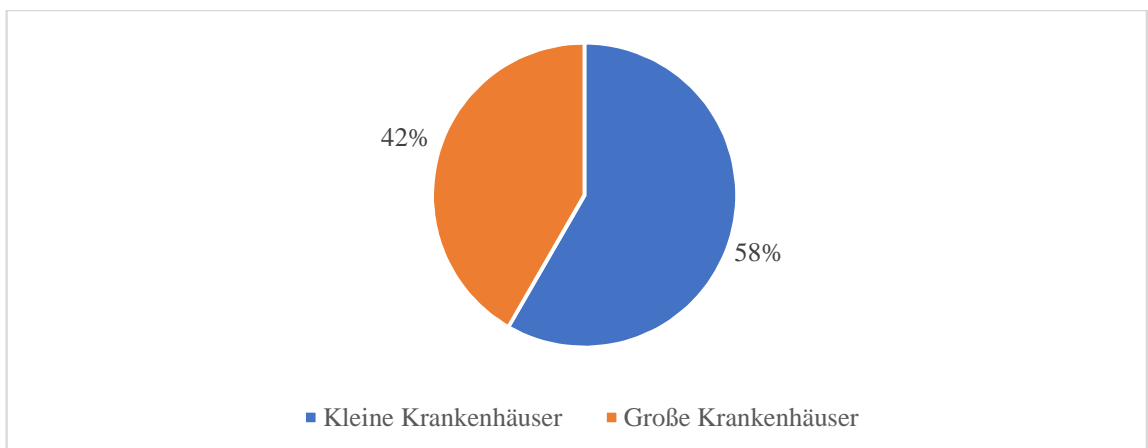


Abbildung 3: Krankenhäuser nach Größe

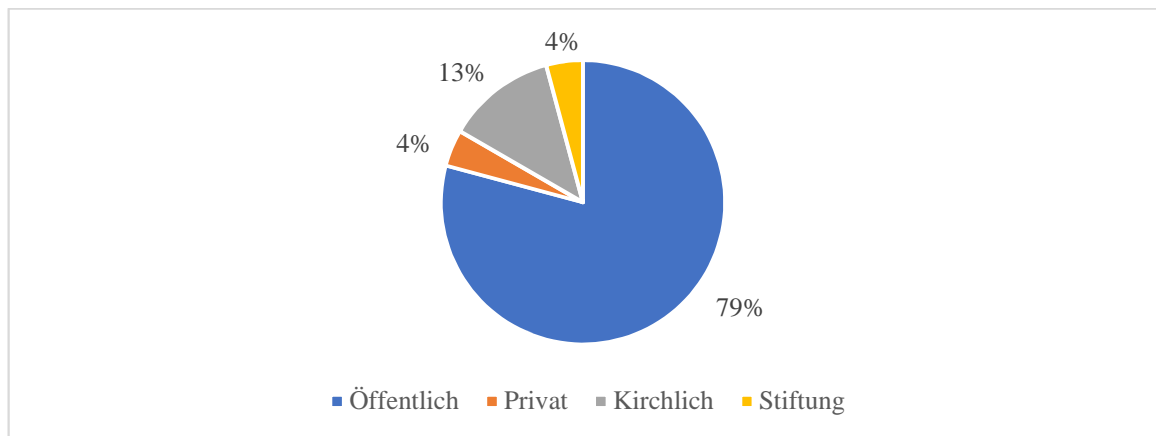


Abbildung 4: Klassifizierung nach Trägern

Im methodischen Teil der Arbeit wird der Präsentation der Untersuchungsergebnisse eine kurze Erläuterung zur Analyse der erhobenen Daten und zur Stichprobenwahl vorangestellt. Die kritische Würdigung fasst die zuvor dargestellten Ergebnisse zusammen und versucht sie in einen größeren Zusammenhang zu setzen. Die Studie schließt mit einem Fazit und einem Ausblick hinsichtlich des Stellenwertes, den das CMS in Zukunft in deutschen Krankenhäusern einnehmen könnte.

2 Grundlagen und Definitionen

2.1 Krankenhauslandschaft in Deutschland

Krankenhäuser werden laut § 2 Nr. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz definiert als „*Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und verpflegt werden können (...)*“.

Aus verfassungsrechtlichen, planungs- und finanzierungsrechtlichen Gründen hat die Einteilung eines Krankenhauses nach der Trägerschaft eine enorme Bedeutung. Krankenhausträger können sowohl natürliche als auch juristische Personen sein. Herkömmlich werden drei Gruppen unterschieden: öffentliche Träger, freigemeinnützige Träger und private Träger.⁷

Wenn der Betreiber des Krankenhauses eine Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts ist, dann sind öffentliche Krankenhausträger gemeint. Dies impliziert somit den Bund, die Länder oder eine kommunale Gebietskörperschaft, wie beispielsweise Gemeinde, Stadt, Landkreis, Bezirk oder öffentlicher Zweckverband. Wird jedoch von freigemeinnützigen Trägern gesprochen, sind damit Träger gemeint, die einer religiösen, humanitären oder sozialen Vereinigung angehören und ohne Absicht der Gewinnerzielung betrieben werden. Dazu zählen karitative Organisationen, kirchliche Orden und Kongregationen, gemeinnützige Vereine und Stiftungen. Dem gegenüber stehen private Kirchenträger. Hierbei werden Krankenhäuser entweder von einer juristischen Person des Privatrechts oder einer (teil-) rechtsfähigen

⁷ Vgl. Deutscher Bundestag (2014), S. 8f.

Gesamthandsgemeinschaft des privaten Rechts mit einer Gewinnerzielungsabsicht betrieben. Beispiele für solch einen Träger ist ein rechtsfähiger Verein oder eine Stiftung des Privatrechts, eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) und eine Aktiengesellschaft (AG) aber auch eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR).⁸

Der Krankenhausmarkt in Deutschland steht vor einer Vielzahl von Veränderungen und muss sich entsprechend der Umwelt neu organisieren und aufstellen. Dies liegt an unterschiedlichen Faktoren, wie beispielsweise der zunehmend alternden Gesellschaft, was zu einer Verschiebung der zu behandelnden Krankheitsbilder führt. Aufgrund der geringen Geburtenraten und der gleichzeitig steigenden Lebenserwartungen der Menschen verändert sich die Bevölkerungszusammensetzung dahingehend, dass es immer weniger junge und mehr ältere Personen gibt.⁹ Die Zentrale für politische Bildung spricht von einem demographischen Wandel, der bereits seit Mitte der 1970er-Jahre anhält. Der Anteil der 20-Jährigen reduzierte sich zwischen 1960 und 2011 von 28,4 Prozent auf 18,2 Prozent, während der Anteil der 60-Jährigen sowie der älteren Bevölkerung hingegen einen Zuwachs von 17,4 Prozent auf 26,6 Prozent verzeichnete.¹⁰ Dies hat zur Folge, dass sich die Nachfrage nach Leistungen geändert hat und sich in der Zukunft noch weiter ändern wird. Ein weiterer Faktor ist der medizinisch-technische Fortschritt, der ebenfalls maßgeblich für den Wandel in der Krankenhausversorgung ist. Zwar ist ein Anstieg der Effektivität zu verzeichnen, jedoch geht dies auch mit sehr hohen Kosten einher. Aus diesem Grund müssen Krankenhäuser immer mehr wirtschaftlich denken und arbeiten. Darüber hinaus ist die Globalisierung ein wesentlicher Faktor, da die deutschen Krankenhäuser schon längst mit internationalen Großkonzernen im Austausch stehen. Internationale Investoren oder Klinikketten treten in den deutschen Markt ein, was zur Folge hat, dass die Krankenhäuser in einem hohen Wettbewerb zueinanderstehen. Marktelemente, wie beispielsweise eine dezentrale Preissteuerung und Markttransparenz für Nachfrager, fehlen in diesem Bereich.¹¹

2.2 Definition Compliance

Compliance wird vom englischen Begriff ‚to comply with something‘ abgeleitet und bedeutet, dass etwas eingehalten wird oder etwas befolgt wird. Demnach ist unter Compliance die Einhaltung und Befolgung von Geboten, also das regelkonforme Verhalten, zu verstehen. Die einzuhaltenden Gebote können sich aus dem vorherrschenden Recht und Gesetz oder auch aus organisationsinternen Richtlinien ergeben. Darüber hinaus ist die Einhaltung von ethischen Werten und Normen nicht zu vernachlässigen.¹²

Das Thema Compliance hat seinen Ursprung in der Selbstverpflichtung US-amerikanischer Unternehmen in den 1950er Jahren. Zu erklären war diese Selbstverpflichtung vor allem durch

⁸ Vgl. Deutscher Bundestag (2014), S. 9.

⁹ Vgl. Busse/Geissler (2013), S. 3ff.

¹⁰ Vgl. Bundeszentrale für politische Bildung.

¹¹ Vgl. Busse/Geissler (2013), S. 9.

¹² Vgl. Weber (2016), S. 4.

die überaus hohen Sanktionen, zu denen die in den USA ansässigen Unternehmen bei Regelverstößen seitens ihrer Mitarbeiter verurteilt werden können. Im Jahr 1991 wurde infolgedessen eine Strafzumessungsrichtlinie in den USA verabschiedet, die eine Schutzfunktion in Form einer Strafminderung für Unternehmen darstellt, die effektive Compliance-Systeme implementiert haben. Ab Mitte der 1990er Jahre haben auch deutsche Unternehmen sich zunehmend mit der Thematik befasst.¹³

Eine konkrete allgemeingültige Rechtsgrundlage, die Unternehmen zur Einführung eines Compliance Management Systems verpflichtet, besteht bisher im deutschen Recht nicht. Jedoch ergeben sich aus zahlreichen Gesetzen Sorgfaltspflichten für die Unternehmensführung, welche bei Verstoß hohe Sanktionen zur Folge haben. Im Gesetz über Ordnungswidrigkeiten sind die entsprechenden Sanktionen geregelt, die bei Begehung einer Straftat oder Ordnungswidrigkeit durch das Unternehmen beziehungsweise der Unternehmensleitung zur Anwendung kommen.¹⁴ Die Sorgfaltspflicht des Vorstandes ist im Aktiengesetz in § 93 Absatz 1 Satz 1 beschrieben (*„Die Vorstandsmitglieder haben bei ihrer Geschäftsführung die Sorgfalt eines ordentlichen und gewissenhaften Geschäftsleiters anzuwenden.“*). Zudem formuliert das Aktiengesetz in § 91 Absatz 2 die Notwendigkeit, ein Überwachungssystem zur Früherkennung von existenzgefährdenden Risiken einzurichten (*„Der Vorstand hat geeignete Maßnahmen zu treffen, insbesondere ein Überwachungssystem einzurichten, damit den Fortbestand der Gesellschaft gefährdende Entwicklungen früh erkannt werden.“*).

Eine weitere Grundlage für die Notwendigkeit der Einrichtung eines Compliance Management Systems lässt sich aus dem Deutschen Corporate Governance Kodex (DCGK) ableiten:

„4.1.3 Der Vorstand hat für die Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen und der unternehmensinternen Richtlinien zu sorgen und wirkt auf deren Beachtung durch die Konzernunternehmen hin (Compliance).“¹⁵

Der DCGK stellt eine Selbstverpflichtung zum regelkonformen Verhalten dar und richtet sich vor allem an deutsche börsennotierte Gesellschaften, empfiehlt jedoch ebenso ausdrücklich den nicht börsennotierten Gesellschaften die Befolgung des Kodex. Der DCGK umfasst alle wesentlichen gesetzlichen Vorschriften zur Leitung und Überwachung der börsennotierten Unternehmen sowie international und national anerkannte Standards guter und verantwortungsvoller Unternehmensführung mit dem Ziel, das Vertrauen aller Stakeholder in die Unternehmensführung zu fördern. Die Unternehmensführung ist im Zuge dessen angehalten, im Interesse des Unternehmens zu handeln und dem Leitbild eines ehrbaren Kaufmanns zu entsprechen, welches besagt, dass die Prinzipien der sozialen Marktwirtschaft einzuhalten sind. Die Prinzipien umfassen neben der Legalität auch ethisch vertretbares Handeln sowie eigenverantwortliches Verhalten.¹⁶

¹³ Vgl. Hein (2016), S. 1.

¹⁴ Vgl. Heybrock (2012), S. 5.

¹⁵ Regierungskommission Deutscher Corporate Governance Kodex, S. 6.

¹⁶ Vgl. Regierungskommission Deutscher Corporate Governance Kodex, S. 1 f.

Das CMS ist Bestandteil der Corporate Governance eines Unternehmens und auf die Einhaltung von Richtlinien ausgerichtet. Die Ausgestaltung und Überwachung des CMS liegt im Ermessen des jeweiligen Unternehmens. Das CMS umfasst die eingeführten Grundsätze und Maßnahmen basierend auf den unternehmerischen Zielen zur Verhinderung von Regelverstößen. Ein angemessenes CMS beinhaltet gemäß des Prüfungsstandards 980 des Instituts der Wirtschaftsprüfer (IDW) sieben Grundelemente, die in Wechselwirkung miteinander stehen und in die Geschäftsabläufe integriert sind:

1. Die Compliance-Kultur basiert primär auf den grundlegenden Einstellungen und Verhaltensmustern der Geschäftsführung. Die Compliance-Kultur bildet die Grundlage für das Verhalten der Mitarbeiter und somit deren Bereitschaft zur Beachtung und Einhaltung von Regeln.
2. Die Compliance-Ziele werden auf Grundlage der allgemeinen Unternehmensziele und der relevanten Regeln für das gesamte Unternehmen festgelegt. Zu diesem Zweck wird das Unternehmen in Teilbereiche untergliedert und für jeden Bereich wesentliche Regeln formuliert. Die Compliance-Ziele dienen als Basis für die Analyse von Compliance-Risiken.
3. Basierend auf den Compliance-Zielen werden entsprechende Compliance-Risiken identifiziert, die zur Verfehlung der festgelegten Ziele führen können. Im Rahmen dessen ist ein Verfahren zur Risikoerkennung und -berichterstattung zu implementieren. Die Risiken sind hinsichtlich ihrer Eintrittswahrscheinlichkeit und der potentiellen Auswirkung zu analysieren.
4. Das Compliance-Programm beinhaltet Grundsätze und Maßnahmen zur Begrenzung der Compliance-Risiken. Darüber hinaus umfasst es Maßnahmen, die bei bereits eingetretenen Verstößen einzuleiten sind.
5. Die Compliance-Organisation ist Aufgabe des Managements und legt die Verteilung von Rollen und Verantwortlichkeiten sowie die Aufbau- und Ablauforganisation im CMS im Rahmen der bestehenden Unternehmensorganisation fest. Zudem liegt es in der Verantwortung des Managements, die notwendigen Ressourcen bereitzustellen.
6. Unter Compliance-Kommunikation ist die Information der Mitarbeiter hinsichtlich des Compliance-Programms und der festgelegten Verantwortlichkeiten zu verstehen. Des Weiteren werden im Rahmen dessen die Kommunikationswege für die Mitarbeiter festgelegt, um Compliance-Risiken und -Verstöße an die zuständigen Stellen zu berichten.
7. Für die Compliance-Überwachung und -Verbesserung ist eine ausreichende Dokumentation notwendig, auf deren Basis dessen Schwachstellen im CMS oder eingetretene Regelverstöße erkannt werden können. Diese werden an die zuständige Stelle berichtet, woraufhin das Management entsprechende Verbesserungsmaßnahmen einleiten kann.

Ein CMS gilt als angemessen, wenn Risiken für wesentliche Regelverstöße frühzeitig erkannt werden und diese dadurch verhindert werden können. Außerdem muss das CMS gewährleisten, dass eingetretene Verstöße zeitnah an die zuständigen Stellen kommuniziert werden, so dass entsprechende Maßnahmen zur Verbesserung des CMS eingeleitet werden können.¹⁷

2.3 Stand der Forschung hinsichtlich Compliance in Krankenhäusern

Durch zahlreiche gesetzliche Änderungen, aufgrund von Verstößen, wie beispielsweise Manipulationen bei der Organspende, mangelhafte Abrechnungen oder unzureichende Hygiene, und rechtlichen Grauzonen wird das Thema Compliance in Krankenhäusern aktuell intensiv diskutiert und steht vermehrt im öffentlichen Fokus.¹⁸ Durch den starken Konkurrenzkampf oder auch der zunehmenden Bedeutung der Wirtschaftlichkeit werden Kliniken und Praxen unter Druck gesetzt. Dies hat zur Folge, dass sich die Krankenhäuser neu aufstellen und ihre Leistungen gleichermaßen nach medizinischen und wirtschaftlichen Punkten optimieren müssen. Des Weiteren spielen noch andere Faktoren eine wesentliche Rolle für die nachhaltige Existenzsicherung. Gemeint sind das Risikomanagement und der Ausschuss von Haftungsrisiken. Zwar ist Qualitätsmanagement bereits meist ein fester Bestandteil eines jeden Krankenhauses, um Arbeitsabläufe transparent zu gestalten und Risiken kenntlich zu machen, doch das scheint nicht auszureichen. An dieser Stelle setzt Corporate Compliance an.¹⁹ Ernst und Young (2013) eine der führenden Wirtschaftsprüfungsgesellschaften, berichtet, dass ein CMS trotz einer Notwendigkeit nur in wenigen Krankenhäusern implementiert ist. Ein möglicher Grund könnte sein, dass es sich bei der Thematik aktuell nur um eine neomodische Erscheinung handelt, die als wenig praxisnah oder sogar überflüssig angesehen wird.

Aktuell besteht zwar noch keine Pflicht zur Umsetzung der Compliance-Richtlinien für Krankenhäuser, trotzdem gibt es eine Vielzahl an Gründen, warum das Thema immer mehr an Wichtigkeit gewinnt und stark diskutiert wird.²⁰ Es ist jedoch festzustellen, dass sowohl national als auch international die Forschungslücke zu Compliance an Krankenhäusern enorm groß ist. Vor allem ist die Vergleichbarkeit der internationalen Literatur aufgrund der Definition von Compliance kaum gegeben. Diese Arbeit erforscht Compliance in Krankenhäusern nach dem IDW PS 980 und orientiert sich sehr stark an den nationalen Anforderungen. International gibt es eine Vielzahl an weiteren Compliance-Richtlinien, wie z.B. den ISO 19600 „Compliance Management Systems“²¹. Einige Studien, wie die von Shah, N. et. al. (2015), beschäftigen sich mit Compliance in der Umsetzung von Hygienerichtlinien oder wie die Studie von Healthicity (2017) mit Compliance im Gesundheitswesen allgemein. Jedoch existiert kaum Literatur zu

¹⁷ Vgl. Institut der Wirtschaftsprüfer (2011), S. 2 ff.

¹⁸ Vgl. Schuster/Rapp (2016), S. 54.

¹⁹ Vgl. Bartels/Wülfing/Ohlen (2013), S. 63f.

²⁰ Vgl. Dann/Kusnik (2016), S. 27ff.

Vgl. Ernst & Young (2013), S. 6.

²¹ Vgl. Ernst & Young (2015).

Compliance im Gesundheitswesen oder Compliance bezogen auf das Krankenhaus im Sinne des IDW PS 980. Hauptsächlich wird diese Thematik von den großen Wirtschaftsprüfungsgesellschaften untersucht, was der Übersicht im Anhang zu entnehmen ist (s. Anhang Nr. 1). Die Übersicht zeigt folglich, dass keine Studie existiert, die mit der vorliegenden Forschungsarbeit vergleichbar ist und somit neue Erkenntnisse gewonnen werden können.

2.4 Aufbau der Studie

Für die Wahl eines geeigneten Forschungsdesigns spielen diverse Faktoren eine Rolle. Zunächst gilt es die Rahmenbedingungen zu erörtern, unter denen eine Datenerhebung durchgeführt werden kann. Wie groß sind die zeitlichen und finanziellen Ressourcen? Welches Personal steht zur Verfügung und wer ist die Zielgruppe?²² Es gilt zudem zu klären, ob die Datenerfassung qualitativ oder quantitativ erfolgen soll.²³ Hierfür ist es nützlich, ein klares Forschungsziel ins Auge zu fassen und zu klassifizieren, welcher Typ empirischer Forschung in Frage kommt.²⁴

Mit der Intention, den aktuellen Umsetzungsstand von CMS in deutschen Krankenhäusern zu erfassen, dienen somit sämtliche Krankenhäuser in ganz Deutschland als Grundgesamtheit. Für diese Studie wird jedoch angenommen, dass es aufgrund von Ressourcenmangel in kleinen Krankenhäusern nur zu einer verzögerten Implementierung von CMS kommt. Folglich werden nur Krankenhäuser mit einer Anzahl von mindestens 200 Planbetten berücksichtigt.²⁵

Mit dem Ziel, eine Datenerhebung von Krankenhäusern in ganz Deutschland durchzuführen, ist es notwendig, ein den Rahmenbedingungen entsprechendes Verfahren mit hoher Reichweite auszuwählen. In diesem Fall bietet sich die Methode der schriftlichen Befragung an.²⁶ Zudem gewährleistet die Befragung mittels standardisiertem Fragebogen eine bessere Vergleichbarkeit der erhobenen Daten.²⁷ Weitere Vorteile finden sich in der glaubhaften „Zusicherung von Anonymität bei schriftlichen Befragungen“.²⁸ Dies soll zu einer wahrheitsgetreuen Selbstevaluation der teilnehmenden Krankenhäuser ermutigen und einer möglicherweise bewussten Falschaussage bzw. geringen Bereitschaft zur Selbstenthüllung in der mündlichen Befragung vorbeugen.²⁹ Trotz des Wissens, dass schriftliche Befragungen eine höhere Ausfallquote aufweisen als mündliche, erscheint die schriftliche Befragung für dieses Forschungsprojekt als vorteilhafter.³⁰

Der für diese Studie konstruierte Fragebogen besteht aus zwei Teilen: einem allgemeinen sowie einem spezifischen Fragenkatalog zum Thema CMS nach dem IDW PS 980. Er beinhaltet sowohl geschlossene und halboffene Fragen als auch skalierte und nicht-skalierte Fragen. Die Anzahl an

²² Vgl. Bortz/Döring (2006), S. 237.

²³ Vgl. Atteslander (2010), S. 133.

²⁴ Vgl. ebd., S. 57ff.

²⁵ Vgl. Berekoven/Eckert/Ellenrieder (2004), S. 51.

²⁶ Vgl. Atteslander (2010), S. 157.

²⁷ Vgl. Berekoven/Eckert/Ellenrieder (2004), S. 101.

²⁸ Bortz/Döring (2006), S. 256.

²⁹ Vgl. ebd., S. 250f.

³⁰ Vgl. ebd., S. 256.

geschlossenen und nicht-skalierten Fragen überwiegt jedoch. Die auf diese Weise erreichte Standardisierung soll eine bessere Auswertbarkeit der erhaltenen Daten garantieren. Im ersten Fragenkatalog werden die teilnehmenden Krankenhäuser mit Hilfe von allgemeinen Fragen zunächst klassifiziert. Zudem wird eine Selbsteinschätzung zur Bedeutung von Compliance abgefragt. Im zweiten Fragenkatalog werden die sieben Elemente eines CMS nach IDW PS 980 thematisiert und jeweils vier Fragen zu jedem Element gestellt. Eine Ausnahme bildet hier das Element Compliance-Risiken, zu dem lediglich zwei Fragen gestellt werden. Zusätzlich wird den Fragebögen jeweils eine Seite mit wesentlichen Begriffsdefinitionen in Anlehnung an den IDW PS 980 beigelegt, um ein einheitliches Begriffsverständnis zu schaffen. Die Teilnehmer besitzen die Möglichkeit, in anonymisierter Form an der Studie teilzunehmen. Um einen möglichen Anreiz zur Teilnahme an der Studie zu schaffen, wurde allen potenziellen Teilnehmern zugesagt, die Ergebnisse der Studie auf Wunsch zu erhalten.

3 Empirische Analyse

3.1 Datenanalyse und Stichprobenwahl

Im folgenden Abschnitt wird zunächst in Kürze der Ablauf der Datenerhebung erläutert, ehe anschließend die Datenanalyse beschrieben wird.

Nachdem im ersten Schritt ein Fragebogen im Rahmen des Forschungsprojekts am Institut für Controlling der Fachhochschule Kiel (Prof. Dr. Thomas Krolak) konstruiert wurde, fand eine Überprüfung von Herrn Zluhan von der B-LUE Management Consulting GmbH und einem Krankenhaus der Maximalversorgung im Rahmen eines Pretests statt. Hierbei wurden das Verständnis der Fragen, die Dauer der Befragung sowie Schwierigkeit und Anzahl der Fragen überprüft. Nach mehrfacher Überarbeitung der Fragebögen folgte schließlich vom 12. Mai 2017 bis zum 15. Juni 2017 die Datenerhebung. Der Versand erfolgte auf dem Postweg und richtete sich an die Geschäftsführer der jeweiligen Krankenhäuser. Insgesamt wurden rund 500 Krankenhäuser sowie 34 Universitätskliniken angeschrieben, von denen 25 Krankenhäuser bzw. Universitätskliniken antworteten. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 4,68 Prozent.

	Absolut	Relativ
Versendet	534	
Hauptaktion		
Antwort	7	1,31%
Nachfassaktion		
Antwort	18	3,37%
Summe	25	4,68%
Rücklauf verwertbar	25	4,68%

Tabelle 4: Übersicht der Rücklaufquoten

Anschließend wurden alle Daten in eine Excel-Tabellenkalkulation eingepflegt. Aus dem vorhandenen Datensatz wurde in der Folge je nach Fragentyp (offene/geschlossene Fragen; Nominal-/Ordinalskala) eine Auswertung mit Hilfe von Mittelwerten sowie absoluten und relativen Häufigkeitsverteilungen erstellt.³¹ Auf diese Weise entstand eine Übersicht über die Verteilung der jeweiligen Merkmalsausprägungen, welche dann in Form von verschiedenen Diagrammtypen visualisiert wurde. Vereinzelt war es aufgrund von fehlenden Antworten nicht möglich, Fragen auszuwerten.

Während bei der grundlegenden Analyse der Implementierung von Compliance in deutschen Krankenhäusern lediglich eine univariate Auswertung stattfand, wurden bei der Überprüfung der Hypothesen bivariate Auswertungsverfahren genutzt. Hinsichtlich der anfänglich aufgestellten Hypothesen wurden jeweils zwei relevante Variablen in Bezug gesetzt und der Zusammenhang dieser untersucht.

3.2 Untersuchungsergebnisse

Im ersten Schritt wurde die derzeitige und zukünftige Bedeutung von Compliance als Oberthema sowie die sieben Grundelemente abgefragt. In Abbildung 5 wurden die Antworten grafisch dargestellt. Hierfür sollten sich die Krankenhäuser auf einer Skala von eins bis drei selbst bewerten. Sowohl Compliance als Oberthema als auch jedes der Grundelemente werden in Zukunft deutlich weiter an Bedeutung gewinnen. Allerdings ist der bisherige Umsetzungsstand noch nicht sehr gut entwickelt. Hier besteht noch Handlungsbedarf bei den teilnehmenden Krankenhäusern.

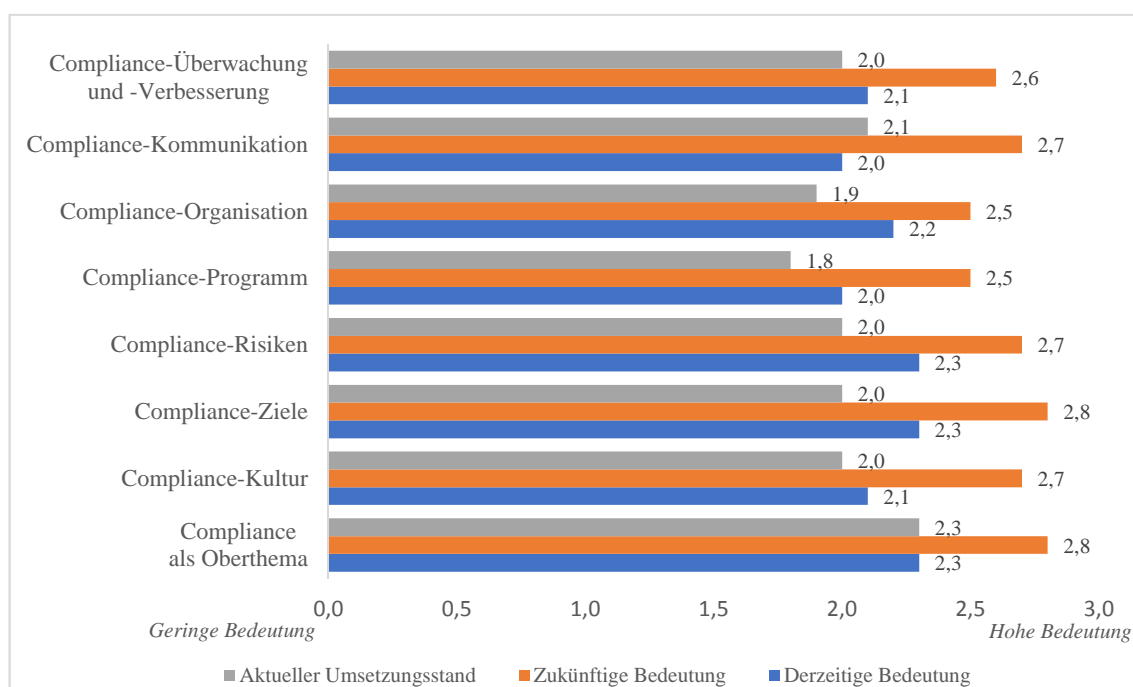


Abbildung 5: Bedeutung und Umsetzungsstand von Compliance in Krankenhäusern³²

³¹ Vgl. Backhaus et al. (2016), S. 11.

³² n=24

3.2.1 Compliance-Kultur

Des Weiteren wurde erforscht, warum sich der Geschäftsführer mit Compliance auseinandersetzt. Dies wurde in Abbildung 6 grafisch dargestellt. Es ist wenig überraschend, dass die „gesetzlichen Anforderungen“ mit 100 Prozent die meistgenannte Antwort ist. Ein Grund dafür könnte sein, dass sich Geschäftsführer durch die Etablierung eines Compliance Management Systems aus der Haftung nehmen können und somit rechtlich abgesichert sind. Weitere wichtige Faktoren sind die Förderung regelkonformen Verhaltens, die Forderungen der Stakeholder und der mögliche Schaden des Images. Die Forderungen der Shareholder stellen nur eine untergeordnete Rolle dar.

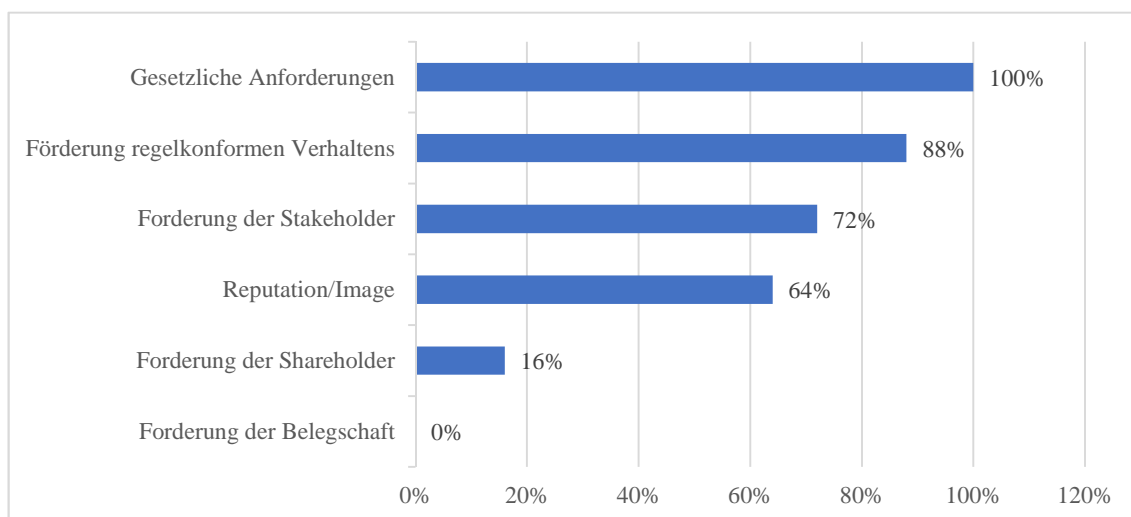


Abbildung 6: Aus welchen Gründen beschäftigen sich Geschäftsführer mit Compliance³³

Bei der Frage, wer in die Compliance-Kultur eingebunden ist, ergab die Umfrage, dass auch hier die Geschäftsführung eine zentrale Rolle spielt. Aber auch das mittlere Management ist in 88 Prozent sowie die gesamte Belegschaft mit rund 63 Prozent in die Etablierung einer Compliance-Kultur eingebunden. In 56 Prozent der befragten Krankenhäuser ist die Compliance-Kultur Bestandteil ihrer Führungsgrundsätze und macht damit den größten Anteil aus. Bei weiteren 36 Prozent werden regelmäßige Rundschreiben als Hilfsmittel genutzt. Interessant zu sehen ist, dass über ein Viertel der Teilnehmer angibt, noch keine Compliance-Kultur zu besitzen. Dies hängt damit zusammen, wie der Abbildung 17 zu entnehmen ist, dass Compliance erst ein bis zwei Jahre Bestandteil der Unternehmensführung ist und somit ein aktuelles und neues Thema für Krankenhäuser darstellt. Solch ein kurzer Zeitraum ist kaum ausreichend für die Entwicklung einer Kultur. Die Abbildung 7 fasst die Ergebnisse nochmal zusammen.

³³ n=25

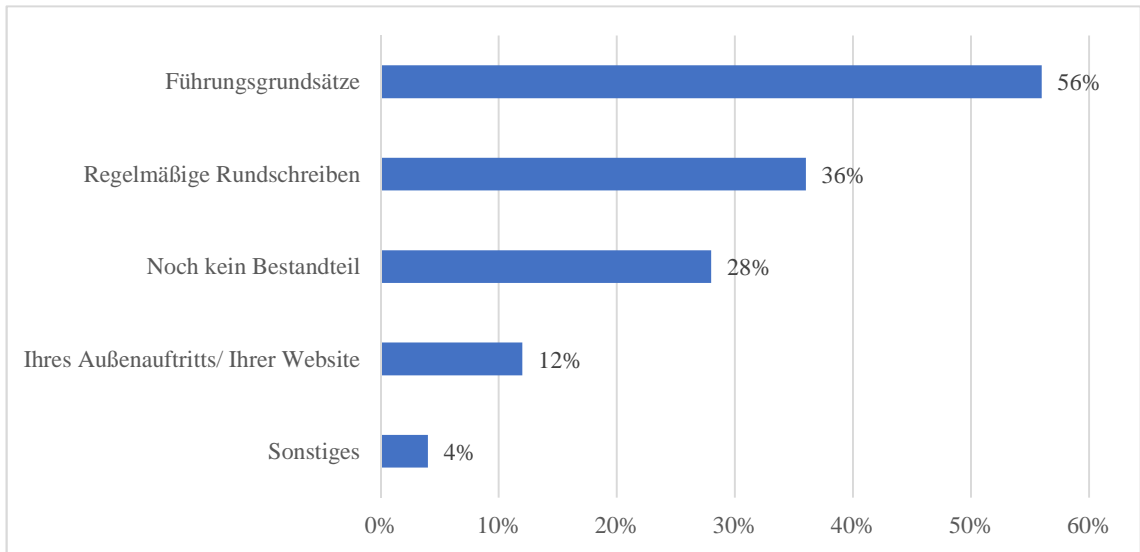


Abbildung 7: Compliance-Kultur ist Bestandteil folgender Aktivitäten³⁴

Die Abbildung 8 zeigt, dass die Krankenhäuser ihre Compliance-Kultur weiterhin durch das Vorleben des Top-Managements fördern wollen. Das Top-Management nimmt eine Vorbildrolle ein und soll „Tone at the top“ die Compliance-Grundsätze vermitteln. Auch das mittlere Management, gezielte Kommunikationsmaßnahmen und Schulungen sollen die Compliance-Kultur künftig weiter fördern. Unter „Sonstiges“ wurden hier die Einführung einer Compliance-Matrix, die Einführung eines Compliance-Managements und das Aufgreifen von konkreten Sachverhalten zusammengefasst.

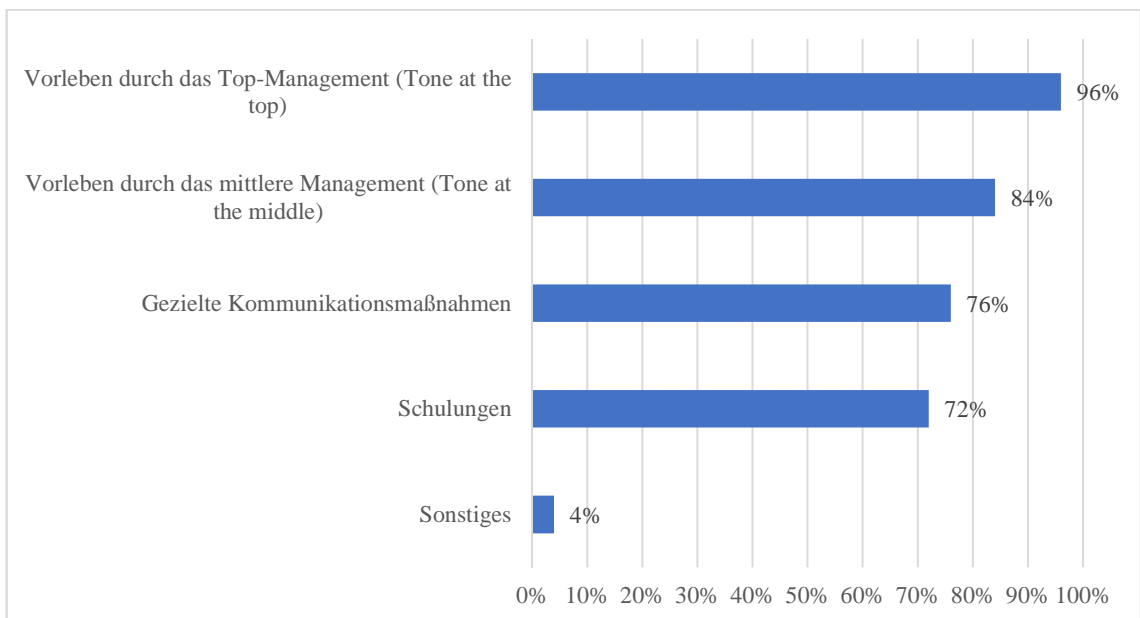


Abbildung 8: Mögliche Förderungsmaßnahmen der Compliance-Kultur³⁵

³⁴ n=25; Unter Sonstiges ist zusammengefasst: Leitlinien, Berichtswesen, QRM, Beauftragtenwesen, Mitarbeiterzeitung, Intranet

³⁵ n=25

3.2.2 Compliance-Ziele

Folglich wurden die Compliance-Ziele analysiert, welche nach dem IDW PS 980 zum zweiten Grundelement gehören. Diese richten sich zu 87 Prozent an das Top-Management und jeweils zu 83 Prozent an das mittlere Management sowie die gesamte Belegschaft richtet. Zudem werden Dritte genannt, wie beispielsweise Geschäftspartner, die 30 Prozent der Nennungen ausmachen.

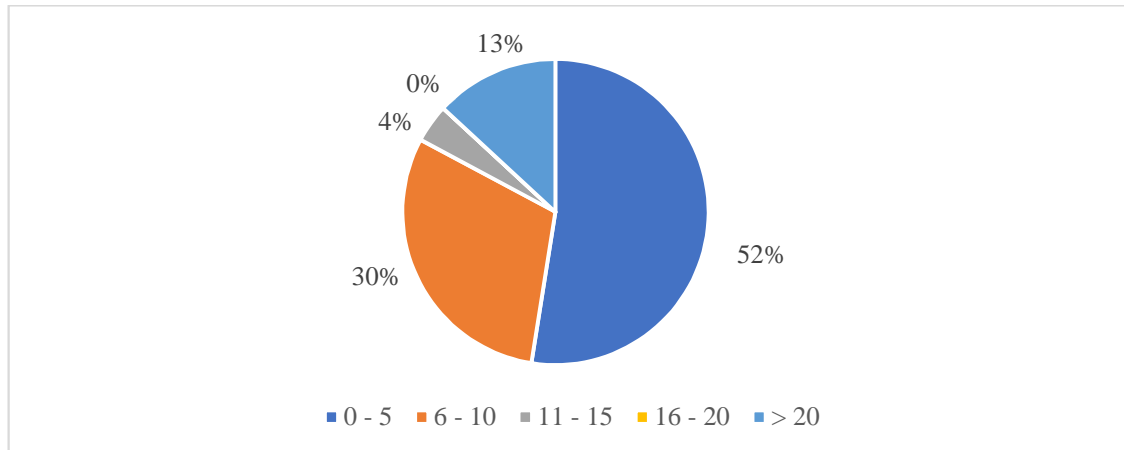


Abbildung 9: Anzahl der Compliance-Ziele in Krankenhäusern³⁶

In der Abbildung 9 wird dargestellt, wie viele Compliance-Ziele ein Krankenhaus für sich definiert. Ungefähr die Hälfte gab an, null bis fünf Ziele zu definieren und knapp ein Drittel legt sechs bis zehn Ziele fest. Verwunderlich ist, dass 13 Prozent sogar mehr als 20 Ziele definieren. Besonders auffällig in diesem Zusammenhang sind die Ergebnisse aus Abbildung 10, die auf die Messung der Zielerreichung eingehen. Zu entnehmen ist, dass 67 Prozent gar keine Messung durchführen, was sehr erstaunlich ist, da vorab Ziele definiert wurden. 25 Prozent der Probanden gaben an, einen Mix aus quantitativen und qualitativen Kennzahlen zu benutzen, während jeweils vier Prozent der Organisationen ihre Ziele mit Hilfe von quantitativen beziehungsweise qualitativen Kennzahlen messen. Zusammenfassend kann man hierbei sagen, dass Ziele zwar definiert werden, jedoch aufgrund der fehlenden Messung ihrer Aufgabe nicht gerecht werden.

³⁶ n=25

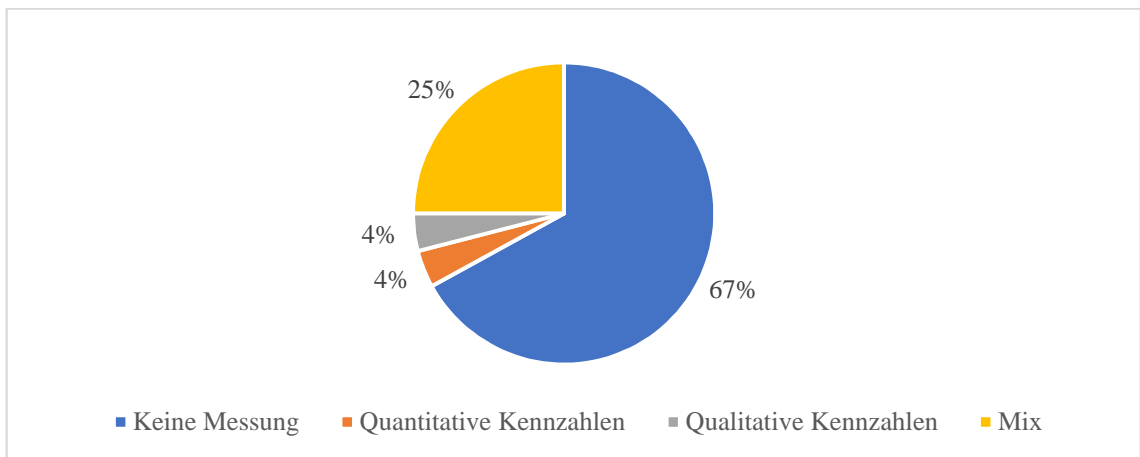


Abbildung 10: Wie erfolgt die Messung der Zielerreichung?³⁷

Beim Vergleich der Kommunikation (vergleiche hierzu Abbildung 11 und 12) der Compliance-Ziele von großen und kleinen Krankenhäusern fällt auf, dass große Krankenhäuser häufiger den persönlichen Weg wählen. Zu 60 Prozent wurden Informationsveranstaltungen und zu 50 Prozent Jahresgespräche bevorzugt, um die Ziele zu verdeutlichen. Kleine Krankenhäuser hingegen nutzten nur zu 36 Prozent bzw. 29 Prozent diese Kommunikationswege. Kleine Krankenhäuser setzten mit 79 Prozent deutlich häufiger das Intranet ein, was verwunderlich ist, da man annehmen könnte, dass in kleinen Krankenhäusern die persönliche Kommunikation überwiegt.

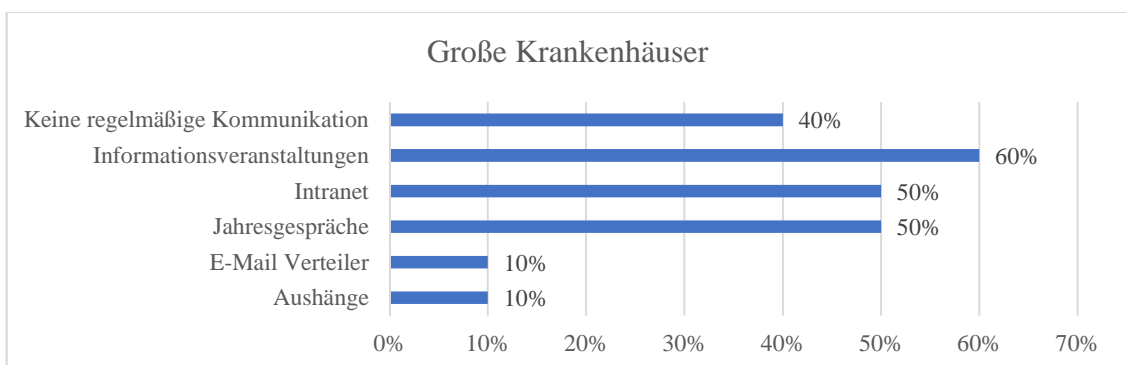


Abbildung 11: Kommunikation der Compliance-Ziele bei großen Krankenhäusern³⁸

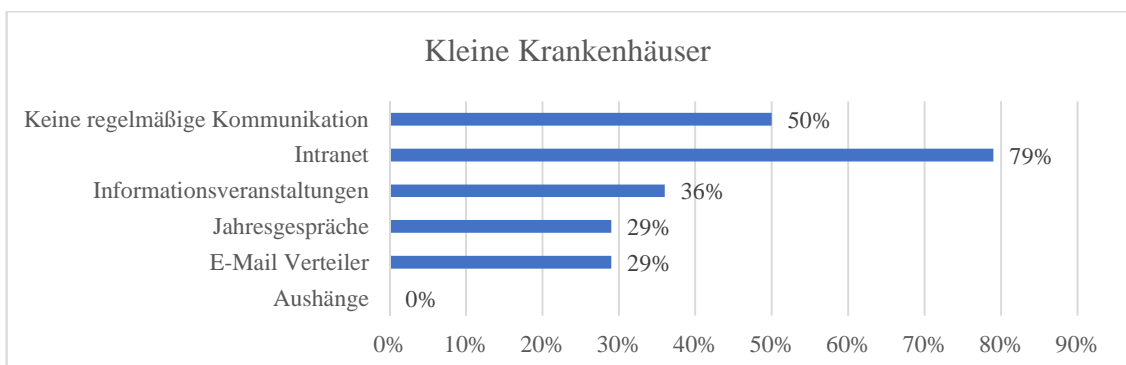


Abbildung 12: Kommunikation der Compliance-Ziele bei kleinen Krankenhäusern³⁹

³⁷ n=24

³⁸ n=10

³⁹ n=14

3.2.3 Compliance-Risiken

Bezüglich der Durchführung einer Risikoanalyse, fällt auf, dass die Mehrheit (knapp 50 Prozent) dies unregelmäßig tut. Hier lag die Vermutung nahe, dass Risiken permanent oder in kurzen Zeitabständen analysiert werden, da sie sich zu ernsthaften Gefahren entwickeln können.

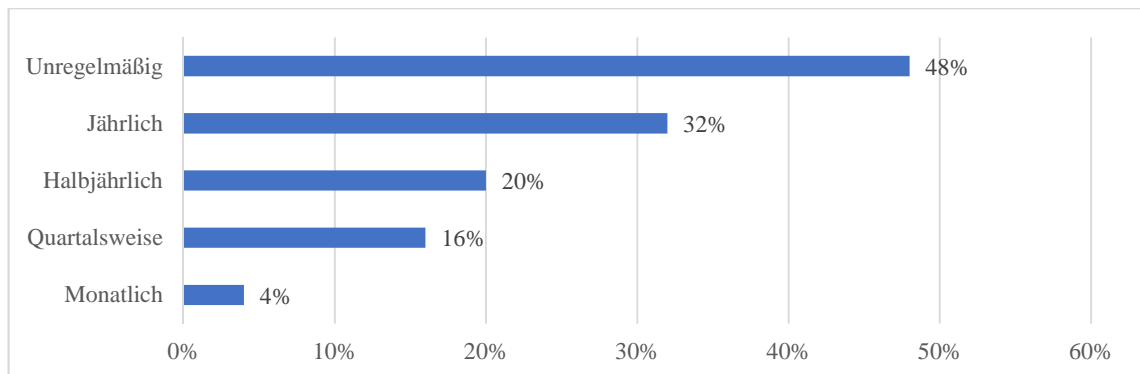


Abbildung 13: Zeitliche Durchführung von Risikoanalysen⁴⁰

Des Weiteren zeigt Abbildung 13, dass monatliche Analysen nur von vier Prozent der Krankenhäuser durchgeführt werden. In circa jedem dritten Krankenhaus findet diese zumindest jährlich statt.

Um Risiken zu identifizieren, setzen die Krankenhäuser verschiedene Maßnahmen und Instrumente ein. Die meistgenutzten Maßnahmen sind Einzelgespräche und Begehungen mit jeweils 83 Prozent. Eine untergeordnete Rolle bei der Risikoidentifikation nehmen die Sitzungen von Compliance-Komitees (25 Prozent), Compliance Workshops der Fachabteilungen (21 Prozent), jährliche Risikoinventur (acht Prozent) und die Compliance-Hotline (vier Prozent) ein.

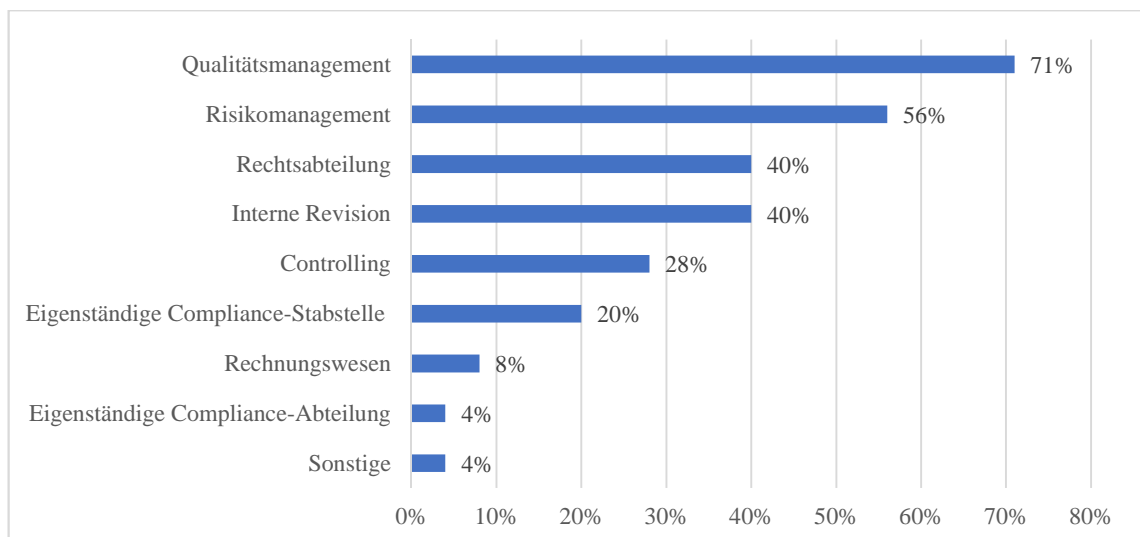


Abbildung 14: Beteiligte Abteilungen bei der Risikoidentifizierung⁴¹

⁴⁰ n=25

⁴¹ n=19; Unter Sonstiges ist zusammengefasst: Meldestellen, Einkauf, Personal, Öffentlichkeitsarbeit, Datenschutz, IT-Sicherheit

Abbildung 14 zeigt, dass an den eben genannten Maßnahmen diverse Abteilungen beteiligt sind, überwiegend sogar zwei unterschiedliche parallel. Je mehr Abteilungen integriert sind, desto besser können mögliche Risiken analysiert werden, weil diese aus verschiedenen Standpunkten begutachtet werden.

In 71 Prozent der befragten Krankenhäuser ist das Qualitätsmanagement eine dieser Abteilungen. Dies kann daran liegen, dass jedes Krankenhaus ein Qualitätsmanagement hat, welches sich beispielsweise mit dem Hygienemanagement auseinandersetzt. Der Chief Compliance Officer (CCO) ist hingegen nur bei 20 Prozent der teilnehmenden Krankenhäuser an den Maßnahmen beteiligt. Jedoch haben viele Kliniken noch kein CCO eingestellt.

3.2.4 Compliance-Programm

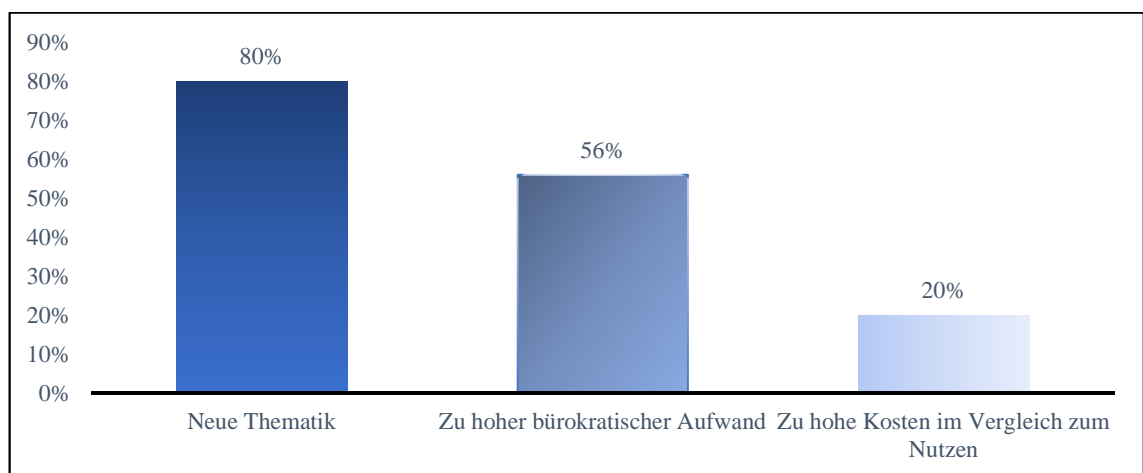


Abbildung 15: Umsetzungsbarrieren gegenüber Compliance-Programmen⁴²

Compliance ist für Krankenhäuser noch ein relativ neues Thema und stand lange Zeit nicht im Fokus der Geschäftsführung, wie Abbildung 15 zeigt. Aus diesem Grund wurde erhoben, welche Umsetzungsbarrieren gegenüber Compliance-Programmen bestehen. Mehr als drei Viertel der Krankenhäuser gab an, dass die Thematik für sie neu sei. Den bürokratischen Aufwand beziffern 56 Prozent als zu hoch. Dies lässt die Vermutung zu, dass die Geschäftsführung bezüglich der Umsetzung verunsichert ist und somit die Implementierung erschwert wird. Die Kosten im Vergleich zum Nutzen schätzt jedes fünfte Krankenhaus als zu hoch ein.

⁴² n=25

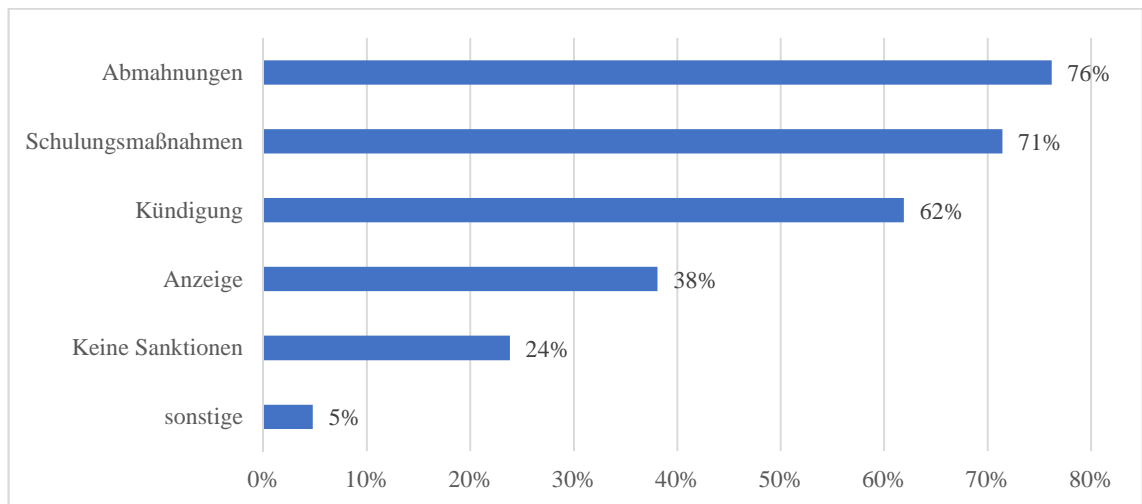


Abbildung 16: Sanktionsmaßnahmen bei Compliance-Verstößen⁴³

Hinsichtlich der Sanktionsmaßnahmen (siehe Abbildung 16) ist die Abmahnung das beliebteste Instrument, denn 76 Prozent der Probanden nutzen dieses. Verwunderlich ist, dass knapp jedes vierte Krankenhaus keine Sanktionen bei Compliance-Verstößen ausspricht. Schließlich sollen die Sanktionen eine erziehende Wirkung auf die betroffene Person oder eventuelle Nachahmer haben.

Baut man ein Scoring-Modell auf, so kann man den Härtegrad der Sanktionen differenzieren. So können Unterschiede des Sanktionsverhaltens der kleinen und großen Krankenhäuser aufgezeigt werden. Allerdings sind diese durch die Gewichtung der Maßnahmen subjektiviert. In diesem Fall wurde angenommen, dass die Anzeige die härteste Bestrafung ist und 50 Punkte einbringt, die Kündigung ist die zweithöchste Form der Bestrafung und gibt 30 Punkte. Die Abmahnung ist etwas milder und bringt 15 Punkte, während die Schulung die mildeste Sanktion mit fünf Punkten darstellt. Diese Punktzahlen werden mit der Häufigkeit ihrer Nennungen multipliziert und anschließend aufsummiert. Da die Teilnehmergruppen der kleinen und großen Krankenhäuser verschieden sind, wurde abschließend durch die Anzahl der Teilnehmer dividiert.

⁴³ n=23; Unter Sonstiges ist zusammengefasst: Unterweisungen, Mitarbeitergespräche, Vorstandsrundschreiben, Entzug von Kompetenzen, in Abhängigkeit von Sachverhalt und Beteiligten

	Punkte:	Anzahl Nennungen große Krankenhäuser	Anzahl Nennungen kleine Krankenhäuser
Anzeige	50	2	2
Kündigung	30	2	2
Abmahnung	15	2	5
Schulungsmaßnahmen	5	4	5

\sum große Krankenhäuser	\sum kleine Krankenhäuser	n große Krankenhäuser	n kleine Krankenhäuser	Gewichtet große Krankenhäuser	Gewichtet kleine Krankenhäuser
210	260	4	5	52,5	52

Tabelle 5: Scoring-Modell zur Bestimmung der Sanktionierungshärte

Aus diesen Berechnungen in Tabelle 5 lässt sich die Tendenz ableiten, dass große und kleine Krankenhäuser gleichermaßen hart sanktionieren. Allerdings muss weitergehend erforscht werden, welche Sanktionen am effektivsten sind.

Als nächstes wurde untersucht, wie lange Compliance schon fester Bestandteil der Unternehmensführung ist. Dies ist in Abbildung 17 grafisch dargestellt. Der Großteil der Krankenhäuser hat Compliance seit ein bis zwei Jahren in die Unternehmensführung integriert. Da in diesem Zeitraum auch neue Gesetze für Krankenhäuser erlassen wurden, lag diese Vermutung nahe. Bemerkenswert ist jedoch, dass 13 Prozent der Krankenhäuser bereits seit über fünf Jahren Compliance als Bestandteil ihrer Unternehmensführung integrieren. Weitere 12 Prozent planen die Integration in den nächsten zwölf Monaten, während Compliance bei ebenfalls 12 Prozent der Krankenhäuser kein Bestandteil der Führung ist und auch in absehbarer Zeit nicht werden soll.

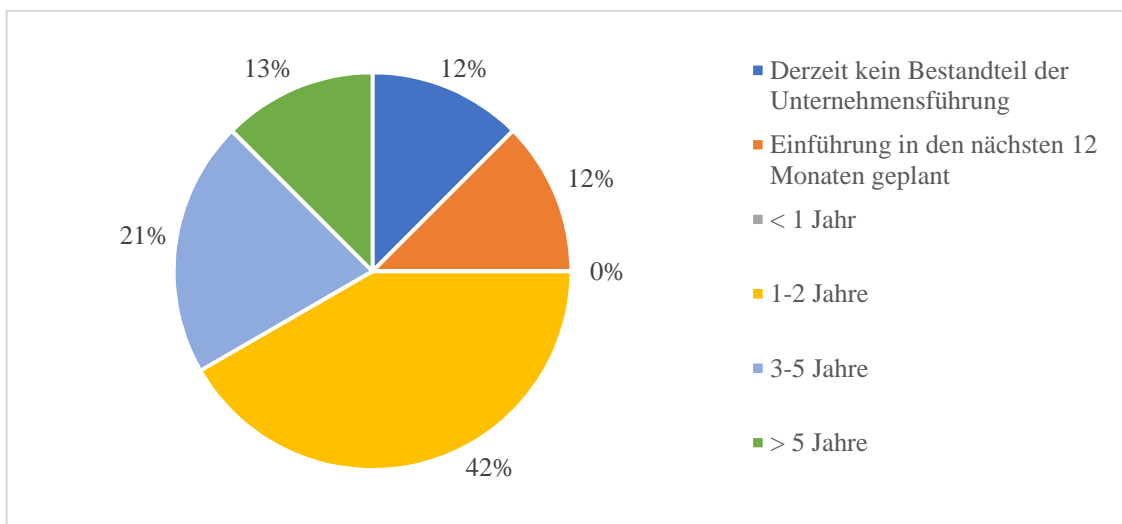


Abbildung 17: Wie lange ist Compliance Bestandteil der Unternehmensführung?⁴⁴

⁴⁴ n=24

Um non-compliance Verhaltensweisen entgegenzuwirken, haben 43 Prozent der teilnehmenden Krankenhäuser bereits einen Compliance-Kodex etabliert, weitere 35 Prozent planen die Einführung eines solchen Kodex. Zusätzlich werden 35 Prozent der Kliniken in naher Zukunft einen Review aller Verträge auf Compliance-Konformität und einen Review des bestehenden Hygienemanagements durchführen. Jedes vierte Krankenhaus plant zudem noch die Einführung eines Verhaltens-Kodex. Die Abbildung 18 fasst diese Ergebnisse nochmal zusammen.

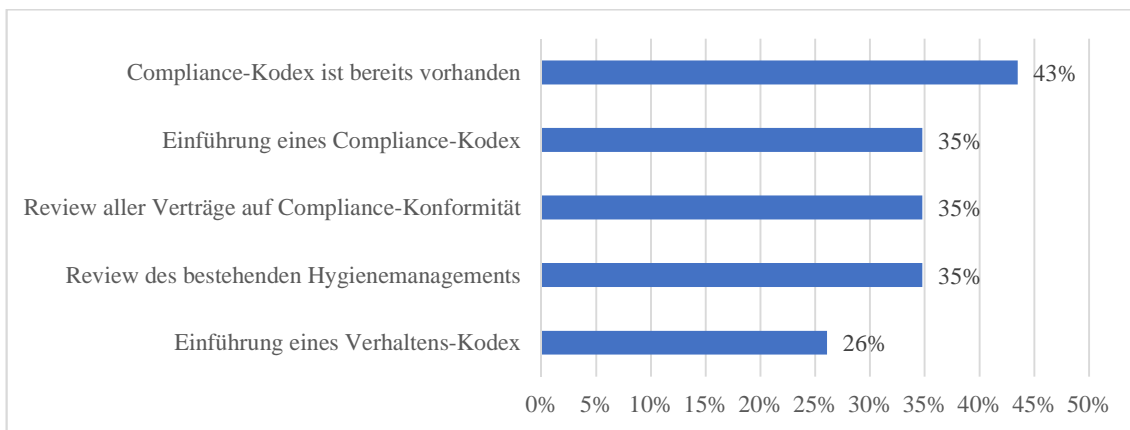


Abbildung 18: Maßnahmen zur Verbesserung des Compliance-Programms⁴⁵

3.2.5 Compliance-Organisation

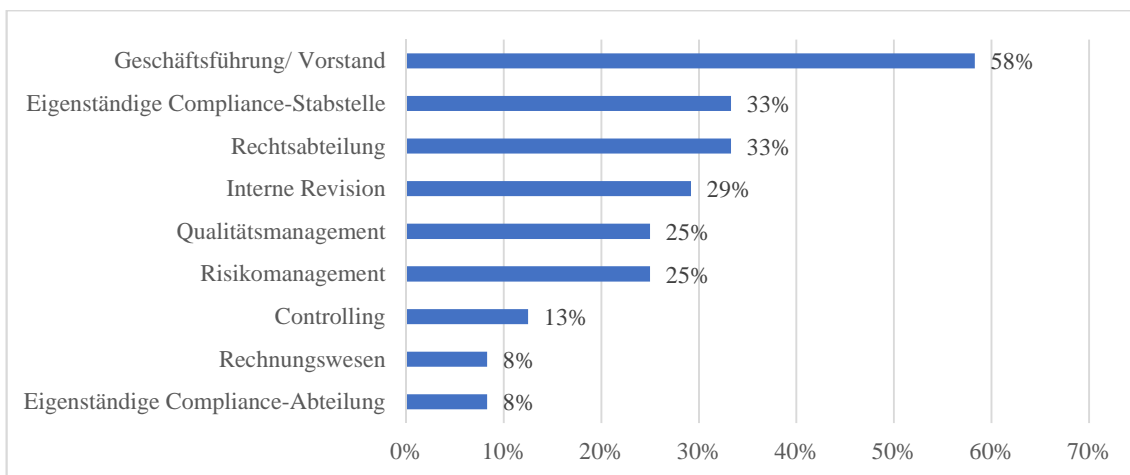


Abbildung 19: Ansiedlung der Compliance-Funktion in den Abteilungen⁴⁶

In Abbildung 19 wird gezeigt, dass 58 Prozent der befragten Krankenhäuser angegeben haben, dass die Compliance-Funktion bei der Geschäftsführung oder dem Vorstand angesiedelt ist. Diese Ausprägung erscheint aufgrund der strikten Hierarchieebenen in einem Krankenhaus nicht ganz überraschend. Zahlreiche Funktionen finden dort ihren Sitz und werden häufig top-down organisiert. Mit einem deutlichen Abstand wurde sowohl das Risikomanagement als auch das Qualitätsmanagement mit jeweils 25 Prozent genannt. Nur acht Prozent der befragten Krankenhäuser haben eine eigenständige Compliance-Abteilung.

⁴⁵ n=23

⁴⁶ n=24

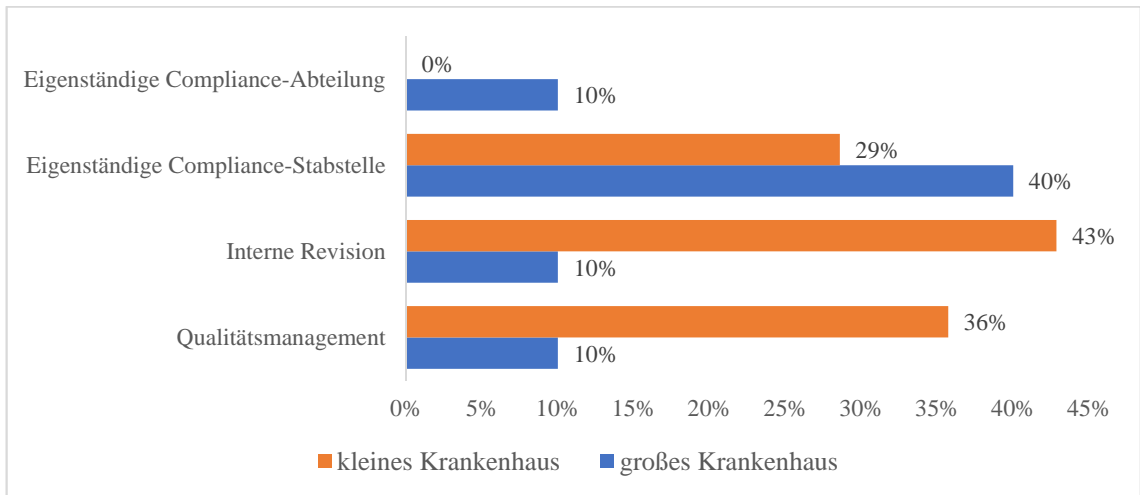


Abbildung 20: Vergleich großer und kleiner Krankenhäuser bezüglich der Ansiedlung der Compliance-Funktion⁴⁷

Beim Vergleich zwischen großen und kleinen Krankenhäusern in Abbildung 20, ist auffällig, dass kleine Krankenhäuser im Gegensatz zu großen die Compliance-Funktion eher im Qualitätsmanagement oder in der internen Revision angesiedelt haben. Dies lässt den Schluss zu, dass kleine Krankenhäuser die Aufgaben bezüglich Compliance auf bereits vorhandene Abteilungen verteilen. Große Krankenhäuser haben indes häufiger eine eigene Compliance-Stabstelle oder eine eigenständige Compliance-Abteilung. Daher liegt die Vermutung nahe, dass große Krankenhäuser extra eine neue Funktion bzw. Abteilung schaffen.

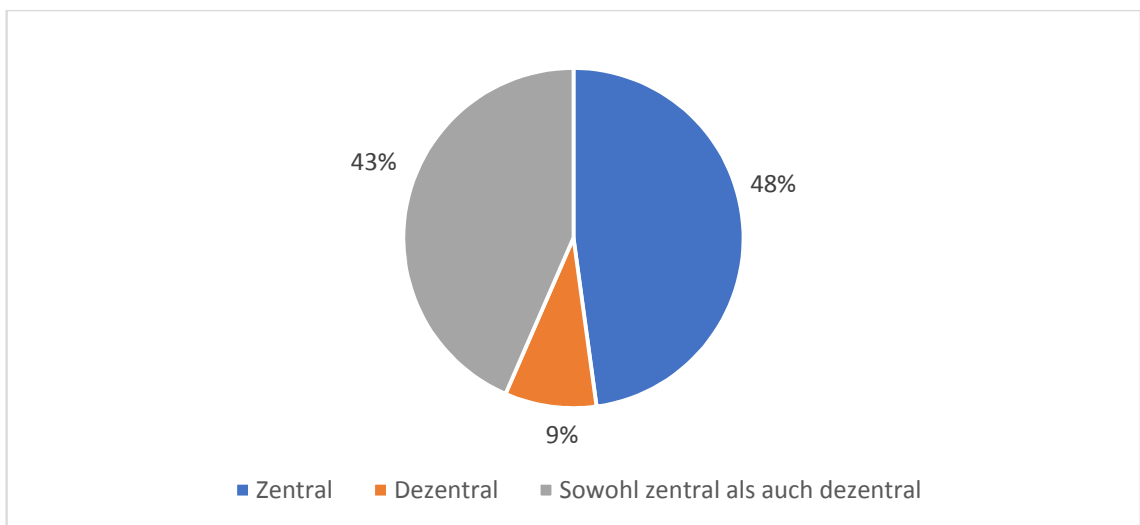


Abbildung 21: Compliance-Organisation im Krankenhaus⁴⁸

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, die Compliance-Organisation zu gestalten. Dabei haben 48 Prozent der befragten Krankenhäuser eine zentrale Organisation. Auffällig ist der Anteil der dezentralen Organisation, welche nur neun Prozent ausmacht (siehe hierzu Abbildung 21).

⁴⁷ kleines Krankenhaus n=14
großes Krankenhaus n=10

⁴⁸ n=23

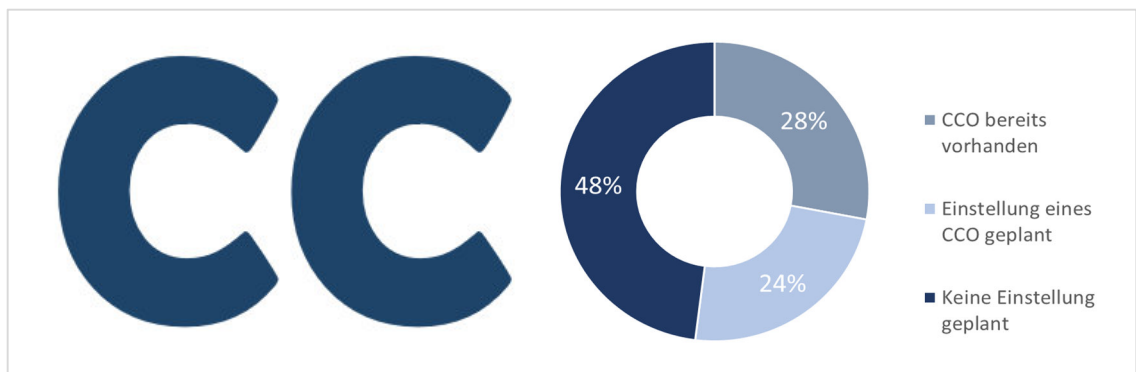


Abbildung 22: Überblick über das Vorhandensein eines CCOs⁴⁹

Der CCO bildet eine der Three Lines of Defence in einem Compliance-Management-System. Von daher wurde in dieser Umfrage abgefragt, wie viele Krankenhäuser einen CCO in ihren Reihen haben. Erstaunlich ist, dass 48 Prozent keinen CCO eingestellt haben und dieses auch nicht planen, was damit zusammenhängen kann, dass sich das CMS noch im Anfangsstadium befindet. Lediglich 28 Prozent haben bereits einen CCO eingestellt und weitere 24 Prozent planen die Einstellung eines CCO. Diese Ergebnisse sind in Abbildung 22 zusammengefasst.

In Abbildung 23 und 24 wird im Weiteren nach der Größe differenziert und es ergibt sich folgendes Bild:

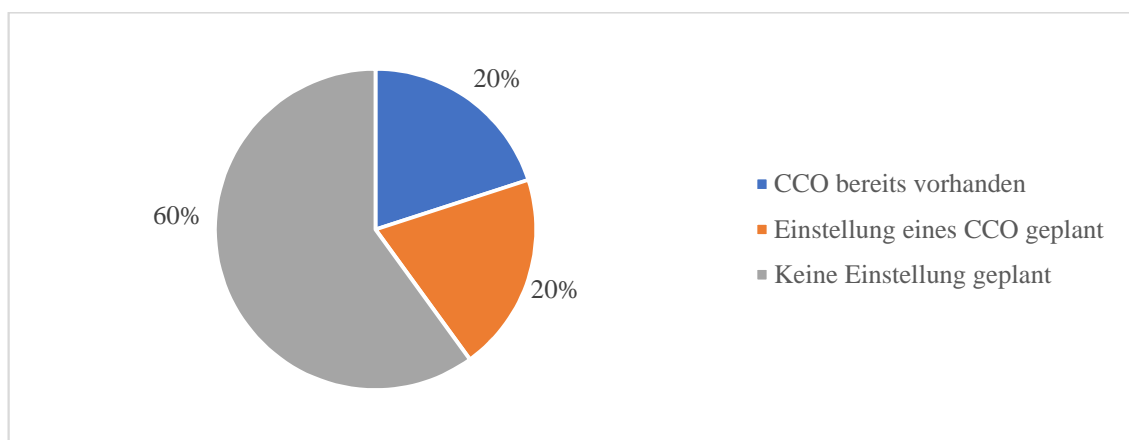


Abbildung 23: CCO in kleinen Krankenhäusern⁵⁰

⁴⁹ n=25

⁵⁰ n=14

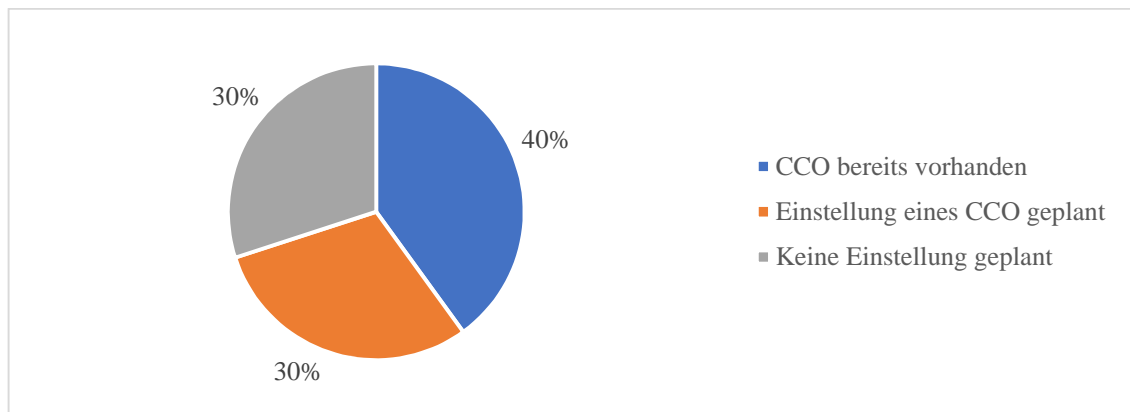


Abbildung 24: CCO in großen Krankenhäusern⁵¹

Große Krankenhäuser haben doppelt so häufig einen CCO als kleine Krankenhäuser. Dadurch ergibt sich auch eine erhebliche Abweichung bei der Aussage „Keine Einstellung geplant“.

3.2.6 Compliance-Kommunikation

Mehr als jedes zweite Krankenhaus (67 Prozent) kommuniziert seine Compliance-Grundsätze und -Maßnahmen dauerhaft über das Intranet. Des Weiteren wird das Intranet von 33 Prozent der Befragten bedarfsweise zur Kommunikation von Compliance-Grundsätzen genutzt. Bei Neueinstellungen ist hingegen die Compliance-Richtlinie das beliebteste Instrument.

Das Berichtswesen im Hinblick auf Compliance verfolgt noch keine feste Routine. Nahezu ein Viertel der Vorstände erhält Berichte zu den einzelnen Compliance-Elementen bedarfsweise. Auch an den Aufsichtsrat wird nur bedarfsweise berichtet. Außerdem erhält der Aufsichtsrat jährliche Berichte in ca. 25 Prozent der befragten Krankenhäuser.

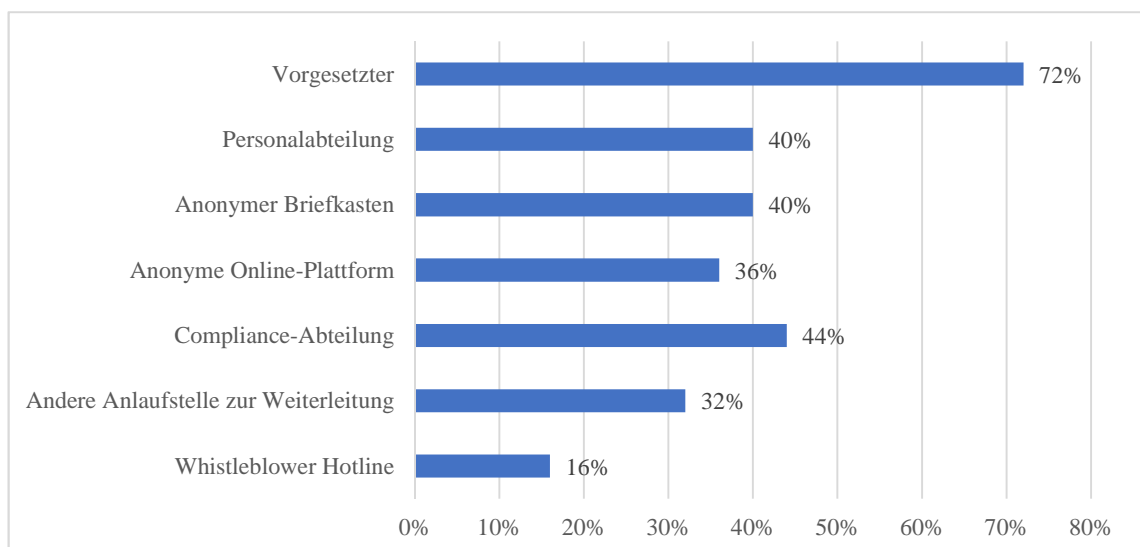


Abbildung 25: Möglichkeiten der Kommunikation bei Compliance-Verstößen⁵²

⁵¹ n= 10

⁵² n= 25

Überraschend ist, dass 72 Prozent der Kliniken die Kommunikation von Compliance-Verstößen über den Vorgesetzten und 40 Prozent über die Personalabteilung anbieten. In der Regel sollte die Kommunikation von Compliance-Verstößen auf anonymem Wege erfolgen, damit der Informant keine Repressalien erwarten muss. Daher hätte vermutet werden können, dass der anonyme Briefkasten oder die anonyme Online-Plattform von mehr Krankenhäuser genutzt wird. Die Whistleblower-Hotline spielt mit 16 Prozent bisher keine ausgeprägte Rolle, obwohl hier die Anonymität gewahrt bleibt (siehe hierzu Abbildung 25 und 26).

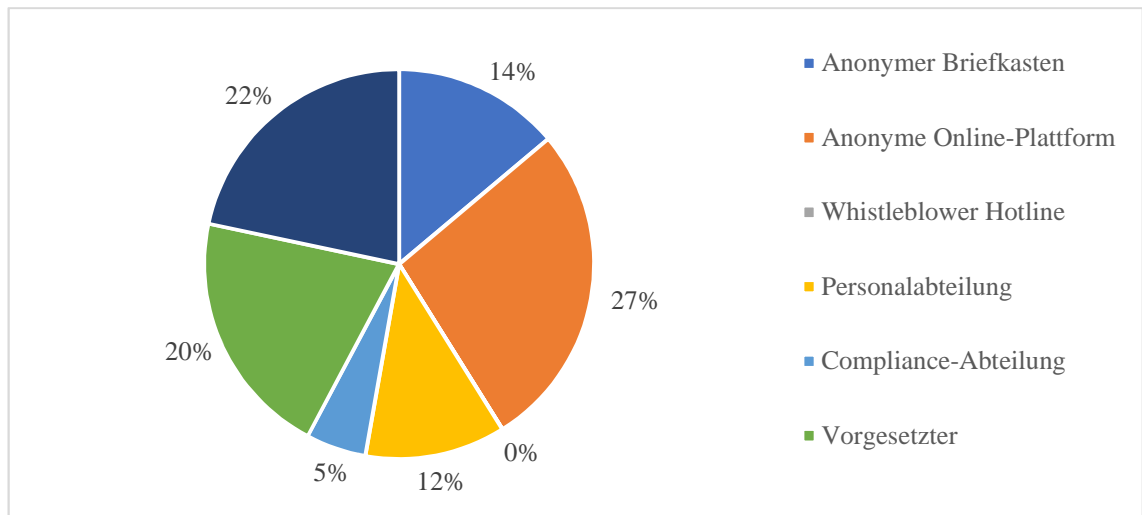


Abbildung 26: Priorisierung nach Nutzung der Kommunikationsmaßnahmen⁵³

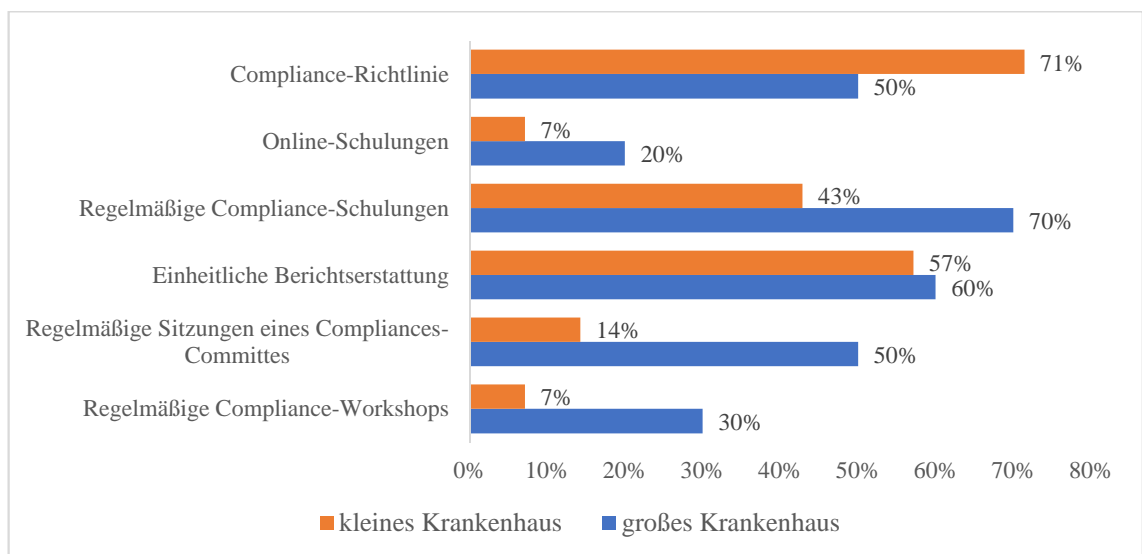


Abbildung 27: Kommunikationswege in kleinen und großen Krankenhäusern⁵⁴

Der Vergleich von großen und kleinen Krankenhäusern bezüglich der Compliance-Kommunikation wird in Abbildung 27 aufgezeigt. Die Abbildung verdeutlicht, dass überwiegend die großen Krankenhäuser planen, die Kommunikationswege in den kommenden ein bis zwei

⁵³ n=25

⁵⁴ kleine Krankenhäuser n=14
große Krankenhäuser n=10

Jahren auszubauen und neue einzuführen. Fraglich ist, ob mehr Kommunikationswege auch besser sind. Daher müsste eruiert werden, welches die besten Kommunikationswege sind.

3.2.7 Compliance-Überwachung und -Verbesserung

Bei der Betrachtung, in welchen Zeiträumen das CMS geprüft wird, überwiegen die Antworten „Bedarfsweise“ (25 Prozent) und „Jährlich“ (ebenfalls 25 Prozent). Auffällig ist, dass nur zehn Prozent der Probanden ihr CMS regelmäßig überprüfen. Hier hätte ein höherer Wert vermutet werden können.

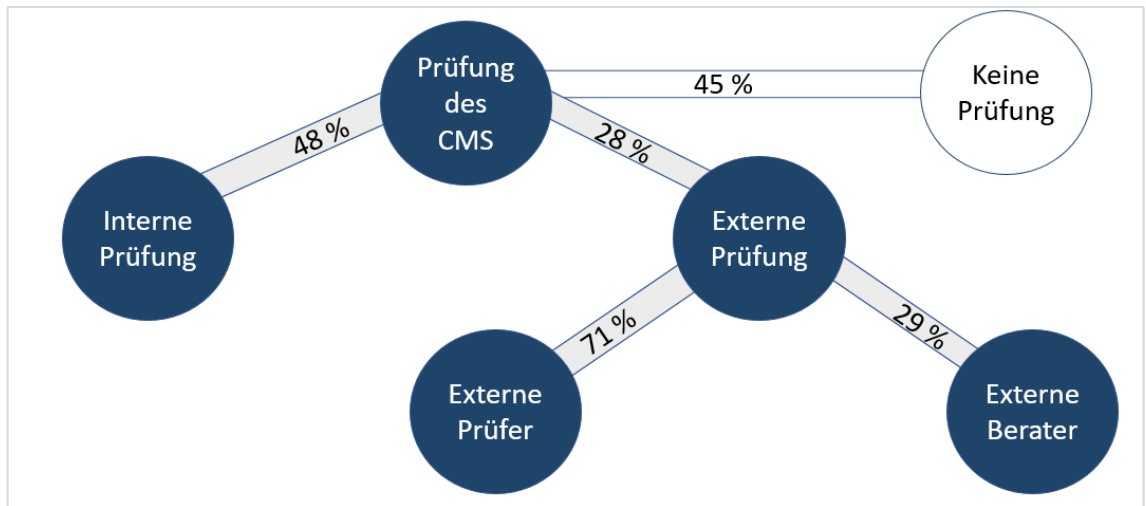


Abbildung 28: Prüfungen des CMS⁵⁵

Die Abbildung 28 zeigt, ob das CMS extern oder intern geprüft wird. 45 Prozent der Krankenhäuser führen gar keine Prüfung durch. Von den 48 Prozent der Krankenhäuser, die eine interne Prüfung durchführen, führen 50 Prozent ausschließlich interne Prüfungen durch und ziehen keine externen Prüfer zu rate. Dieses Ergebnis überrascht, da Compliance für viele Krankenhäuser ein neues Themengebiet darstellt und man aus diesem Grund eventuell auf externe Expertise angewiesen ist.

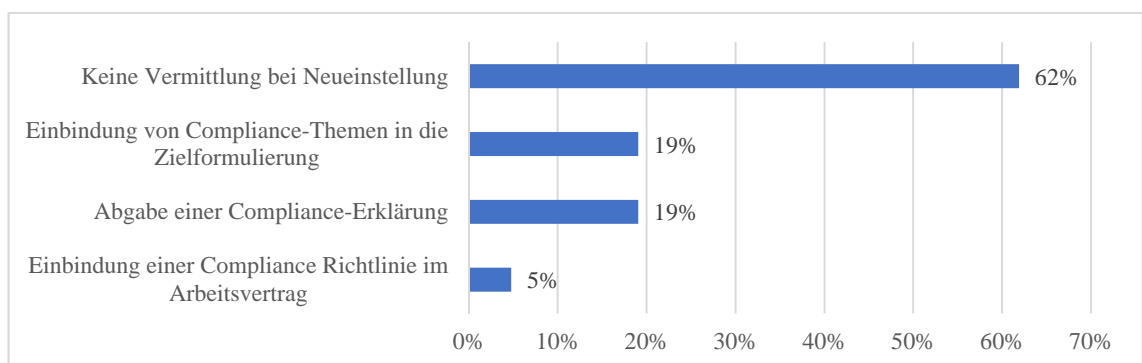


Abbildung 29: Vermittlung von Compliance bei Neueinstellung⁵⁶

⁵⁵ n=15

⁵⁶ n=21

Die Abbildung 29 zeigt, dass bei Neueinstellungen in 62 Prozent der Krankenhäuser keine Vermittlung des Themas Compliance stattfindet. Hier wird die Chance wenig genutzt, direkt bei der Einstellung die Bedeutung von compliance-konformem Verhalten zu verdeutlichen. Die Einbindung von Compliance-Themen in die Zielvereinbarung nutzen 19 Prozent der Kliniken. Genauso viele Kliniken fordern die Abgabe einer Compliance-Erklärung. Der Einbindung einer Compliance-Richtlinie kommt eine untergeordnete Rolle zu.

4 Kritische Würdigung der Untersuchungsergebnisse

Die empirische Analyse hat diverse Ansatzpunkte zur strategischen, taktischen und operativen Verbesserung des CMS in deutschen Krankenhäusern ergeben. Die wesentlichen Optimierungsansätze werden im Folgenden dargestellt:

Eine kurzfristige Verbesserung ist lediglich hinsichtlich der operativen Ansätze möglich. Dazu gehören die Compliance-Kommunikation und die Compliance-Organisation. Diese beiden Grundelemente können mit verhältnismäßig geringem Aufwand innerhalb eines kurzen Zeitraums angepasst und verbessert werden. Die empirische Analyse hat bezüglich der Compliance-Kommunikation ergeben, dass die Meldung von Regelverstößen überwiegend über die Vorgesetzten oder die Personalabteilung erfolgt. Den Krankenhäusern ist zu empfehlen, beispielsweise eine Whistleblower-Hotline über einen externen Dienstleister oder eine anonyme Online-Plattform einzurichten, bei denen die Anonymität gewahrt und somit eine Meldung von Regelverstößen unterstützt wird. Darüber hinaus konnte festgestellt werden, dass noch kein standardisierter Prozess bezüglich des Berichtswesens in deutsche Krankenhäusern etabliert ist. Auch diesbezüglich besteht Handlungsbedarf. Es ist empfehlenswert, dass in regelmäßigen Zeitabständen Berichte erstellt werden, um auf Basis dessen entsprechende Maßnahmen ableiten zu können. Bei der Compliance-Organisation war auffällig, dass bei über 50 Prozent der teilnehmenden Krankenhäuser die Compliance-Funktion bei der Geschäftsführung angesiedelt ist. Lediglich 33 Prozent haben eine eigenständige Compliance-Stabstelle eingerichtet. Eine eigenständige Compliance-Abteilung haben sogar nur acht Prozent der befragten Krankenhäuser. Aufgrund der hohen Bedeutung dieser Thematik und der Komplexität ist es sinnvoll, eine Stelle zu schaffen, die sich ausschließlich mit dem CMS beschäftigt. Zum einen signalisiert es allen Beteiligten die Wichtigkeit und zum anderen wird die Wirksamkeit dadurch gefördert.

Die Compliance-Ziele, Compliance-Risiken und das Compliance-Programm sind etwas komplexer und umfangreicher als die operativen Ansätze und stellen einen taktischen Ansatz dar. Aus diesem Grund ist eine Verbesserung nur mittelfristig möglich. Die Studie hat ergeben, dass sich die Compliance-Ziele in der Regel sowohl an das Management als auch an die gesamte Belegschaft richten, jedoch findet eine Messung der Ziele häufig nicht statt. Es besteht also ein deutlicher Handlungsbedarf dahingehend, dass sinnvolle und messbare Ziele formuliert und auch gemessen werden. Zudem ist es wichtig, die Ziele sowie die Zielerreichung entsprechend zu kommunizieren. Hinsichtlich der Compliance-Risiken fehlt es derzeit an einer regelmäßigen

Risikoanalyse. Aufgrund des hohen Risikopotentials in Krankenhäusern sollte jedoch eine standardisierte und regelmäßige Analyse der Risiken erfolgen. Im Rahmen des Compliance-Programms war auffällig, dass Compliance von vielen Krankenhäusern als neue Thematik empfunden wird und daraus Umsetzungsbarrieren resultieren. Es ist also empfehlenswert, einen externen Berater hinzuzuziehen, der zunächst bei der Implementierung des CMS unterstützt und das erforderliche Know-how vermittelt.

Zu den strategischen Ansätzen zählen die Compliance-Kultur und die Compliance-Überwachung und -Verbesserung. Eine Optimierung kann bei diesen Grundelementen nur im Rahmen eines langfristig angesetzten Prozesses erfolgen. Die Voraussetzung für die Entwicklung einer Compliance-Kultur ist ein ausgeprägtes CMS. Folglich müssen die anderen Compliance-Grundelemente zunächst implementiert und wirksam sein, damit sich die entsprechenden Werte und Normen in der Belegschaft verankern können und eine Kultur sich darauf aufbauend etablieren kann. Im Rahmen der Compliance-Überwachung und -Verbesserung spielt die Prüfung des CMS eine bedeutende Rolle. Jedoch haben im Rahmen der Studie rund die Hälfte der Krankenhäuser angegeben, dass die Prüfung intern stattfindet. Aufgrund der Tatsache, dass die Mehrheit der befragten Krankenhäuser Compliance als neue Thematik empfindet und somit noch Unsicherheit diesbezüglich besteht, ist es ratsam, einen externen Prüfer hinzuzuziehen.

5 Fazit und Ausblick

Die empirische Analyse hat ergeben, dass trotz der herausgestellten Relevanz des Themas Compliance die Implementierung eines Compliance-Management-Systems in deutschen Krankenhäusern erst in Grundzügen vorhanden ist. Die Bedeutung ist den teilnehmenden Krankenhäusern zwar bewusst und auch ihren Einschätzungen nach wird diese in der Zukunft deutlich zunehmen, jedoch wurde bisher kein Fokus auf die Einführung eines CMS gelegt. Dies wird auch dadurch bestätigt, dass die Mehrheit der Krankenhäuser die Thematik als neu empfindet, was demnach eine Umsetzungsbarriere darstellt. Compliance wird in Deutschland im Allgemeinen seit den 1990er Jahren verstärkt Aufmerksamkeit geschenkt (Vgl. Kapitel 2.2), so dass es verwunderlich ist, dass sich die deutschen Krankenhäuser bisher nicht umfangreicher mit der Thematik auseinandergesetzt haben und die Umsetzung eines CMS noch nicht ausgeprägter ist. Insbesondere im Hinblick auf die gesetzlichen Änderungen und die Rechtsprechung in den vergangenen Jahren sind die Krankenhäuser nunmehr gezwungen, den Fokus vermehrt auf die Einrichtung eines CMS zu legen und die Umsetzung voranzutreiben. Folglich war zu erwarten, dass die gesetzlichen Anforderungen von allen teilnehmenden Krankenhäusern als wesentlicher Grund für die Auseinandersetzung mit der Thematik genannt wurden. Aufgrund dessen, dass sich das CMS noch im Aufbau befindet, konnte sich noch keine Compliance-Kultur entwickeln. Bisher spielt die Geschäftsführung eine zentrale Rolle beim Thema Compliance in Krankenhäusern, so dass die entsprechenden Werte und Normen von den Mitarbeitern erst noch verinnerlicht werden müssen. Infolge dessen kann sich erst eine entsprechende Compliance-

Kultur etablieren und die Thematik somit bei allen Beteiligten weiterhin in den Fokus rücken. Für ein funktionierendes CMS ist darüber hinaus die Compliance-Kommunikation ein wichtiger Bestandteil. Diese erfolgt laut Angaben der Krankenhäuser überwiegend über den Vorgesetzten und die Personalabteilung. Eine Whistleblower-Hotline über einen externen Dienstleister ist in den seltensten Fällen vorhanden. Eigens für Compliance-Themen eingerichtete Kommunikationswege können jedoch ausschlaggebend sein, so dass die Anonymität der Informanten gewahrt wird und diese sich nicht daran gehindert fühlen, entsprechende Regelverstöße zu melden. In diesem Zusammenhang hat auch die deutsche Rechtsprechung betont, dass es nicht ausreicht, eine Compliance-Funktion einzurichten, sondern dass auch die Wirksamkeit gewährleistet sein muss. Die reine Existenz eines CMS schützt die Geschäftsführung demnach nicht vor der Haftung. Die vorliegende Studie hat wesentlich dazu beigetragen, den Status quo des Compliance-Management in deutschen Krankenhäusern beurteilen zu können. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass nunmehr auch die Krankenhäuser den Fokus auf die Einführung eines CMS gesetzt haben, da die Bedeutung des Themas Compliance zunehmend steigt. Die Umsetzung befindet sich jedoch noch in der Anfangsphase und folglich haben die deutschen Krankenhäuser noch deutlichen Handlungsbedarf bei der Ausgestaltung des CMS. National sowie international besteht eine große Forschungslücke, so dass weiterhin noch Forschungsbedarf besteht. Beispielsweise wären Experteninterviews aufbauend auf der vorliegenden Studie denkbar, die durch detailliertere Befragung zu weitergehenden Erkenntnissen führen können. Darüber hinaus wäre eine Wiederholung dieser Studie nach Ablauf eines gewissen Zeitraums interessant, um im Rahmen dessen Aussagen bezüglich der Veränderungen im Zeitverlauf treffen zu können.

Anhang

Übersicht der Studien zu Compliance:

Studie	Grundgesamtheit	Design	Forschungsthematik
Deloitte & Compliance Week (2015)	364 Compliance-Führungskräfte aus der ganzen Welt, sowohl große als auch kleine Organisationen	Umfrage bestehend aus 35 Fragen	Wie können Compliance-Funktionen die Risiken, die mit steigenden Anforderungen der Stakeholder einhergehen, effizient und effektiv bewältigen?
EY (2016)	X-Unternehmen aus Deutschland, Österreich, Schweiz; ausgewählter Teilnehmerkreis mit fundierten Erfahrungen in der Implementierung eines CMS	Fragebogen im Oktober und November 2015 Erhebung des Ist-Zustandes des in anonymisierter Form	Selbstevaluierung und Beurteilung der Wirksamkeit des unternehmenseigenen CMS.

Studie	Grundgesamtheit	Design	Forschungsthematik
Healthicity (2017)	1.200 Codierung-, Auditing-, Compliance- und Healthcare – Führungskräfte	Umfrage bestehend aus 50 Fragen	Verständnis schaffen, wie medizinische Fachkräfte und Organisationen ihr Compliance- und Auditprogramm organisieren.
PwC (2015)	1.102 Führungskräfte mit Zuständigkeit für Compliance (CCOs, Chief Risk Officers, Chief Legal Counsel, Chief Audit) aus 23 Branchen – Umsatz von \$500 Millionen bis \$25 Milliarden	Umfrage von Februar bis März 2015	(1) Wie haben die Organisationen ihre Compliance-Funktionen entwickelt? (2) Wie positionieren sich Organisationen für die Zukunft? (3) Wie wird mit steigenden Anforderungen zahlreicher Stakeholder umgegangen?
PwC (2013)	36 Unternehmen der Pharmaindustrie in Deutschland + 50 weitere Unternehmen der Pharmaindustrie in Deutschland	Telefoninterviews von Mitte Mai bis Mitte Juli 2011 Ende Februar 2013	Einschätzung bzgl. Korruptionsrisiken und einer rechtspolitischen Bewertung

Studie	Grundgesamtheit	Design	Forschungsthematik
PwC (2010)	500 Unternehmen aus Deutschland, teilweise international aufgestellt	Telefoninterviews von April bis Mai 2009	Kriminalprävention und –aufklärung
Shah, N. et. al. (2015)	Mitarbeiter der National Health Service hospital group in London, England	Interviews zwischen Dezember 2010 und Juli 2011	Identifizierung von Verhaltensweisen, die non-compliance fördern bzw. begünstigen.

Literaturverzeichnis

ATTESLANDER (2010)

Atteslander, P.: Methoden der empirischen Sozialforschung. 13. Aufl., 2010. Berlin: Erich Schmidt Verlag.

BACKHAUS/ERICHSON/PLINKE/WEIBER (2016)

Backhaus, K./Erichson, B./Plinke, W./Weiber, R.: Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung. 14. Aufl., 2016. Berlin: Springer Gabler.

BARTELS/WÜLFING/OHLEN (2013)

Bartels, C., Wülfig, T., Ohlen, C.: *Corporate Governance und Compliance im Krankenhaus*. In: Debatin, J.F., Ekkernkamp, A., Schulte, B., Tecklenburg, A. (Hrsg.): *Krankenhausmanagement – Strategien, Konzepte, Methoden*. 2013. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

BEREKOVEN/ECKERT/ELLENRIEDER (2004)

Berekoven L./Eckert, W./Ellenrieder, P.: Marktforschung. Methodische Grundlagen und praktische Anwendung. 10. Aufl., 2004. Wiesbaden: Gabler.

BORTZ/DÖRING (2006)

Bortz, J./Döring, N.: Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. 4. Aufl., 2006. Berlin: Springer.

DANN/KUSNIK (2016)

Dann, M./Kusink, K.: *Compliance im Krankenhaus – Geschäftsführung und Führungskräfte im Zugzwang*. 2016. Klinik – Wissen – Managen.

DEUTSCHER BUNDESTAG (2014)

Deutscher Bundestag – Wissenschaftliche Dienste: *Krankenhäuser in privater Trägerschaft – Rechtsgrundlagen, verfassungsrechtliche Vorgaben und Finanzierung*. 2014.

ERNST & YOUNG GMBH WIRTSCHAFTSPRÜFUNGSGESELLSCHAFT (2013)

Ernst & Young: *Compliance – Compliance-Management-Systeme in Krankenhäusern*. 2013. Healthcare News – Aktuelles aus dem Gesundheitswesen, Ausgabe 2.

HEIN (2016)

Hein, R.: *Erfolg im Compliance Management. Konfliktfelder erkennen und bewältigen: Arbeits- und organisationspsychologische Anregungen*. 2016. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

HEYBROCK (2012)

Heybrock, H.: *Praxisratgeber Compliance. Compliance Managementsysteme in Funktionsbereichen des Unternehmens*. 2012. München und Mering: Rainer Hampp Verlag.

HOMBERG/HEIMBÜRGER (2015)

Homberg, P./Heimbürger, J.: Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen. In: Zeitschrift Risk, Fraud & Compliance (ZRFC), Jg. 10, H. 3, S. 132-134.

INSTITUT DER WIRTSCHAFTSPRÜFER (2011)

Institut der Wirtschaftsprüfer: *IDW Prüfungsstandard: Grundsätze ordnungsmäßiger Prüfung von Compliance Management Systemen (IDW PS 980)*. 2011. Düsseldorf: IDW Verlag GmbH.

ROTH (2009)

Roth, Monika: Compliance – Konzept und Umsetzung. Eine Standortbestimmung. In: Zeitschrift Risk, Fraud & Compliance (ZRFC), Jg. 4, H. 1, S. 5-10.

SCHUSTER/RAPP (2016)

Schuster, J./Rapp, B.: *Innerbetriebliche Compliance-Organisation*. 2016. In: Schmola, G., Rapp, B. (Hrsg.): *Compliance, Governance und Risikomanagement im Krankenhaus*. 2016. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

WEBER (2016)

Weber, B.: *Rechtliche Herausforderungen durch Compliance*. In: Schmola, G., Rapp, B. (Hrsg.): *Compliance, Governance und Risikomanagement im Krankenhaus*. 2016. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Internetadressenverzeichnis

BLASIUS/WOLF/LANWERT (2007)

Blasius, T./Wolf, H./Lanwert, H.: Die Siemens-Schmiergeld-Affäre. 22.05.2007.
http://www.presse.augusta-bochum.de/aka_2007/mai07/070522_waz_organ.pdf.
(abgerufen am 27.06.2017).

BRÄUTIGAM/PERINA (1994)

Bräutigam, H./Perina, U.: Kuhhandel im OP. Herzklappenskandal: Ärzte und Industrie sollen die Krankenkassen um Millionen geprellt haben. Im Gesundheitswesen ist ein teurer grauer Markt entstanden. 03.06.1994. <http://www.zeit.de/1994/23/kuhhandel-im-op>. (abgerufen am 27.06.2017).

BUNDESZENTRALE FÜR POLITISCHE BILDUNG (2017)

Bundeszentrale für politische Bildung: *Demographischer Wandel*.
<http://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/147368/themengrafik-demografischer-wandel> (abgerufen am 15.06.2017).

ERNST & YOUNG GMBH WIRTSCHAFTSPRÜFUNGSGESELLSCHAFT (2016)

Ernst & Young GmbH: *Existing Practice in Compliance 2016*.
[http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/ey-existing-practice-in-compliance-2016-survey/\\$FILE/ey-existing-practice-in-compliance-2016-survey.pdf](http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/ey-existing-practice-in-compliance-2016-survey/$FILE/ey-existing-practice-in-compliance-2016-survey.pdf) (abgerufen am 15.06.2017).

ERNST & YOUNG LLP (2015)

Ernst & Young LLP: *ISO 19600 – International standard für compliance management*. 2015. [http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/EY-iso-19600-international-standard-for-compliance-management/\\$FILE/EY-iso-19600-international-standard-for-compliance-management.pdf](http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/EY-iso-19600-international-standard-for-compliance-management/$FILE/EY-iso-19600-international-standard-for-compliance-management.pdf) (abgerufen am 24.06.2017).

HACK (2009)

Hack, J.: Die Siemens-Schmiergeld-Affäre. 20.04.2007.
<http://www.stern.de/wirtschaft/news/chronik-die-siemens-schmiergeld-affaere-3364342.html>. (abgerufen am 27.06.2017).

JÄKEL

Jäkel, I.: Der Verfasser des Urteils, Helmut Krenek, im Interview. Zum Neubürger-Urteil. <http://www.compliance-manager.net/fachartikel/zum-neubuerger-urteil-022015>. (abgerufen am 27.06.2017).

REGIERUNGSKOMMISSION DEUTSCHER CORPORATE GOVERNANCE

KODEX (2017)

Regierungskommission Deutscher Corporate Governance Kodex: *Deutsche Corporate Governance Kodex*. Frankfurt am Main.

http://www.dcgk.de/files/dcgk/usercontent/de/download/kodex/170424_Kodex_finale_Version_D.pdf (abgerufen am 14.06.2017).

ROTH/UTLER (2012)

Roth, A./Utler, S.: Organspendeskandal in Göttingen. 20.04.2007.

<http://www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/organspende-skandal-an-uniklinik-goettingen-arzt-soll-akten-gefaelscht-haben-a-845496.html>. (abgerufen am 27.06.2017).