



FACHHOCHSCHULE KIEL  
University of Applied Sciences

# Compliance Risiken in deutschen Krankenhäusern 2017

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

Lehrfach: Forschungsprojekt (Sommersemester 2017)

Autoren  
Sina Brauer  
Kerstin Daum  
Julia Kamp  
Anna-Lena Rick

## **Inhaltsverzeichnis**

Inhaltsverzeichnis .....	0
Abbildungsverzeichnis.....	2
Abkürzungsverzeichnis.....	3
Einleitung.....	4
Management Summary .....	7
1 Compliance und Compliance-Risiken .....	7
2 Besonderheiten der Compliance-Risiken in deutschen Krankenhäusern.....	14
2.1 Besondere Anforderungen und gesetzliche Vorschriften.....	14
2.2 Prozessmodell .....	15
2.3 Aufbau der Studie .....	18
3 Empirische Analyse der Compliance-Risiken in deutschen Krankenhäusern .....	20
3.1 Untersuchungsschwerpunkte.....	20
3.1.1 Allgemeine Compliance-Risiken .....	20
3.1.2 Compliance-Risiken in den Führungsprozessen .....	21
3.1.3 Compliance-Risiken in den Kernprozessen .....	26
3.1.4 Compliance-Risiken in den Unterstützungsprozessen.....	29
4 Optimierungsansätze / oder Ergebnisse für die Erfassung und das Management von Compliance-Risiken in deutschen Krankenhäusern .....	39
4.1 Optimierung der Führungsprozesse .....	39
4.2 Optimierung der Kernprozesse .....	40
4.3 Optimierung der Unterstützungsprozesse .....	41
5 Fazit .....	43
Literaturverzeichnis .....	46
Anhang.....	49

## Abbildungsverzeichnis

Abb.: 1 Teilnehmer der Studie nach Trägerschaft .....	5
Abb.: 2 Teilnehmer der Studie nach Plan-Betten .....	5
Abb.: 3 Gesamtprozessmodell .....	15
Abb.: 4 Priorisierung der Integration von Krankenhausbereichen nach der Erhebung von Compliance-Risiken .....	20
Abb.: 5 Verfahren zur Steuerung 1 .....	21
Abb.: 6 Dominierende Compliance-Risiken im Personalmanagement.....	22
Abb.: 7 Thema Compliance im Einstellungsprozess .....	23
Abb.: 8 Aushändigung der Compliance-Richtlinien mit folgenden Inhalten .....	23
Abb.: 9 Effektives Management: Zielvereinbarungen haben Compliance-Risiken zum Inhalt, .....	24
Abb.: 10 Bereiche, die mit Richtlinien/ Handbüchern ausgestattet .....	25
Abb.: 11 Dokumentation der Geschäftsprozesse .....	26
Abb.: 12 Marketing Priorisierung der Gesetze in Bezug auf Relevanz .....	27
Abb.: 13 Relevante Risiken durch medizinisches Personal .....	28
Abb.: 14 Präventive Maßnahmen zur korrekten Medikamentenvergabe .....	29
Abb.: 15 Kommunikationswege zur Kommunikation von Hygienevorschriften .....	30
Abb.: 16 Qualifikation des Hygienebeauftragten .....	31
Abb.: 17 Gründe für Dokumentationsfehler .....	31
Abb.: 18 Verantwortlichkeiten für Kodierung.....	32
Abb.: 19 Schwierigkeiten bei der Kodierung .....	33
Abb.: 20 Qualitätssicherung im Rechnungswesen zur Einhaltung der Grundsätze ordnungsmäßiger Buchhaltung .....	34
Abb.: 21 Maßnahmen im Umgang mit personenbezogenen Daten .....	35
Abb.: 22 Sicherstellung Datensicherheit.....	36
Abb.: 23 Bestechlichkeit im Einkauf erkennen und verhindern durch .....	37
Abb.: 24 Gesamteinschätzung von kleinen Krankenhäusern in Bezug auf die derzeitige und zukünftige Bedeutung von Compliance-Risiken.....	42
Abb.: 25 Gesamteinschätzung von großen Krankenhäusern in Bezug auf die derzeitige und zukünftige Bedeutung von Compliance-Risiken.....	43

## Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
AktG	Aktiengesetz
BGB	Bundesgesetzbuch
bzw.	beziehungsweise
CIRS	Critical Incident Reporting System (Berichtssystem für sicherheitsrelevante Ereignisse im Krankenhaus)
etc.	et cetera
GmbHG	Gesetz betreffend die Gesellschaften mit beschränkter Haftung
HGB	Handelsgesetzbuch
HWG	Heilmittelwerbegesetz
IT	Informationstechnologie
KWG	Kreditwesengesetz
MBO-Ä	(Muster-) Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte
s.	siehe
S.	Seite
sog.	sogenannt
teilw.	Teilweise
TMG	Telemediengesetz
UrhG	Gesetz über Urheberrecht und verwandte Schutzrechte
UWG	Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb
VAG	Versicherungsaufsichtsgesetz
v. a.	vor allem
vgl.	vergleiche
WpHG	Wertpapierhandelsgesetz
z. B.	zum Beispiel
zit. n.	zitiert nach

## **Einleitung**

Das Thema Compliance in Krankenhäusern gewinnt zunehmend an Bedeutung. Daneben hat die Einführung des Gesetzes zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen am 04. Juni 2016 das Bewusstsein der Krankenhausleitungen für diese Thematik weiter geschärft. Analog zu den klassischen Wirtschaftsunternehmen haften in den Krankenhäusern die Geschäftsführer bzw. Vorstände für die Einhaltung der gesetzlichen Richtlinien und der internen Vorgaben. Corporate Compliance ist hierfür ein hilfreiches Instrument, um für den Krisen- und Haftungsfall Geschäftsabläufe zu dokumentieren, und das auf strukturierter Basis.<sup>1</sup> Eine lückenlose Transparenz der Geschäftsabläufe, wie sie durch Corporate Compliance erreicht werden kann, ist somit ein hehres Ziel, das zivil- und strafrechtliche Verfolgung nicht verhindern, zumindest aber abschwächen kann. Ein funktionsfähiges Compliance-Management-System und eine umfassende Erfassung und Steuerung der Compliance-Risiken sind somit von zentraler Bedeutung und haben im Fall eines Prozesses eine wichtige Dokumentationsfunktion. Da Compliance die Einhaltung und Transparenz sämtlicher Richtlinien und Geschäftsprozesse umfasst, bezieht sich Compliance übergreifend auf alle Abteilungen (anstatt nur auf den Bereich Recht oder Qualitätsmanagement), sodass systematisch auf allen Ebenen Compliance-Risiken relevante Themen erfasst werden müssen. Aufgrund dessen basiert die vorliegende Studie auf einem Gesamtprozessmodell für Krankenhäuser, das nachfolgend erläutert wird.

Zielsetzung der Studie ist es, den Umsetzungsstand des Compliance-Managements bzgl. der wichtigsten Compliance-Risiken in zehn bedeutsamen Hauptprozessen von Krankenhäusern zu analysieren und eine Erweiterung der quantitativen Datenbasis zu den (bisher) qualitativen Untersuchungen zu erlangen<sup>2</sup>.

### **Im Speziellen lauteten die Forschungsfragen:**

1. Welche Unterschiede bestehen zwischen Krankenhäusern mit  $\leq 860$  Plan-Betten und Krankenhäusern mit  $> 860$  Plan-Betten im Umgang mit Compliance-Risiken in Krankenhäusern?
2. Welche Prozesse haben im Krankenhaus die derzeitig höchsten Bedeutungen und welche sind für die zukünftige Bedeutung von Relevanz?

### **Zur Überprüfung wurden folgende Hypothesen generiert:**

1. Je höher die Plan-Bettenanzahl in den Krankenhäusern ist, desto mehr werden Compliance-Risiken in den einzelnen Prozessen thematisiert.

---

<sup>1</sup> Vgl. Bartels u. a. (2013), S. 64

<sup>2</sup> Vgl. Behringer (2016); Dann (2015); Dieners/Besen (2010); Schmola/Rapp (2016)

2. Wenn Krankenhäuser einschätzen, ob Compliance-Risiken in den einzelnen Prozessen für sie von Bedeutung sind, dann wird der Bereich als bedeutend oder sehr bedeutend eingestuft. Darüber hinaus können die Krankenhäuser aussagen, in welchen Prozessen zukünftig eine stärkere Implementierung geplant ist.

Die Befragung richtete sich dafür an rund 500 deutsche Krankenhäuser sowie 34 Universitätskliniken mit mindestens 200 Betten oder mehr und wurde postalisch versendet. In der Trägerstruktur der teilnehmenden Krankenhäuser dominieren die Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung, gefolgt von Universitätskliniken und Krankenhäuser der Maximalversorgung, gefolgt von Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung.

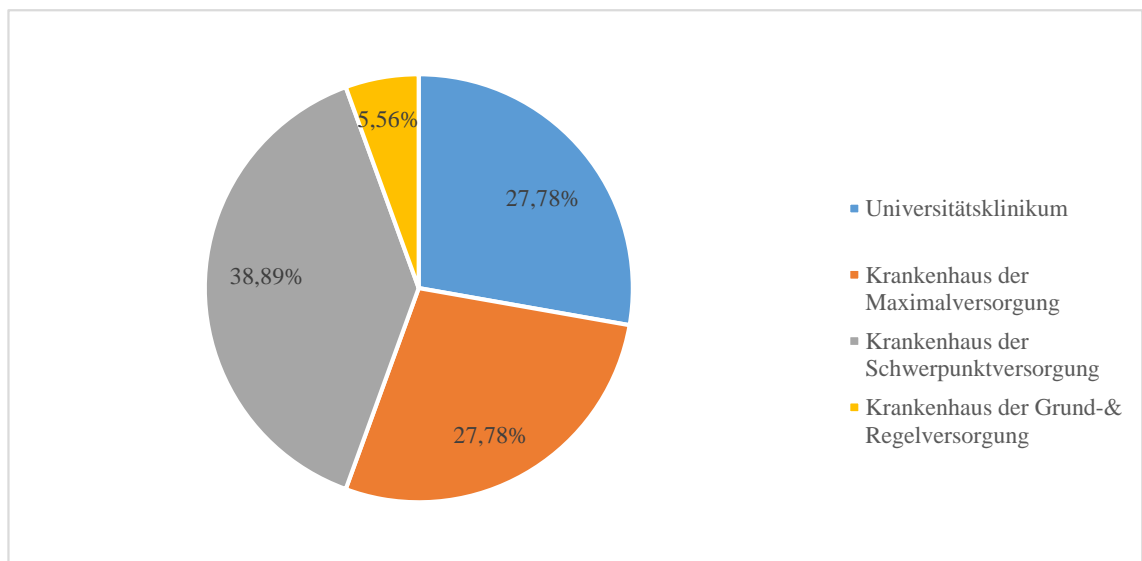


Abb.: 1 Teilnehmer der Studie nach Trägerschaft, n=19

Von den teilgenommenen Krankenhäusern verfügen 47% über weniger als 860 Plan-Betten, 53% über mehr als 860 Plan-Betten.

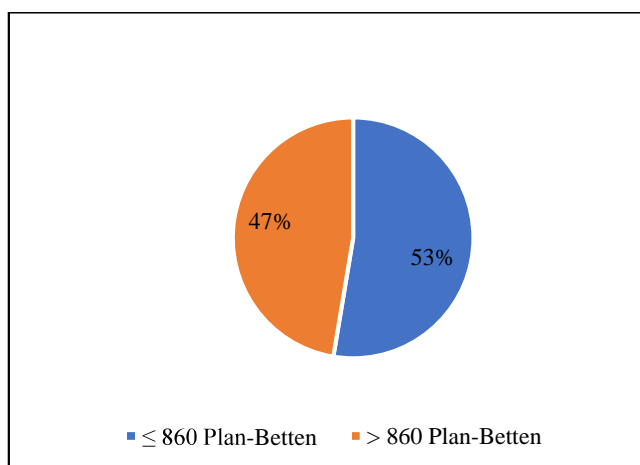


Abb.: 2 Teilnehmer der Studie nach Plan-Betten, n=19

Die durchschnittliche Anzahl der Plan-Betten ist bei den mittelgroßen-kleineren Krankenhäusern ( $\leq 860$  Plan-Betten) 729, bei den großen Krankenhäusern (mit  $>$  als 860 Plan-Betten) beträgt der Durchschnitt gerundet 1336 Betten.

Die Rücklaufquote betrug 3,56%, das entspricht 19 Fragebögen. Die Untersuchungsergebnisse sind damit nur bedingt repräsentativ und eine weitergehende Analyse der Unterschiede im Management der Compliance-Risiken nach Träger war demzufolge nicht möglich. Das verwendete Untersuchungsmodell ist eine empirisch quantitative Primärstudie, die anwendungsorientiert ist und den aktuellen Stand in den Krankenhäusern zu Compliance-Risiken beleuchtet<sup>3</sup>. Die wissenschaftliche Leitung erfolgte durch Prof. Dr. Thomas Krolak (Institut für Controlling, Fachhochschule Kiel) als Fachexperten für das Thema Compliance. Das zugrunde gelegte Gesamtprozessmodell wurde mit Herrn Mark Zluhan als Branchenexperten von B-LUE Management Consulting GmbH diskutiert. Die Datenanalyse der Krankenhäuser erfolgte ausschließlich am Institut für Controlling der Fachhochschule Kiel. Aufbauend auf den anonymisierten Gesamtergebnissen erfolgte eine Diskussion mit B-LUE hinsichtlich der Optimierungsansätze des Managements der Compliance Risiken in den deutschen Krankenhäusern.

Alle nachfolgenden Abbildungen wurden selbst erstellt (auf den jeweiligen Quellenhinweis: „Eigene Darstellung“ kann somit im Folgenden verzichtet werden).

---

<sup>3</sup> Vgl. Döring/Bortz (2016)

## **Management Summary**

Durch gestiegene Anforderungen in verschiedenen Bereichen der Krankenhäuser hat die Bedeutung von Compliance in den letzten Jahren, sowie die gesetzlichen Anforderungen (genannt seien das Antikorruptionsgesetz §§ 299a, 299 b StGb), deutlich zugenommen. Für die Krankenhäuser gilt es somit den neuen Herausforderungen mit Hilfe der Einführung eines Compliance-Management-Systems zu begegnen. Um dieses erfolgreich zu implementieren bedarf es einer eingehenden Betrachtung der vorherrschenden Compliance-Risiken in Krankenhäusern. Die empirische Analyse hat das Ziel einen Beitrag zur Identifizierung der relevanten Compliance-Risiken für Krankenhäuser zu leisten. Auf Basis der Analyse werden folgende Schlussfolgerungen und Empfehlungen gegeben.

### **Allgemeine Risiken**

- Die mittelgroßen-kleineren Krankenhäuser geben hierbei mit einem durchschnittlichen Wert von 1,00 die Geschäftsführung/ Vorstand und die großen Krankenhäuser mit einem durchschnittlichen Wert von 1,00 den Compliance-Officer und die Rechtsabteilung in die Erhebung von Compliance-Risiken an.
- Auffällig zeigt sich der Bereich Qualitätsmanagement, der von den mittelgroßen-kleineren Krankenhäusern im Vergleich zu den großen Krankenhäusern (1,67) nur mit einem Wert von 2,10 bewertet wird.
- Der Bereich Controlling und Rechnungswesen sind relativ schwach eingebunden.

### **1. Planung und Steuerung/Geschäftsprozesse**

- Die mittelgroßen-kleineren Krankenhäuser nutzen das „Gegenstrom-Verfahren“ nahezu doppelt so häufig wie große Krankenhäuser.
- Große Krankenhäuser sollten ebenfalls das „Gegenstrom-Verfahren“ häufiger nutzen.
- Es ist eine zukünftige Professionalisierung des Risikomanagements erforderlich und Risiken sollten umfangreicher benannt und quantifiziert werden (nur 63,16% aller Krankenhäuser gehen danach vor)
- Die Errichtung einer zentralen Compliance Verantwortlichkeit im Rahmen klar strukturierter Geschäftsabläufe ist zu empfehlen.



## **2. Personalmanagement**

- Das Thema Compliance hat im Einstellungsprozess der größeren Krankenhäuser eine deutlich höhere Bedeutung (66,67%) als in mittelgroßen-kleinen Krankenhäusern (40%).
- In den großen Krankenhäusern werden deutlich mehr Inhalte in der Aushändigung der Richtlinien an die Mitarbeiter angegeben, als in den mittelgroßen-kleineren Krankenhäusern, die vier Inhalte für bisher als nicht relevant erklären.
- Im Sinne einer Compliance-Kultur sollte das Thema Compliance in Zielvereinbarungsgesprächen zukünftig aufgegriffen werden.

## **3. Qualitätsmanagement**

- In den Bereichen Hygienemanagement (100%), die medizinische Qualitätssicherung (94,74%) und das Einkaufsmanagement (63,16%) liegen in fast allen Krankenhäusern Richtlinien/Handbücher vor.
- Die Bereiche Investitionsplanung, Studien-/Forschungsmanagement und Umwelt-/Nachhaltigkeitsmanagement sind in den Krankenhäusern im Rahmen von Richtlinien/Handbüchern bisher kaum ausgestattet und noch ausbaufähig.
- Fast alle Krankenhäuser dokumentieren ihre Geschäftsprozesse entweder teilweise oder vollständig überwiegend gemäß ISO 9001 oder KTQ.

## **4. Marketing/PR**

- Für große Krankenhäuser haben die Marketing-Gesetze eine höhere Bedeutung als für mittelgroße-kleine Krankenhäuser.

## **5. Diagnostik/Behandlung**

- Große Krankenhäuser sind prozessualer aufgestellt als mittelgroß-kleinere Krankenhäuser. Dieses zeigt sich am Beispiel der Diagnostik/Behandlung, da die angewendeten Maßnahmen in mittelgroßen-kleineren Krankenhäusern manueller ablaufen.
- So wird die Vermeidung von Fehlern in der Medikamentenvergabe bei kleinen Krankenhäusern häufiger u.a. über das „4-Augen-Prinzip“, Etikettierungssysteme und die Verabreichung der Medikamente nur nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt sichergestellt.

- Hauptentstehungsquelle von Fehlern in diesem Bereich ist der Mangel an Informationsweitergabe.
- Es wird empfohlen eine „Feedback-Plattform“ zu schaffen, um eine Fehlerkultur aufzubauen.
- Es wird zudem empfohlen IT-gestützte Medikamentenvergabe einzuführen.

## **6. Hygienemanagement**

- Hygienevorschriften und –Ziele werden in großen und mittelgroßen-kleinen Krankenhäusern gleichermaßen kommuniziert.
- Alle Krankenhäuser nutzen vermehrt das „Intranet“. In großen Krankenhäusern werden verstärkt „E-Learning-Tools“ und das stationsinterne „schwarze Brett“ als Medium hinzugezogen.
- Große Krankenhäuser qualifizieren ihre Mitarbeiter stärker durch Zusatzausbildungen.
- Mittelgroße-kleine Krankenhäuser nutzen vermehrt Beratung durch externe Beratungsverträge mit Hygienikern.

## **7. Kodierung/Dokumentation**

- Kommunikationsdefizite und Ablenkung gefährden die Dokumentation.
- In großen Krankenhäusern sticht die zeitliche Belastung der Ärzte als Fehlerquelle für die korrekte Dokumentation hervor.
- Fast ein Viertel der großen Krankenhäuser haben eine rein ärztliche Verantwortlichkeit für Dokumentation und Kodierung ( $\leq 860$  Plan-Betten geben dies mit 0% an).
- In großen Krankenhäusern herrscht erhöhte Personalfluktuation. Dies stellt eine erhöhte Schwierigkeit für die Auswertung der Dokumentation/Kodierung dar.
- Es wird empfohlen Zeitkontingente für Ärzte zu Dokumentationszwecken einzurichten als auch IT Systeme verstärkt zu nutzen, die Zeit einsparen.

## **8. Rechnungswesen/Finanzen**

- Die Standardisierung hat für die Krankenhäuser in diesem Bereich eine hohe Bedeutung.
- Zukünftig sollten die Krankenhäuser die Digitalisierung auch in diesem Bereich einführen, um die Geschäftsprozesse zu optimieren und die Datenvalidität zu erhöhen.
- Die Verknüpfung der Finanz- und Lagerbuchhaltung sowie die unterjährige Inventur sind ausbaufähig.

## **9. Informationstechnologie**

- Aufgrund der Digitalisierung hat dieser Bereich eine hohe Bedeutung und ist ein Querschnittsthema für alle Bereiche. Eine gut aufgestellte IT-Abteilung kann helfen die Prozesse zu verbessern.
- Große Krankenhäuser verfügen über einen eigenen IT-Sicherheitsbeauftragten.
- Mittelgroße-kleinere Krankenhäuser bieten verstärkt Schulungen zum Zweck der Datensicherheit an, außerdem ist dieses verstärkt ein Prüffeld der internen Revision im Unterschied zu großen Krankenhäusern.

## **10. Materialwirtschaft**

- Das „4-Augen-Prinzip“, klare Dienstanweisungen und regelmäßige Ausschreibungen haben einen hohen Stellenwert um der Bestechlichkeit präventiv zu begegnen.
- Eine Lieferantenbewertung wird bei den Krankenhäusern überwiegend bedarfsweise durchgeführt, sollte aber regelmäßig erfolgen.

## 1 Compliance und Compliance-Risiken

Compliance ist aus dem Englischen von „to comply with“ abgeleitet und kann mit „übereinstimmen mit, etwas entsprechen“.<sup>4</sup> Der Begriff ist in der Literatur nicht einheitlich definiert. Er wurde aus der angelsächsischen Rechtsterminologie in das deutsche Wirtschaftsrecht übernommen und steht für „Einhaltung, Befolgung, Übereinstimmung, Einhaltung bestimmter Gebote“. Das bedeutet, dass sich die Unternehmen und ihre Organe zunächst nur im Einklang mit dem geltenden Recht bewegen müssen.

Seit 2007 formuliert der Deutsche Corporate Governance Kodex wie in 4.1.3. beschrieben eine Art Legaldefinition für Compliance: „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)“<sup>5</sup>. Das heißt, dass Compliance sich nicht nur auf gesetzliche Bestimmungen beschränkt, sondern auch die unternehmensinternen Regelwerke mit einbezieht. Die Unternehmen haben abhängig von der aktuellen Ausgangslage, dem Geschäftsgegenstand und –Umfeld unterschiedliche Anforderungen und es muss eine individuelle Herangehensweise gefunden werden. Es werden drei Ebenen Compliance relevanter Regelungen unterschieden: die Einhaltung von Recht und Gesetz, die Einhaltung organisationsinterner Normen und die Einhaltung von ethischen Richtlinien und Werten. Die Identifizierung und Bewertung des relevanten Rechtsrahmens sowie möglicher Änderungen und die Bewertung der Risiken bei Nichteinhaltung der rechtlichen Vorgaben ist die Aufgabe von Compliance.<sup>6</sup> Die Übersetzung der Regelungen in den Unternehmensalltag, die Kommunikation und die Schulung der Mitarbeiter sowie die Veränderung zu regelkonformen Prozessen spielen eine wichtige Rolle.<sup>7</sup> Diese Aufgaben sind die Pflicht der Unternehmensleitung, die aber in der Umsetzung an einen entsprechend qualifizierten Compliance Officer delegiert werden kann.<sup>8</sup>

Abzugrenzen ist der Begriff Compliance von dem Begriff Corporate Governance, der mit „Unternehmensverfassung“ übersetzt werden kann und einen Ordnungsrahmen beinhaltet, der für die Leitung und die Überwachung eines Unternehmens steht.<sup>9</sup> Der Unterschied liegt vor allem in der Perspektive. Während Corporate Governance die Sichtweise der Regulierer prägt umschreibt Compliance den Blickwinkel der Regulierten.<sup>10</sup> Zudem zählt Compliance als wesentlicher Bestandteil zum Risikomanagement eines Unternehmens. Dieses umfasst alle organisatorischen

---

<sup>4</sup> Vgl. Weber B. in Schmola, G./Rapp, B. (2016), S. 4.

<sup>5</sup> Hauschka, C.E./Moosmayer, K./Lösler, T. (2011), S. 6.

<sup>6</sup> Vgl. Weber B. in Schmola, G./Rapp, B. (2016), S. 4.

<sup>7</sup> Vgl. Behringer (2016), S. 21.

<sup>8</sup> Vgl. Weber B. in Schmola, G./Rapp, B. (2016), S. 3.

<sup>9</sup> Vgl. Hauschka, C.E. / Moosmayer, K. / Lösler, T. (2011), S. 5.

<sup>10</sup> Vgl. Hauschka, C.E. / Moosmayer, K. / Lösler, T. (2011), S. 6.

Regelungen und Aktivitäten zur systematischen, regelmäßigen und unternehmensweiten Umsetzung des Risikomanagement-Prozesses sowie dessen Unterstützung durch geeignete Instrumente und Methoden.<sup>11</sup> In einer Vielzahl von Unternehmen ist auch ein Qualitätsmanagementsystem bereits verankert, so dass Compliance in diesem Bereich als eine zusätzliche sinnvolle Ergänzung betrachtet wird. Somit stellt sich Compliance auch als wesentlicher Bestandteil des Qualitätsmanagements dar.<sup>12</sup>

Die Einführung eines Compliance-Management-Systems im Unternehmen hat durch die Einführung des Prüfungsstandards PS 980 des Instituts der Wirtschaftsprüfer in Deutschland e.V. neue Bedeutung erlangt. Es strebt die Sicherstellung regelkonformen Verhaltens für eingeführte Maßnahmen an, auf Grundlage der von den gesetzlichen Vertretern festgelegten Ziele, und soll damit die Verhinderung von wesentlichen Verstößen gewährleisten. Die Konzeption eines Compliance-Management-Systems gem. IDW 980 umfasst die Festlegung von Compliance-Risiken als eine von insgesamt sieben Maßnahmen (Förderung einer „Compliance-Kultur“, die Erstellung eines „Compliance-Programms“, den Aufbau einer „Compliance-Organisation“, die Entwicklung eines Kommunikationsprozesses sowie Verfahren zur Überwachung und Verbesserung des „Compliance-Management-Systems“).<sup>13</sup> Der Aufbau eines Systems, das geeignet, angemessen und wirksam ist und die Einhaltung von Recht und Gesetz in einem Unternehmen sichert, ist eine Aufgabe, die sich über die gesamte Organisation erstreckt.<sup>14</sup>

Das Thema „Compliance“ wurde in Deutschland bereits durch einige Studien empirisch untersucht. Jedoch sind diese Studien generellen Charakters und beziehen sich oftmals auf „Compliance“ als solches in Unternehmen einer bestimmten Größenordnung oder aber es wird spezifisch ein einzelnes „Compliance-Risiko“ näher untersucht. Bisher wurden nur wenige Studien, die den Bereich Compliance“ in Krankenhäusern untersuchen, veröffentlicht. Zu diesen Studien zählen „Compliance im Klinikmarkt: Studie zum Stand und zur Entwicklung von Compliance-Strukturen in deutschen Krankenhäusern“ von Gehring, Schiller, Bosse und Kim-Reinartz und die Sonderanalyse zu Corporate Compliance, die im „Krankenhaus Rating Report 2015: Bad Bank für Krankenhäuser – Krankenhausausstieg vor der Tür?“ von Augurzy, Krolop, Hentschker, Pilny und Schmidt veröffentlicht wurde. Diese Studien nehmen kaum Bezug zu den „Compliance-Risiken“ in Krankenhäusern. Nähere Angaben zu den bereits veröffentlichten Studien befinden sich im Anhang.

Untersuchungen in deutschen Krankenhäusern, die sich speziell nur mit dem Grundbaustein „Compliance-Risiken“ (als einer der sieben aufgeführten Maßnahmen gemäß des IDW PS 980)

---

<sup>11</sup> Vgl. Vanini U. (2012), S. 20.

<sup>12</sup> Vgl. Schuster, J. / Rapp, B. in in Schmola, G. / Rapp, B. (2016), S. 53.

<sup>13</sup> Vgl. IDW PS 980 (2011), S. 3.

<sup>14</sup> Vgl. Weber B. in Schmola, G. / Rapp, B. (2016), S. 12.

beschäftigen, wurden bisher nicht veröffentlicht. So besteht trotz der bereits vorhandenen empirischen Untersuchungen zum Thema „Compliance“ in Krankenhäusern ein weiterer Forschungsbedarf. Aus diesem Grund soll die folgende Studie einen umfassenden Überblick über den aktuellen Stand von „Compliance-Risiken“ in deutschen Krankenhäusern geben. Dabei wird auch analysiert, ob große und mittelgroße-kleinere Krankenhäuser unterschiedlich mit „Compliance-Risiken“ umgehen.

## **2 Besonderheiten der Compliance-Risiken in deutschen Krankenhäusern**

Das Thema Compliance nimmt in der Krankenhauswirtschaft, ebenso wie in anderen Wirtschaftsunternehmen auch, eine immer bedeutendere Stellung ein. Im Unterschied zu klassischen Wirtschaftsunternehmen ist vor allem der Betriebszweck des Unternehmens „Krankenhaus“ von zentraler Bedeutung. Dieser stellt im Gesundheitswesen einen hochsensiblen Bereich dar, da hier die Gesundheit der Menschen im Mittelpunkt steht. Abgesehen von einigen Prozessbesonderheiten innerhalb des Systems Krankenhaus sind die Fehlerquellen dennoch vergleichsweise ähnlich gelagert wie in industriellen Hochrisikobereichen (z. B. Marketing, IT, Datenschutz, Geschäftsprozesse).<sup>15</sup> Nachfolgend werden die gesetzlichen Anforderungen an Krankenhäuser beschrieben und die spezifischen Risiken in Kliniken anhand eines „Gesamtprozessmodells“ definiert und abschließend der Aufbau der Studie beschrieben.

### **2.1 Besondere Anforderungen und gesetzliche Vorschriften**

Krankenhäuser sind nicht nur verpflichtet auf das Patientenwohl und deren Schutz zu achten, sondern sie unterliegen auch ausgeprägten (gesundheits-) wirtschaftlichen Vorschriften.

Eine gesetzliche Grundlage speziell für Compliance in Krankenhäusern besteht zurzeit nicht. Diese gilt bisher nur für andere Branchen, wie für Bank-, Finanz-, und Versicherungsdienstleistungen gem. § 25a Kreditwesengesetz (KWG), § 33 Wertpapierhandelsgesetz (WpHG), Versicherungsaufsichtsgesetz § 64a (VAG). Überwiegend wird für sonstige Unternehmen und Organisationen eine Aufforderung zu Compliance aus §§76 Abs.1, 91 Abs.2, 93 AktG und §43 GmbHG abgeleitet.<sup>16</sup> Dennoch gibt es im Gesundheitswesen spezielle gesetzliche Vorgaben, die Auswirkungen auf den Bereich Compliance haben. Eines der weitreichendsten Gesetze ist das am 04. Juni 2016 in Kraft getretene „Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen“, dies findet seinen maßgeblichen Ausdruck in §§ 299a, 299b Strafgesetzbuch. Zusätzlich bestehen verschiedene Rechtsvorschriften zur Dokumentationspflicht von Ärzten. Gem. § 10 Abs. 1 Satz 1 der Berufsordnung der Ärztekammer Berlin müssen Ärzte ihre getroffenen Maßnahmen dokumentieren.<sup>17</sup> Außerdem besteht ein sogenanntes Patientengesetz in § 630 f des BGB, das zivilrechtlich die Dokumentationspflicht regelt.<sup>18</sup> Dieses sind an dieser Stelle nur exemplarisch zwei einflussreiche Gesetze im Gesundheitswesen. Insbesondere durch die vielen gesetzlichen Änderungen der letzten Jahre und auch des zu erwartenden zukünftigen Wandels wird Compliance an Bedeutung gewinnen. Für die Krankenhäuser ist es folglich wichtig sich mit dem Thema Compliance intensiv zu befassen.

---

<sup>15</sup> Vgl. Ennker/Pietrowski/Kleine (2007), S 7.

<sup>16</sup> Vgl. Weber B. in Schmola, G. / Rapp, B. (2016), S. 10.

<sup>17</sup> § 10 Abs. 1 S. 1, Berufsordnung der Ärztekammer Berlin

<sup>18</sup> § 630f Abs. 2 BGB.

Aufgrund der schnellen Weiterentwicklungen und der Veränderungen in der modernen Medizin, dem Kosten- und Zeitdruck, dem komplizierten Abrechnungs- und Finanzierungsprozessen (zu nennen sind hier u. a. das Nebeneinander von Krankenversorgung und deren Vergütung über die Krankenkassen, sowie Forschungs- und Drittmittel) sowie der gesetzlichen Rechtsvorschriften drohen Krankenhäusern viele Risiken und Überwachungslücken, die anfällig für Korruption (z. B. Abrechnungsbetrug, Fokussierung von Medikamentenverschreibung eines einzelnen Pharmaunternehmens etc.) sind.<sup>19</sup> Aus diesen Gründen ist es wichtig, die bedeutendsten Inhalte des Themas Compliance zu erkennen und zu analysieren.

## 2.2 Prozessmodell

Die Studie basiert auf dem nachfolgenden Gesamtprozessmodell und veranschaulicht die komplexen Prozesse eines Krankenhauses in Form eines Gesamtsystems. Es ist untergliedert in Führungsprozesse, Kernprozess 1 und 2 sowie Unterstützungsprozesse und stellt die bedeutendsten Bereiche eines Krankenhauses dar. Die grau markierten Felder definieren die besonders relevanten Bereiche für das Compliance Grundelement Compliance-Risiken und bilden das Fundament des Untersuchungsdesigns der empirischen Untersuchung.

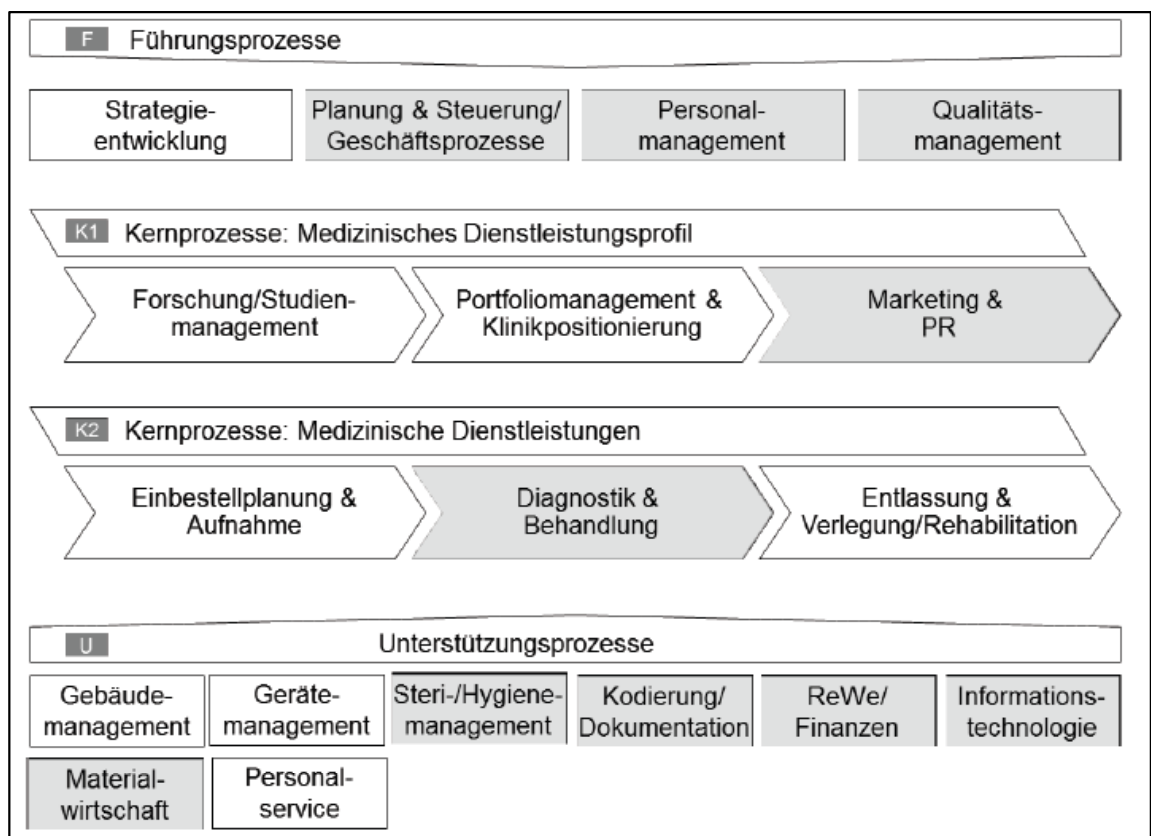


Abb.: 3 Gesamtprozessmodell

Quelle: Krolak T./Zluhan.M. 2017

<sup>19</sup> Vgl. Schuster / Rapp (2016), S. 54, zitiert nach (Balling 2015, S. 1–3).



Gemäß des Gesamtprozessmodells wurden folgende Risiken in den unterschiedlichen Prozessen herausgearbeitet und entsprechend in den Fragebogen aufgenommen. Unter der Überkategorie „Führungsprozesse“ sind gleich drei Unterpunkte für das Thema Compliance von Bedeutung – die Planung & Steuerung, das Personalmanagement sowie das Qualitätsmanagement. Die zweithäufigsten Anspruchsgrundlagen im Haftpflichtfall entstehen durch Fehlverhalten in der organisatorischen Struktur der Kliniken. Sie werden also durch Organisationsverschulden verursacht.<sup>20</sup> Dieses zeigt, dass viele Risiken im Bereich der Planung und Steuerung liegen. Dazu zählen beispielsweise schwer zu planende Dienstpläne aufgrund des schwankenden Patientenaufkommens durch Notfälle und andere Einflussfaktoren.

Zwei weitere Risikobereiche sind das Personal- und Qualitätsmanagement. So kann es beispielsweise Probleme geben in allen Situationen gesetzliche Regelungen zum Arbeitszeitgesetz und andere Schutzregeln permanent einzuhalten. Ärzte sind in verschiedenen Fachrichtungen ausgebildet und in der Regel im OP, in den Ambulanzen und auf ihren Stationen tätig. In Krankheitsfällen oder bei erhöhtem Arbeitsaufkommen ist es dementsprechend schwierig die Facharztstandards immer aufrechtzuerhalten. Daraus resultieren unterschiedliche Compliance-Risiken. Gründe dafür liegen beispielsweise im Umgang mit dem Arbeitszeit Monitoring. Die Einhaltung von Arbeitszeitgesetzen wie die Überstundenregelungen können durch die nicht planbaren Einsätze verschoben oder gegebenenfalls nicht immer eingehalten werden. Des Weiteren gibt es an einigen Stellen keine klaren Zuständigkeiten für die Einhaltung von Arbeitszeitgesetzverstößen.<sup>21</sup>

Gleiches gilt für den Bereich Qualitätsmanagement. Krankenhäuser sind stetig bemüht ihre Qualität zu verbessern und dieses entsprechend durch Zertifikate zu belegen. Doch auch hier sind gesetzliche Mindestanforderungen hoch und der Vergleich der Kliniken untereinander erhöht den Druck zur Einhaltung der Standards zusätzlich.

Unter dem zweiten Überpunkt des Prozessmodells, das medizinische Dienstleistungsprofil K1, ist die Unterkategorie Marketing und PR von besonderer Bedeutung. Das Thema Gesundheit führt häufig zu öffentlichen Diskussionen wie beispielsweise über die Regelungen und Vorgehensweisen mit Organspenden oder die Verbreitung von Krankenhauskeimen. Diese können zu Reputations- und Imageschäden führen. Auch das Thema Korruption im Gesundheitswesen weist auf eine besonders sensible öffentliche Wahrnehmung und eine intensiviertere strafrechtliche Kontrolle. Im Sinne des Patientenwohls ist eine gute Vernetzung zwischen Ärzten im Krankenhaus und in den Praxen unumgänglich, um eine bestmögliche

---

<sup>20</sup> Vgl. Ennker/Pietrowski/Kleine (2007), S.7.

<sup>21</sup> Vgl. Schuster / Rapp (2016), S. 52.

Versorgung zu garantieren. So müssen niedergelassene Ärzte z.B. im Austausch mit Krankenhäusern stehen, um Diagnosen auszutauschen. In keinem anderen Bereich wie dem Gesundheitswesen sind Kooperation und Korruption so nah beieinander. Dementsprechend geraten Ärzte schnell ins Visier der Öffentlichkeit.

Autopsie-Studien zeigen erstaunlich hohe Fehlerhäufigkeiten im Bereich der medizinischen Diagnostik.<sup>22</sup> Dementsprechend wird der Bereich K2 „Diagnostik & Behandlung“ des Gesamtprozessmodells ebenfalls als risikoreich eingestuft. Es drohen Arzneimittelrisiken und verschiedene Wechselwirkungen zwischen Mensch und Medizin. Es können außerdem Risiken durch menschliches Fehlverhalten entstehen. Dazu gehören im Einzelfall negative Beispiele wie die Verwechslung von Patienten oder nicht ausreichend geschultes oder zu wenig Personal. In Ausnahmen kann es so dazu führen, dass ein Spital mangelnd besetzt ist oder Prioritäten z.B. die Triage im Notfall falsch gesetzt werden. So kann es sein, dass Assistenzärzte aufwändige Operationen durchführen, für die es ihnen eigentlich an Erfahrung fehlt, aber es so in Notsituationen keine anderen Möglichkeiten gibt. Dies sind nur einige Beispiele, die an dieser Stelle exemplarisch aufgelistet sind. Aus diesen Einzelfällen können fatale Compliance-Risiken resultieren.

Die vierte Hauptkategorie stellen die Unterstützungsprozesse dar. Speziell das Hygienemanagement, die Kodierung/Dokumentation, das Rechnungswesen, die Informationstechnologie sowie die Materialwirtschaft werden von Experten als risikobehaftet eingestuft.

Bakterien können rasch übertragen werden, zum Beispiel durch unzureichende Reinigung der Zimmer und Medizingeräte oder beim Wechsel der Arbeitskleidung. Durch die Schwächung des Immunsystems sind kranke Menschen besonders empfänglich für bakterielle Übertragungen. Demzufolge sollte die Hygiene in Krankenhäusern eine besondere Beachtung erhalten, um folgenreiche Konsequenzen zu vermeiden. Des Weiteren ist eine ausreichende und fehlerfreie Dokumentation von großer Bedeutung. Eine unvollständige Dokumentation aufgrund von Zeitmangel kann erhebliche Auswirkungen für den Patienten und auch für das Krankenhaus haben. Dies sind beispielhaft einige der besonderen Risiken, die im Bereich des Krankenhauses auftreten können.

Zusammenfassend ist zu erkennen, dass viele Bereiche in Krankenhäusern wie Marketing & PR, Personalmanagement, Rechnungswesen, Materialwirtschaft und die Informationstechnologie ähnlich gelagert sind wie in industriellen Betrieben. Es drohen aber auch in anderen Bereichen Imageschäden nach Skandalen oder Risiken (wie bspw. durch Korruptionsvorwürfe). Die

---

<sup>22</sup> Vgl. Ennker/Pietrowski/Kleine (2007), S. 7

Analyse entlang des Gesamtprozessmodells zeigt auch, dass Krankenhäuser spezifischen Risiken ausgesetzt sind durch die Prozesse im Bereich Hygienemanagement sowie Diagnostik & Behandlung.

Egal wodurch Risiken entstehen, bei Verstößen gegen Rechts- und/ oder Compliance-Vorschriften, drohen enorme finanzielle Konsequenzen bis zur Freiheitsstrafe für die Verantwortlichen. Negative Presseberichte sorgen für einen großen Reputationsschaden mit folgenschweren Konsequenzen: Geringere Auslastungen innerhalb des Krankenhausbetriebes sind nur eine von denkbaren Folgen. Dieses verdeutlicht nochmals die Dringlichkeit der Einführung eines Compliance-Management-Systems in Krankenhäusern.

## **2.3 Aufbau der Studie**

### **Aufbau und Gestaltung des Fragebogens**

Für die empirische Forschung „Compliance-Risiken 2017 in deutschen Krankenhäusern“ wurde die Datenerhebungsmethode „Fragebogen“ ausgewählt. Durch die Auswertung der so gewonnenen Daten soll der Umsetzungsstand von Compliance-Risiken, eines der sieben Compliance-Grundelemente eines Compliance-Management-Systems, in deutschen Krankenhäusern näher analysiert werden. Hierfür wurden bundesweit die Universitätskliniken sowie rd. 500 Krankenhäuser angeschrieben. Der gesamte Umfang des Fragebogens umfasst 12 Seiten mit einem geschätzten Bearbeitungszeitraum von rd. 20 Minuten. Dieser wurde durch das Feedback des vorgenommenen Pretests ermittelt. Es wurde explizit auf die Gewährleistung der Anonymität und die Vertraulichkeit der Daten hingewiesen, gleichzeitig aber eine namentliche Teilnahme ermöglicht. Den Befragten wurde für die Bearbeitung und Rücksendung des Fragebogens ein Zeitraum vorgegeben. Für die Rücksendung wurde ein frankierter Umschlag beigefügt. Des Weiteren wurde der Fragebogen mit einem Anschreiben versehen.

Der erste Teil des Fragebogens umfasst fünf Fragen zu den soziodemografischen Angaben des Universitätsklinikums/Krankenhauses. Daraufhin folgen drei Fragen zu allgemeinen Compliance-Risiken, bevor auf die speziellen Compliance-Risiken im Rahmen des Gesamtprozessmodells eingegangen wird: Die Prozesse werden dabei in „Führungsprozesse“ („Planung und Steuerung/ Geschäftsprozesse“, „Personalmanagement“, „Qualitätsmanagement“), „Kernprozesse“ („Marketing & PR“, „Diagnostik & Behandlung“) und „Unterstützungsprozesse“ („Steri-/Hygienemanagement“, „Kodierung/Dokumentation“, „ReWe/ Finanzen“, „Informationstechnologie“, „Materialwirtschaft“) untergliedert. Zu den Führungsprozessen werden insgesamt 7 Fragen, zu den Kernprozessen 8 Fragen, zu den Unterstützungsprozessen 9 Fragen gestellt. Abschließend wird um eine Gesamteinschätzung

gebeten. Der Fragebogen umfasst insgesamt 28 Fragen mit den dazugehörigen unterschiedlichen Antwortmöglichkeiten. Die Frage- und Antwortmöglichkeiten wurden weitestgehend standardisiert, um die wissenschaftliche Ausarbeitung zu erleichtern.

Der Aufbau basiert auf dem bereits erläuterten „Gesamtprozessmodell“ für Universitätskliniken/ Krankenhäuser, die die gewählte Gliederungsstruktur wiedergeben. Des Weiteren wird der Begriff Compliance-Risiken in Anlehnung an den entsprechenden Prüfungsstandard der Wirtschaftsprüfer (IDW PS 980) dargestellt.

### 3 Empirische Analyse der Compliance-Risiken in deutschen Krankenhäusern

Die Rücklaufquote des Fragebogens beläuft sich auf 3,56%, das entspricht 19 Fragebögen von insgesamt 534 versendeten Exemplaren. Auf Grund dieses geringfügigen Rücklaufs sind die Ergebnisse dieser Untersuchung nur bedingt repräsentativ, zeigen aber durchaus einen gewissen Trend. Es konnten deutliche Unterschiede zwischen den Krankenhäusern mit einer Plan-Betten-Anzahl von  $\leq 860$  und  $> 860$  ausgemacht werden. Die Ergebnisse werden im Folgenden dargestellt.

#### 3.1 Untersuchungsschwerpunkte

##### 3.1.1 Allgemeine Compliance-Risiken

Die Rechtsabteilung, der Compliance-Officer und die Geschäftsführung/Vorstand sind bei beiden Krankenhausgrößen in die Erhebung von Compliance-Risiken am stärksten eingebunden. Die mittelgroßen-kleineren Krankenhäuser (mit  $\leq 860$  Plan-Betten) geben hierbei mit einem durchschnittlichen Wert von 1,00 die Geschäftsführung/ Vorstand an und die großen Krankenhäuser (mit  $> 860$  Plan-Betten) mit einem durchschnittlichen Wert von 1,00 den Compliance-Officer und die Rechtsabteilung. Aber auch die Krankenhausbereiche Compliance-Abteilung und Risikomanagement werden mit einer starken Einbindung bewertet. Insgesamt haben alle Bereiche eine starke oder mittlere Einbindung, kein Bereich wird mit einer geringen Einbindung gesehen. Auffällig zeigt sich der Bereich Qualitätsmanagement, der von den mittelgroßen-kleineren Krankenhäusern im Vergleich zu den großen Krankenhäusern (1,67) nur mit einem Wert von 2,10 bewertet wird. Die Bereiche Controlling und Rechnungswesen schneiden von allen genannten Bereichen in beiden Krankenhausgrößen nur mit einer jeweils mittleren Einbindung ab.

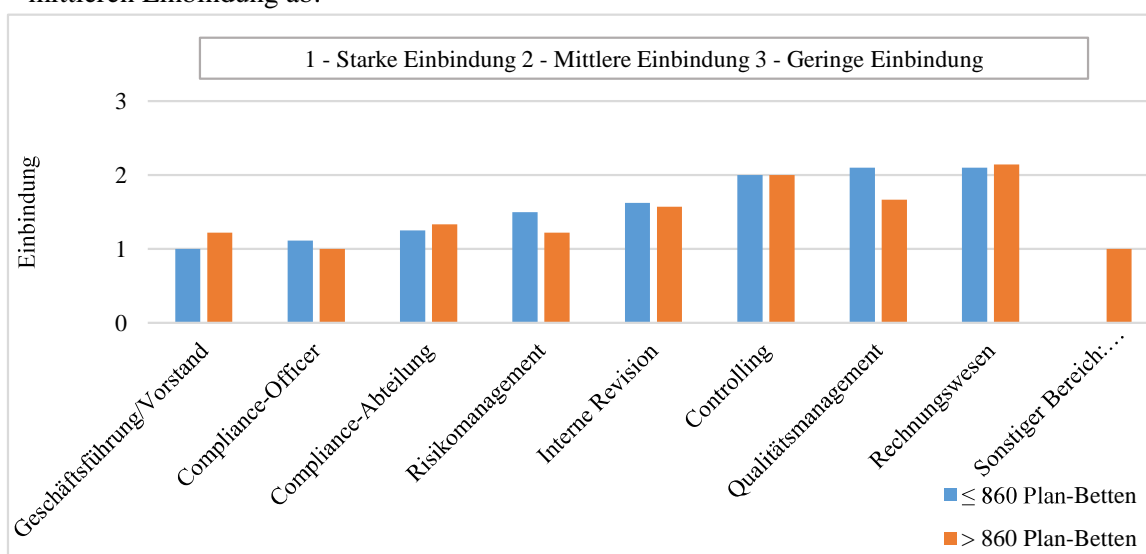


Abb.: 4 Priorisierung der Integration von Krankenhausbereichen nach der Erhebung von Compliance-Risiken, n=19

### 3.1.2 Compliance-Risiken in den Führungsprozessen

#### 3.1.2.1.1 Planung und Steuerung/Geschäftsprozesse

Die großen Krankenhäuser geben an ihre Geschäftsprozesse zum Großteil „Top-Down“ zu steuern (61,11%). 5,56% geben an eine „Bottom-up-Steuerung“ etabliert zu haben und ca. ein Drittel der großen Krankenhäuser nutzt das „Gegenstrom-Verfahren“ zur Steuerung von Geschäftsprozessen.

Bei den mittelgroßen-kleinere Krankenhäusern nutzt die Hälfte das „Top-Down-Verfahren“, die andere Hälfte das „Gegenstrom-Verfahren“. Das „Bottom-up-Verfahren“ wird gar nicht angegeben. Es ist signifikant, dass mittelgroße-kleinere Krankenhäuser fast doppelt so häufig das „Gegenstrom-Verfahren“ nutzen als im Vergleich die großen Krankenhäuser. Das Gegenstrom-Verfahren bietet den Vorteil sowohl das Know-how, als auch eigene Gestaltungsvorschläge, aller Beteiligten einzubeziehen – dieses schließt auch die Frage der Machbarkeit von „top-down“ vorstrukturierten Umsetzungsplänen mit ein. Risiken können somit besser erkannt und identifiziert werden.

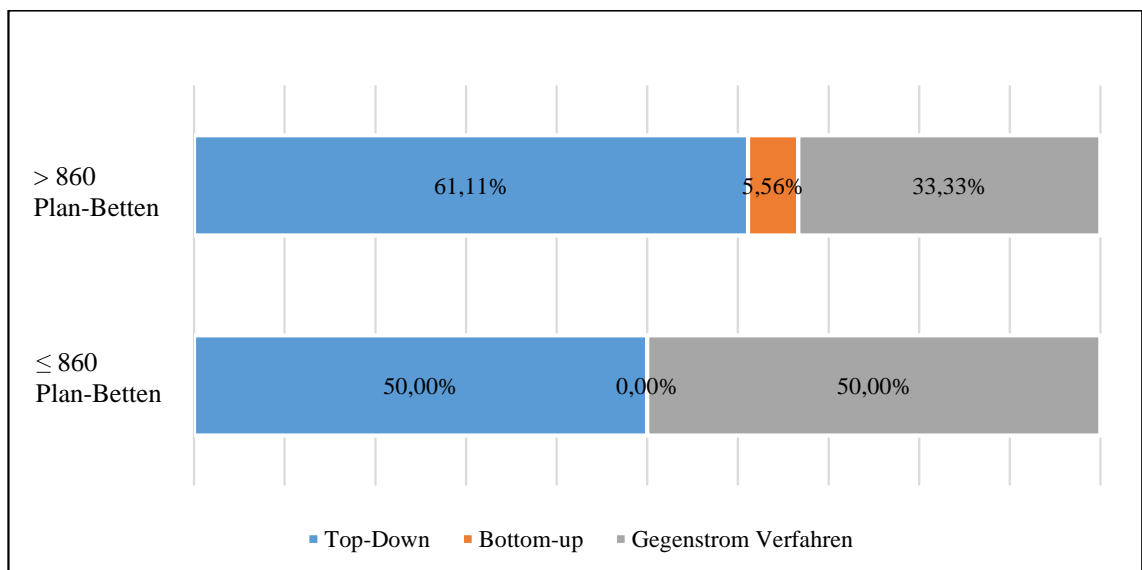


Abb.: 5 Verfahren zur Steuerung 1, n=19

In Bezug auf die Risikoerfassung und –Steuerung anhand der Geschäftsprozesse wird deutlich, dass 63,16% aller Krankenhäuser Risiken benennen und quantifizieren (Schadenshöhe x Eintrittswahrscheinlichkeit), und nur 36,84% der Häuser die Risiken lediglich benennen (sie aber nicht quantifizieren).

### 3.1.2.1.2 Personalmanagement

Eine hohe Bedeutung zeichnet sich im Bereich der gesetzlichen Vorgaben bei den dominierenden Compliance-Risiken im Personalmanagement ab. Sowohl die Krankenhäuser mit  $\leq 860$  Plan-Betten (1,20), als auch die Krankenhäuser mit  $>860$  Plan-Betten (1,00) sehen diesen Bereich im Vergleich zu Zertifizierungen, Strukturvoraussetzungen und Qualitätsstandards als am bedeutendsten an. Zudem geben sie eine höhere Bedeutung (1,44), in den Strukturvoraussetzungen der Krankenhäuser im Vergleich zu den mittelgroßen-kleineren Kliniken (1,80),

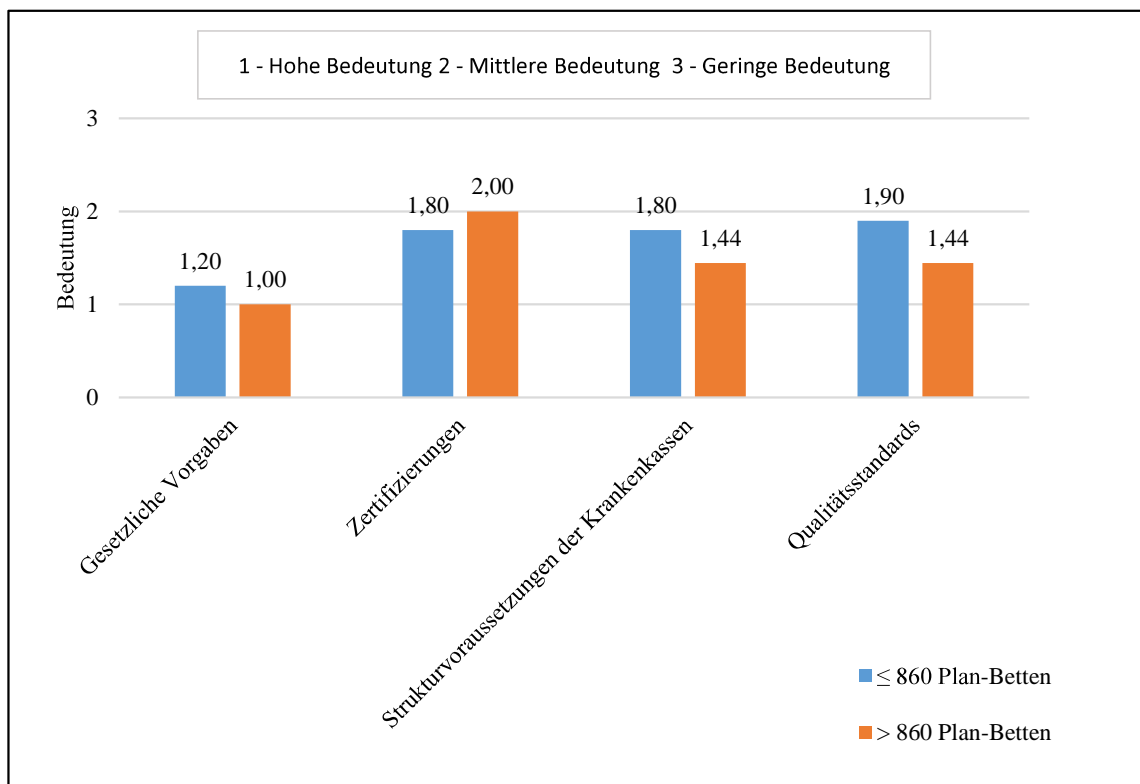


Abb.: 6 Dominierende Compliance-Risiken im Personalmanagement, n=19

Das Thema Compliance hat im Einstellungsprozess der Krankenhäuser mit  $>860$  Plan-Betten eine höhere Bedeutung (66,67%) als in Krankenhäusern mit  $\leq 860$  Plan-Betten (40%). In den befragten Krankenhäusern mit  $>860$  Plan-Betten werden deutlich mehr Inhalte in der Aushändigung der Richtlinien an die Mitarbeiter angegeben, als in den mittelgroßen-kleineren Krankenhäusern, die vier Inhalte für bisher als nicht relevant erklären (siehe Abb. 8). Die Inhalte „Vertraulichkeit von Betriebsgeheimnissen/ Datenschutz“ und die „Annahme von Belohnungen, Geschenken, Bewirtungen, sonstigen Vorteilen“ werden von den mittelgroßen-kleinen Krankenhäusern mit 75% und von den großen Krankenhäusern sogar mit jeweils 100% beantwortet.

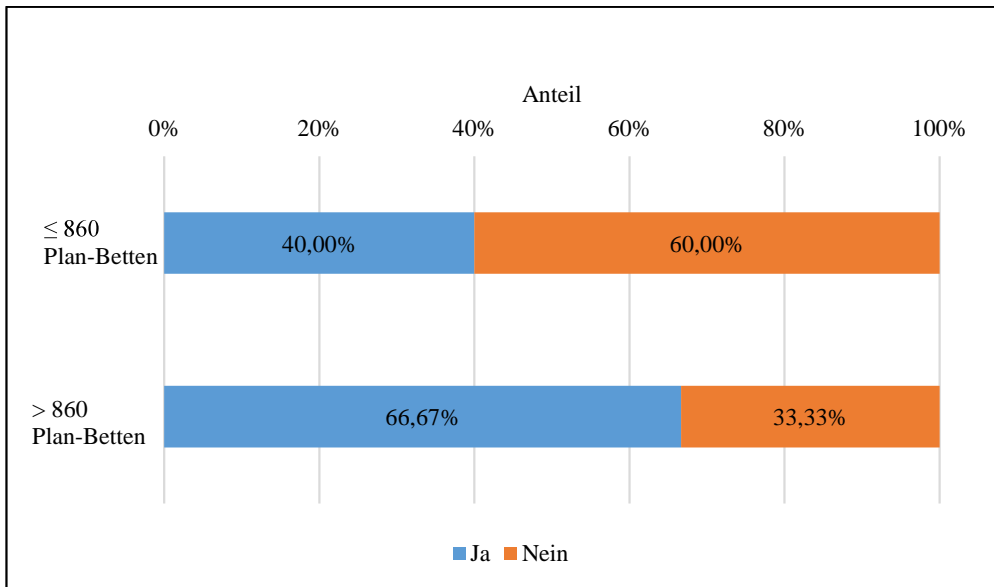


Abb.: 7 Thema Compliance im Einstellungsprozess, n=19

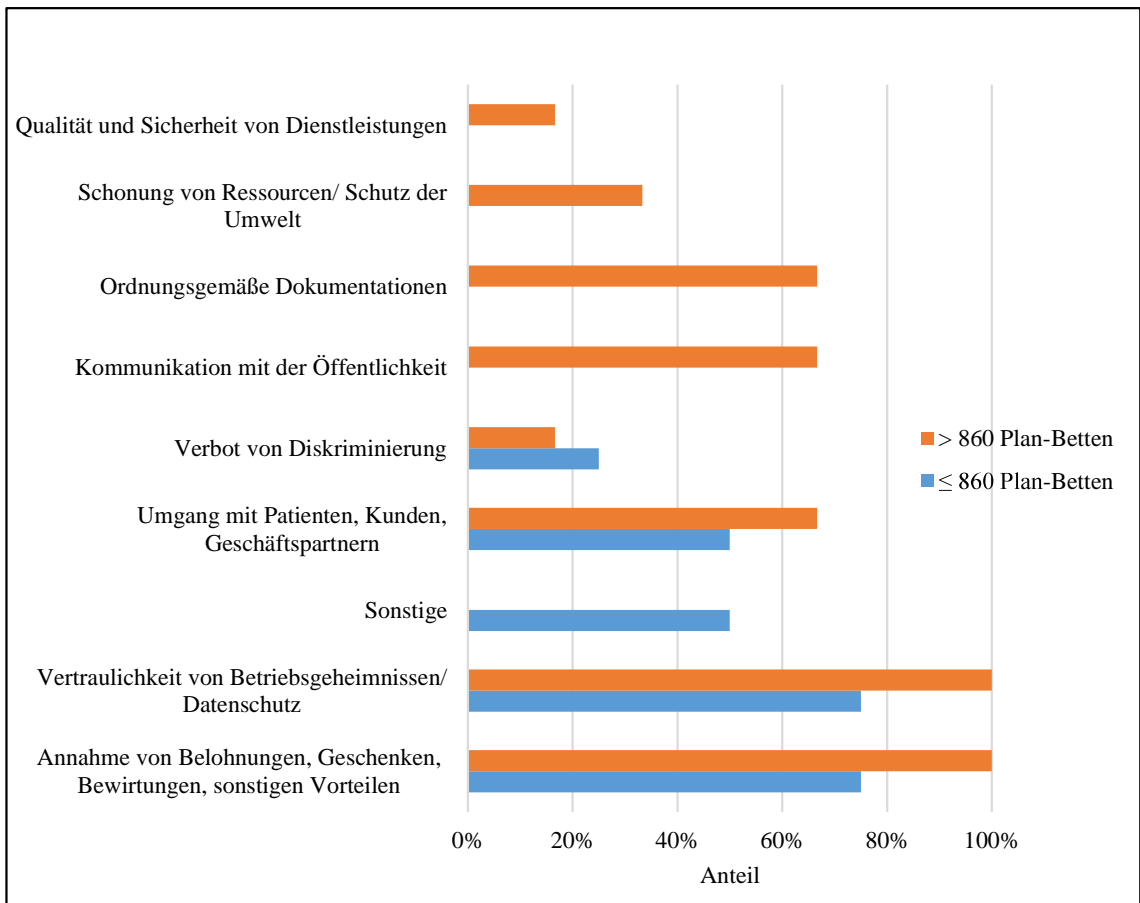


Abb.: 8 Aushändigung der Compliance-Richtlinien mit folgenden Inhalten, n=10



Das effektive Management der Compliance-Risiken als Inhalt in Zielvereinbarungsgesprächen ist bei 61% der Krankenhäuser bisher nicht von Relevanz. 22% der Krankenhäuser geben jedoch an diese in Zukunft in diesem Rahmen zu thematisieren. Zukünftig sollte das Thema Compliance“ in Zielvereinbarungsgesprächen aufgegriffen werden.

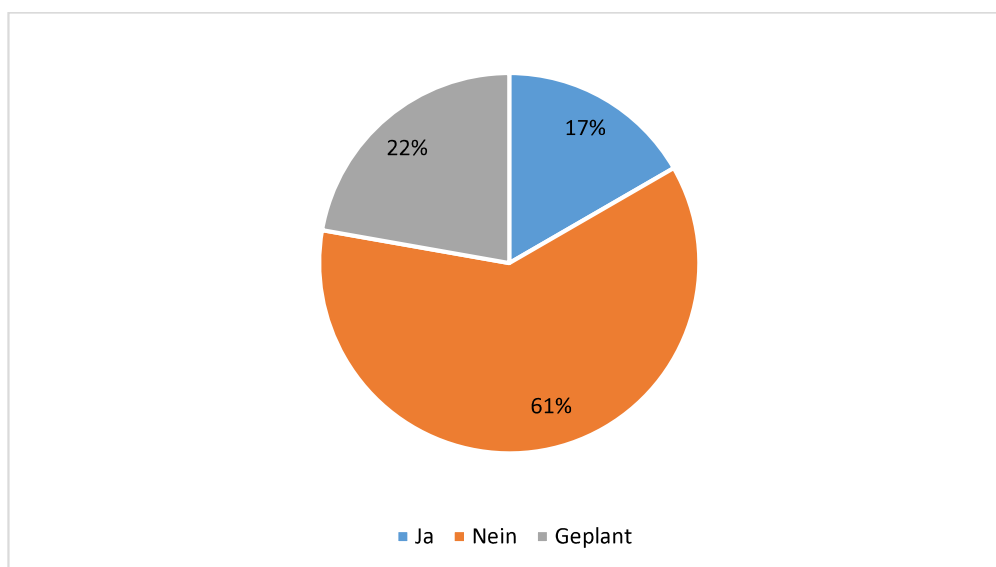


Abb.: 9 Effektives Management: Zielvereinbarungen haben Compliance-Risiken zum Inhalt, n=18

### 3.1.2.1.3 Qualitätsmanagement

Die Untersuchung hat ergeben, dass es drei wesentliche Bereiche gibt, in denen Krankenhäuser Richtlinien/ Handbücher vorliegen haben. Diese Bereiche sind das Hygienemanagement (100 %), die medizinische Qualitätssicherung (94,74%) und das Einkaufsmanagement (63,16%). Die Bereiche Gerätemanagement, IT-Management/ Richtlinie, IT-Management/ Sicherheitsrichtlinie, Rechnungswesen/ Finanzen, Personalmanagement“, Kodierungs-/ Dokumentationsrichtlinie, Unternehmensplanung und Gebäudemanagement sind in den Krankenhäusern relativ häufig (zwischen 42,11% und 57,89%) vorhanden. Die Bereiche Investitionsplanung, Studien-/Forschungsmanagement und Umwelt-/ Nachhaltigkeitsmanagement sind in den Krankenhäusern im Rahmen von Richtlinien/ Handbüchern bisher kaum ausgestattet. Diese Bereiche sind noch ausbaufähig.

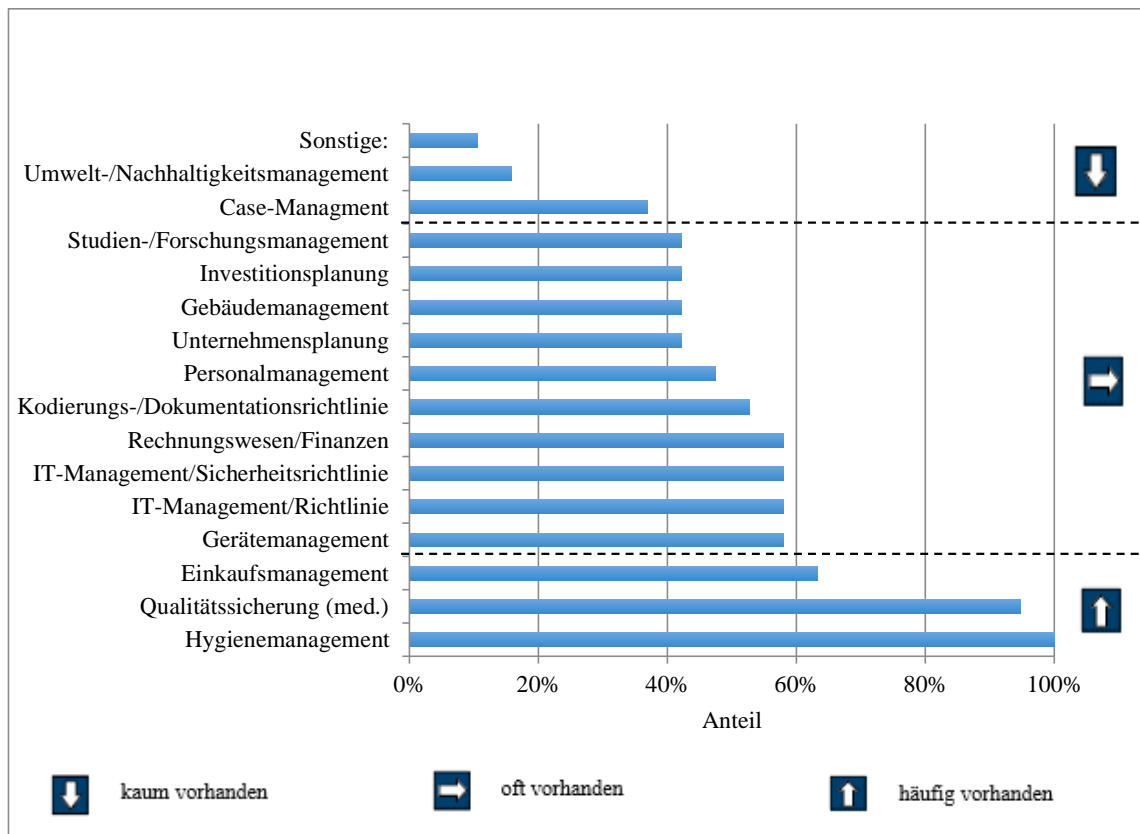


Abb.: 10 Bereiche, die mit Richtlinien/ Handbüchern ausgestattet, n=19

Die nachfolgende Abbildung zeigt die Bedeutung der Dokumentation von Geschäftsprozessen in Krankenhäusern. Alle befragten Krankenhäuser dokumentieren ihre Geschäftsprozesse. Der ISO 9001 hat eine hohe Bedeutung und es dokumentieren 50% der Krankenhäuser beider Bettenanzahlen ihre Geschäftsprozesse teilweise oder vollständig gemäß dieser Norm. 10% der mittelgroßen-kleinen Krankenhäuser geben an eine vollständige Dokumentation gemäß „Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen“ (KTQ) zu absolvieren, bei den großen Krankenhäusern sind es 25%. Eine teilweise Dokumentation der Geschäftsprozesse geben 50% der Krankenhäuser mit  $\leq 860$  Plan-Betten und 37,50% der Krankenhäuser  $> 860$  Plan-Betten an. Als auffällig zu betrachten ist, dass 10% der mittelgroßen-kleinen Krankenhäuser angeben keine Geschäftsprozesse zu dokumentieren.

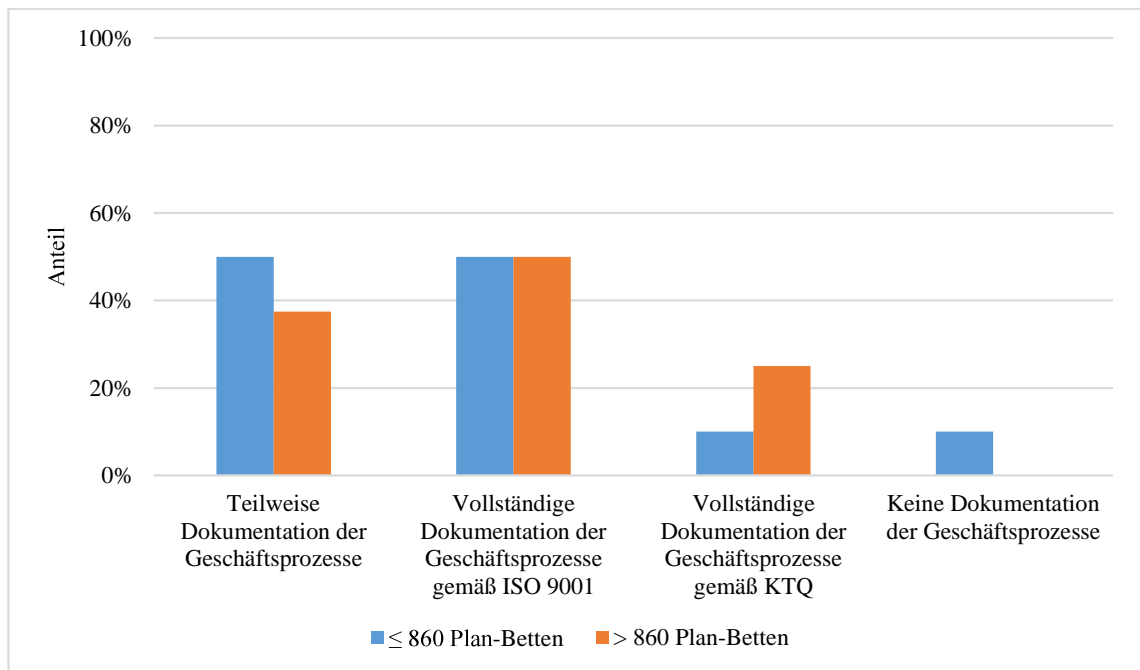


Abb.: 11 Dokumentation der Geschäftsprozesse, n=18

### 3.1.3 Compliance-Risiken in den Kernprozessen

#### 3.1.3.1.1 Marketing & Public Relation

Für die Krankenhäuser mit >860 Plan-Betten haben die Gesetze, die für das Marketing relevant sind, im Vergleich zu den Krankenhäusern mit ≤860 Plan-Betten, gemäß Auswertung eine höhere Bedeutung. Das Heilmittelwerbeengesetz (HWG); die (Muster-) Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) und das Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) erhalten von den großen Krankenhäusern eine durchschnittlich hohe Bedeutung, wobei die beiden erstgenannten priorisiert mit einem jeweiligen Wert von 1,14 wurden und das Telemediengesetz (TMG) und das Urhebergesetz (UrhG) von 2,00 und 1,57 eine mittlere Bedeutung haben. Dahingehend wurde bei den mittelgroßen-kleineren Krankenhäusern für alle Gesetze nur eine mittlere Bedeutung ausgewertet. Priorisiert wurden ebenfalls das HWG und das MBO-Ä mit einem Wert von jeweils 1,70.

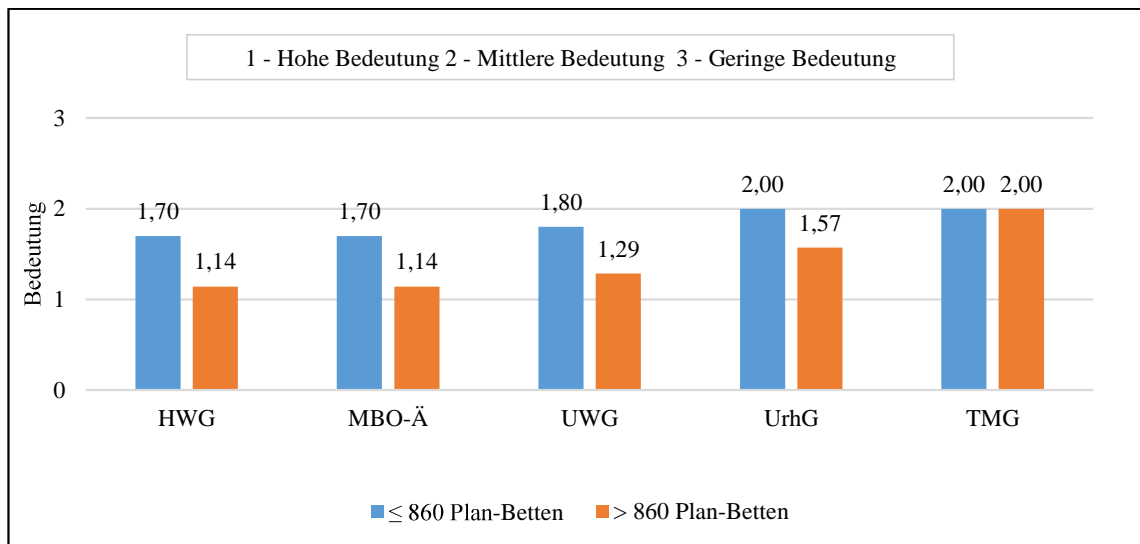


Abb.: 12 Marketing Priorisierung der Gesetze in Bezug auf Relevanz, n=17

Seit Juni 2016 wurden mit dem Antikorruptionsgesetz neue Vorschriften in das Strafgesetzbuch aufgenommen. Gemäß §§ 299a und 299b StGB ist eine mögliche Bestechlichkeit zu prüfen. Mit Hilfe der Fragestellung wurde ermittelt, mit welchen Maßnahmen eine regelkonforme Zusammenarbeit mit den Einweisern in den befragten Krankenhäusern gesichert wird. Bei den Krankenhäusern mit  $\leq 860$  Plan-Betten erzielte die Maßnahme „Effiziente Kommunikation durch feste Ansprechpartner“ erhielt einen Prozentwert von 77,78%, dahingegen erzielte diese bei den Krankenhäusern mit  $> 860$  Plan-Betten nur einen Prozentwert von 28,57%. Die Maßnahmen „Enge Zusammenarbeit an den Schnittstellen der Einweisung/ Entlassung“ und „Zertifizierte Zuweiserveranstaltungen, Symposien“ erzielten bei beiden Krankenhausgrößen die größte- und zweitgrößte Antwortquoten. Bei den großen Krankenhäusern von 85,71% und 42,86% und bei den mittelgroßen-kleinen Krankenhäusern von jeweils 44,44% und 66,67%.

### 3.1.3.1.2 Diagnostik & Behandlung

Der Bereich Diagnostik und Behandlung stellt eines der Hauptfaktoren in den Compliance-Risiken dar. Insbesondere durch menschliches Fehlverhalten können Risiken und dadurch Reputationsverluste entstehen. Die Einschätzungen bezüglich der Gründe für die Entstehung von menschlichen Fehlern differieren zwischen mittelgroßen-kleinen und großen Krankenhäusern. Die Abbildung 13 zeigt die die besonders relevanten Entstehungsquellen. Auffällig ist ein Mangel bei der Informationsweitergabe. Für 90% der mittelgroßen-kleinen und 66,67% der großen Krankenhäuser ist dieses Risiko von großer Relevanz. Außerdem wird die Vertuschung von Behandlungsfehlern bei beiden Krankenhausgrößen mit 66,67% bewertet. Ferner ist ein Unterschied beim Risiko durch Bevorzugung zu erkennen. Das Thema Bevorzugung von Patienten durch persönliche Präferenzen oder durch die Art der Krankenversicherung

(privat/gesetzlich) scheint in mittelgroßen-kleineren Kliniken von größerer Bedeutung zu sein (50% und 40%). Die großen Krankenhäuser hingegen haben dem Risiko der Bevorzugung von Patienten durch persönliche Präferenzen nur eine Relevanz von 33,33% und durch die Art der Krankenversicherung (privat/gesetzlich) von nur 16,67% zugemessen. Einige der Probanden versuchen bereits durch entsprechende Maßnahmen den Risiken entgegen zu wirken. Eine Maßnahme ist das sogenannte CIRS-System, ein Instrument zur anonymisierten Weitergabe von Informationen via Internet oder Postweg. Es dient zur Verbesserung der Patientensicherheit.

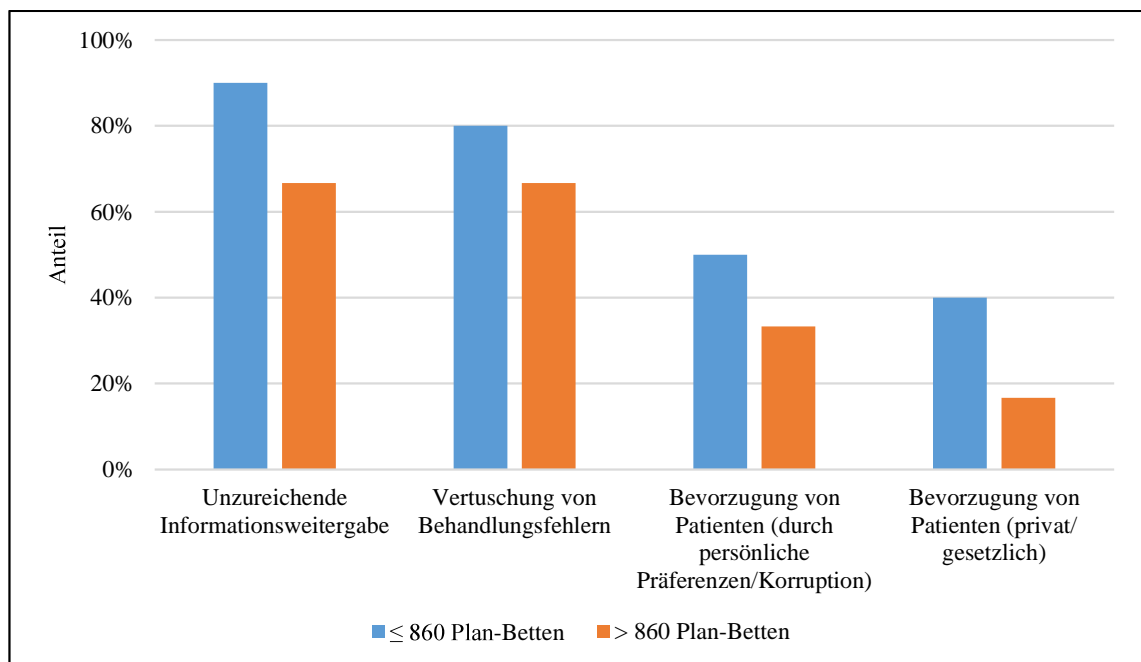


Abb.: 13 Relevante Risiken durch medizinisches Personal n=19

In Zusammenhang mit der Diagnostik und Behandlung steht auch die Einhaltung der korrekten Medikamentenvergabe und damit der Arzneimittelsicherheit. Aufgrund dessen wurde in dieser Studie untersucht, welche präventiven Maßnahmen die Krankenhäuser durchführen, um die Patienten ordnungsgemäß mit den entsprechenden Arzneimitteln zu versorgen. Es zeigt deutlich, dass die Krankenhäuser unter 860 Plan-Betten andere Präferenzen haben als die Krankenhäuser mit über 860 Plan-Betten. Mittelgroße-kleine Häuser legen zu 90% Wert auf das Vier-Augen Prinzip, während große Krankenhäuser regelmäßige fachkundige Unterweisungen am höchsten einstufen (100%). Eine ebenfalls hohe Unstimmigkeit ist in der Kategorie „Verabreichung von Medikamenten nur nach ärztlicher Absprache“ zu erkennen. 70% der mittelgroßen-kleinen Krankenhäuser halten Rücksprache mit Ärzten, während dieses nur 44,4% der großen Häuser als wichtig erachten. Dieses Ergebnis deutet darauf hin, dass in mittelgroßen-kleinen Häusern momentan viel händisch erfolgt und die gegenseitige Kommunikation untereinander als wichtig erachtet wird. Durch Rücksprachen und doppelte Absicherung versuchen mittelgroße-kleine Häuser Fehler zu vermeiden, während die großen Häuser prozessualer aufgestellt sind.

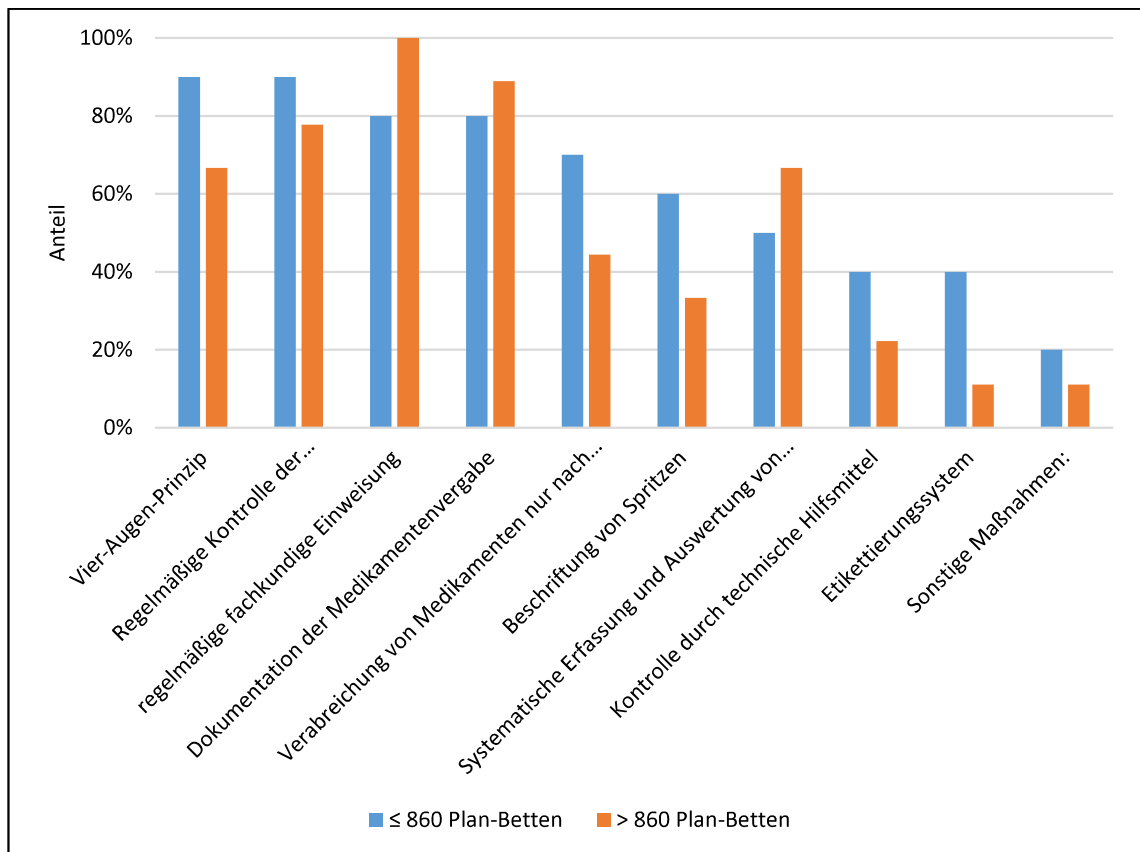
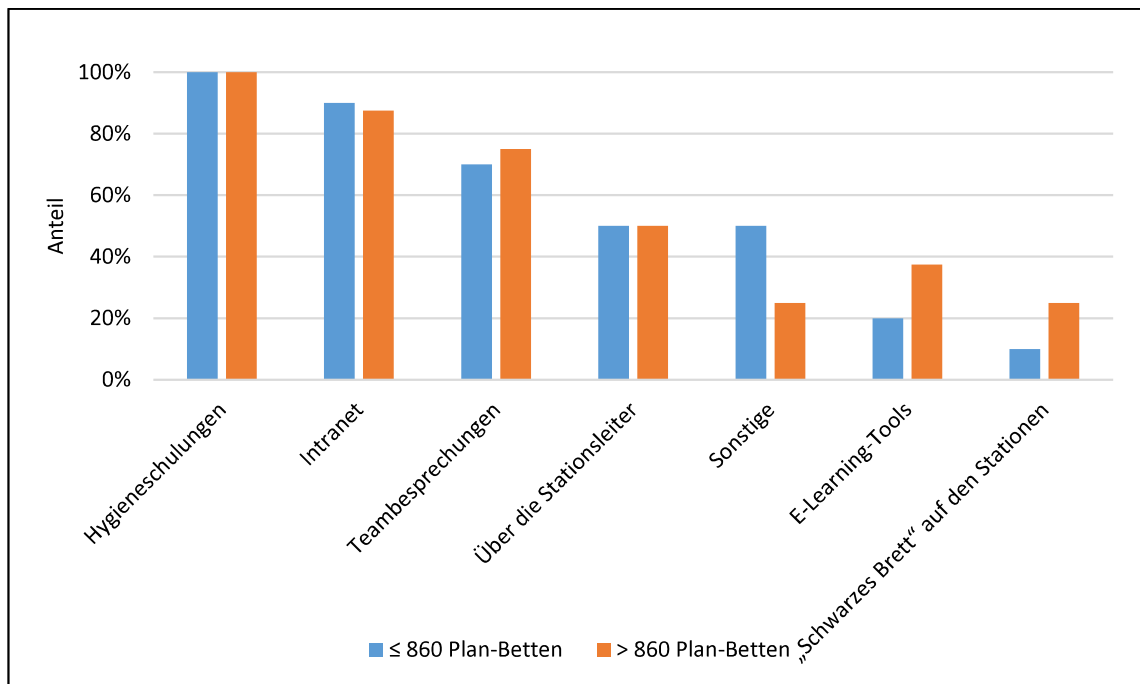


Abb.: 14 Präventive Maßnahmen zur korrekten Medikamentenvergabe, n=19

### 3.1.4 Compliance-Risiken in den Unterstützungsprozessen

#### 3.1.4.1.1 Steri-/Hygienemanagement

Alle der teilnehmenden Probanden verfügen über Krankenhaus interne Hygiene-Richtlinien. Diese sind besonders relevant für die Einhaltung von Hygienemaßnahmen und werden auf unterschiedliche Weise an die Mitarbeiter kommuniziert. Die Abbildung 15 visualisiert die unterschiedlichen Kommunikationswege, differenziert nach mittelgroßen-kleinen bzw. großen Krankenhäusern. Zu den Kommunikationswegen zählen Hygieneschulungen, das Intranet, Teambesprechungen, die Kommunikation über die Stationsleiter, E-Learning-Tools, das „Schwarze Brett“ sowie sonstige Kommunikationswege. Auffällig ist, dass alle Krankenhäuser Hygieneschulungen durchführen und verstärkt das Intranet verwenden. Signifikante Unterschiede sind im Bereich „E-Learning-Tools“ und „Schwarzes Brett“ ersichtlich. Große Häuser wenden diese Kommunikationsmittel häufiger an (37,50% und 25%) als die mittelgroßen-kleineren (20% und 10%). Unter „Sonstige“ haben vorwiegend die mittelgroßen-kleinen Krankenhäuser die Hygiene-Kommission sowie Kommunikation über E-Mail, Newsletter und aktuelle Informationsschreiben angegeben.



**Abb.: 15 Kommunikationswege zur Kommunikation von Hygienevorschriften, n=18**

Die Verantwortlichkeiten zur Kontrolle des Hygienemanagements im Rahmen der gesetzlichen und internen Vorgaben sind unterschiedlich verteilt. Die Mehrheit der Probanden gab an, dass die Verantwortung bei dem Hygienefacharzt liegt, gefolgt von der hygienebeauftragten Fachkraft. Selten liegt die Verantwortung bei den Stationsleitern oder dem Pflegepersonal auf den Stationen.

Die Abbildung 16 zeigt die unterschiedlichen Qualifikationen der Hygienebeauftragten. 40% der Befragten in Krankenhäusern mit  $\leq 860$  Plan-Betten gaben an, dass der Facharzt über Qualifikationen für Hygiene- und Umweltmedizin oder Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie aufweist, bei den Krankenhäusern  $> 860$  Plan-Betten 71%. Signifikant auffällig ist, dass vor allem mittelgroße-kleine Krankenhäuser keinen internen Beauftragten für den Hygienebereich beschäftigen, sondern Beratung durch externe Stellen nutzen (40%).

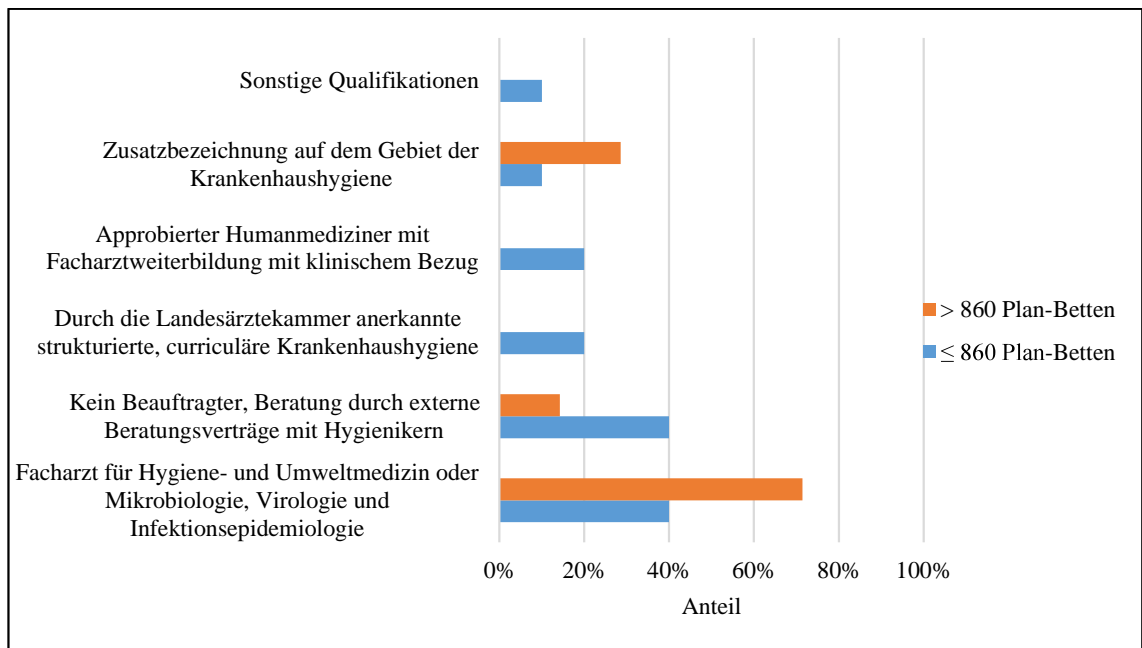


Abb.: 16 Qualifikation des Hygienebeauftragten, n=17

### 3.1.4.1.2 Kodierung/Dokumentation

Die nachfolgende Grafik visualisiert die Gewichtung der Gründe für die Entstehung von Dokumentationsfehlern. Die Abbildung 17 zeigt, dass die ersten beiden Antwortmöglichkeiten, Kommunikationsdefizite sowie Ablenkung/ erhöhte Arbeitsbelastung die anderen Antwortmöglichkeiten wie fehlerhafte Eintragung, unerfahrene Mitarbeiter und fehlerhafte Übertragung übergewichten. Alle Antworten liegen zwar im Bereich der mittleren Bedeutung. Den Kategorien Kommunikationsdefizite (1,67) sowie Ablenkung/erhöhte Arbeitsbelastung (1,78) wurden jedoch die höchste Bedeutung zugemessen.



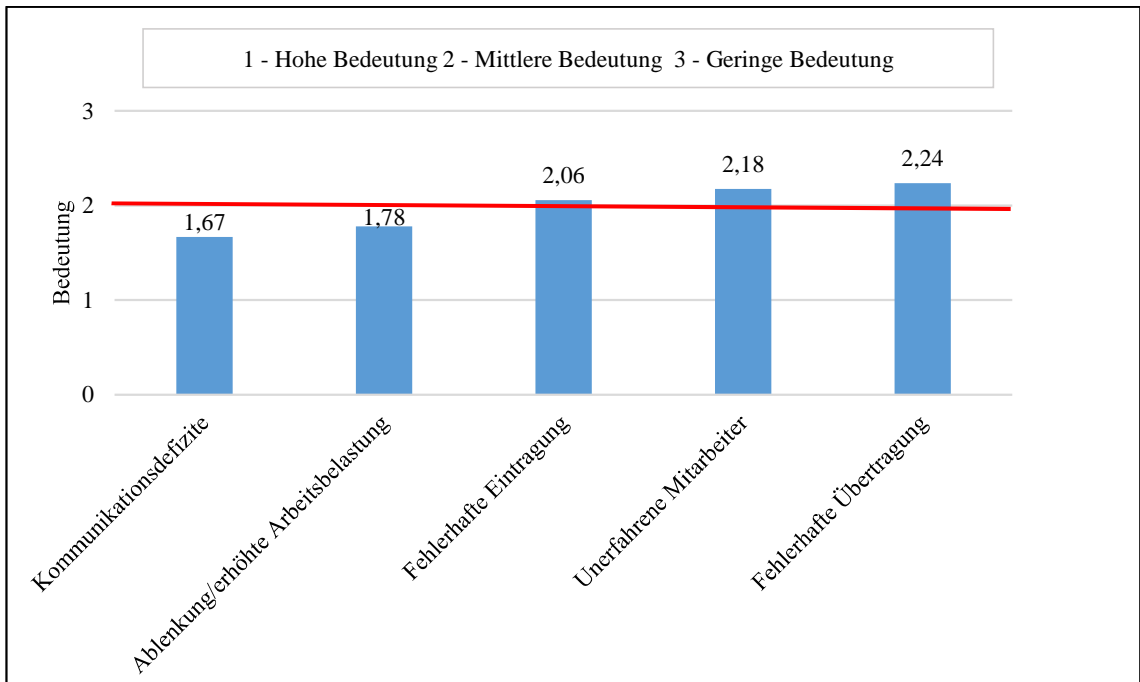


Abb.: 17 Gründe für Dokumentationsfehler, n=18

Die nachfolgende Abbildung 18 zeigt die unterschiedlichen Formen der Verantwortlichkeiten. Die Mehrheit der Befragten, sowohl in mittelgroßen-kleinen als auch in großen Krankenhäusern gaben eine Mischform unter Beteiligung verschiedener Berufsgruppen (Ärzte, Schwestern, speziell ausgebildetes nicht-ärztliches Fachpersonal) an. Auffällig ist außerdem, dass bei den mittelgroßen-kleinen Krankenhäusern die Kodierung häufig auf speziell geschultes nicht-ärztliches Personal übertragen wird (60%) und 0% auf eine rein ärztliche Verantwortung.

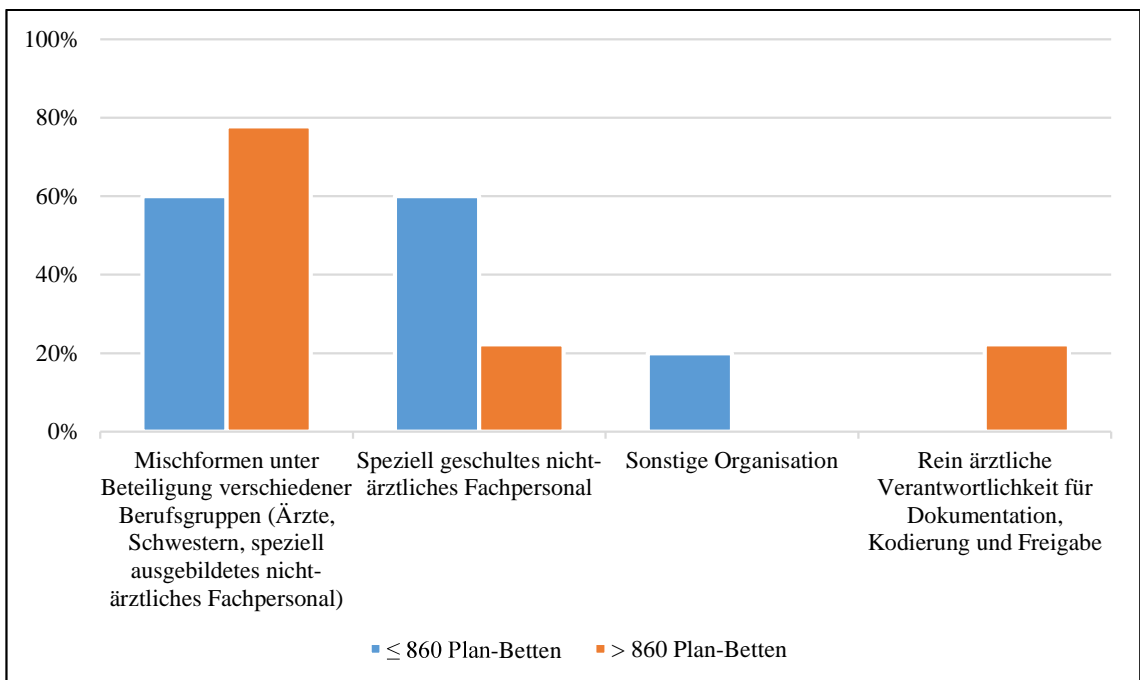


Abb.: 18 Verantwortlichkeiten für Kodierung, n=19

Die nachfolgende Abbildung 19 zeigt, wie kennzeichnend das zeitliche Potential der Ärzte in Krankenhäusern ist. 88,89% der großen Krankenhäuser gaben diesen Grund als Problematik in Bezug auf die Kodierung an, während dieses 40% der mittelgroßen-kleinen Krankenhäuser bejahten. Für diese stellen die bürokratischen Ansprüche mit 60% eine große Hürde dar.

Des Weiteren bereitet die hohe Personalfuktuation den großen Krankenhäusern gemäß der Auswertung Probleme, es resultiert eine Einschätzung von 55,56%. Im Vergleich wird die Personalfuktuation in mittelgroßen-kleinen Krankenhäusern nur mit 30% bewertet.

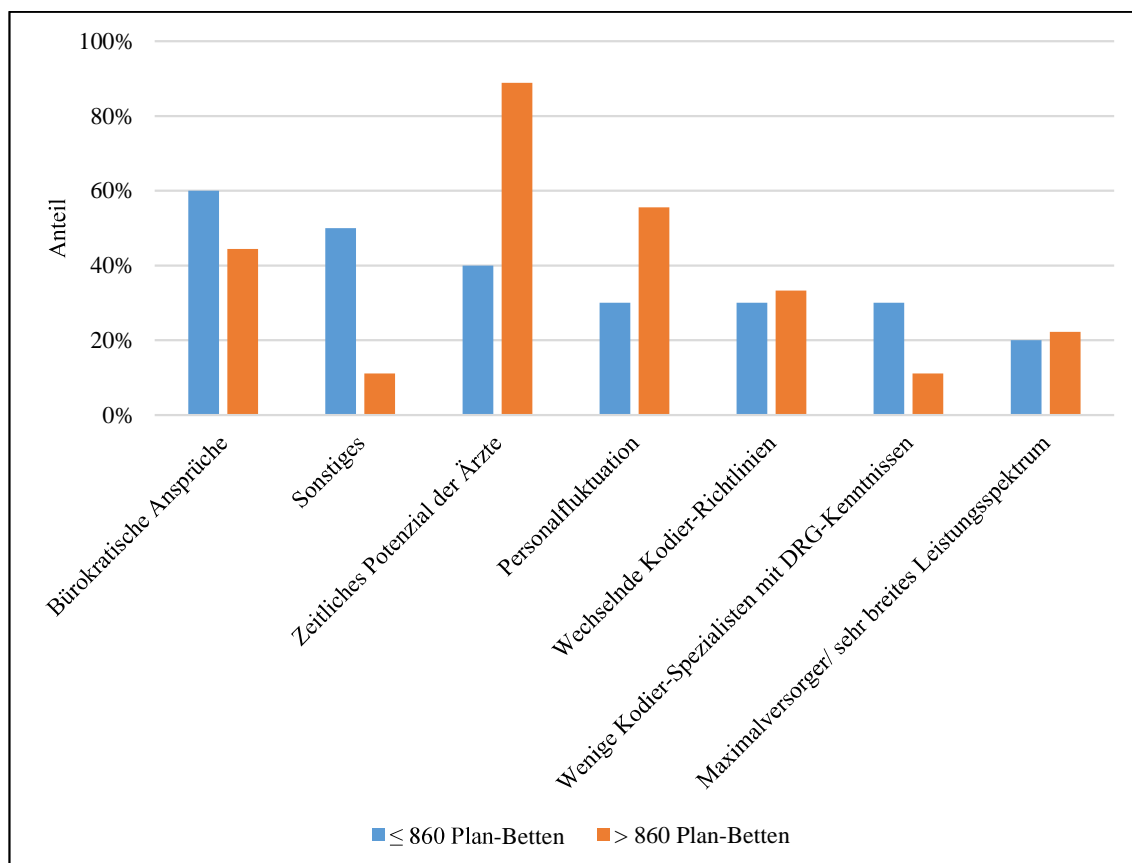


Abb.: 19 Schwierigkeiten bei der Kodierung, n=18

### 3.1.4.1.3 ReWe/Finanzen

Im Bereich Rechnungswesen/Finanzen zeigt sich, dass die Krankenhäuser in folgenden Bereichen gut aufgestellt sind: Inventurrichtlinien, einheitliche Bilanzierungshandbücher, ein unternehmensweiter einheitlicher Kontenrahmen und die Standardisierung der Buchhaltungssoftware. Aus den Priorisierungen sticht hervor, dass der Standardisierung innerhalb des Rechnungswesens eine hohe Bedeutung beigemessen wird. Dieses wird in der nachfolgenden Abbildung 22 deutlich. Um die Qualität der Daten innerhalb des Rechnungswesens sicherzustellen, können drei unterschiedliche Bedeutungskategorien genannt werden: Die bereits aufgeführten Kriterien haben eine hohe Bedeutung, hingegen wird der Verknüpfung der

Finanz- und Lagerbuchhaltung, als auch der Lagerbuchhaltung mit unterjähriger Inventur, eine geringe Bedeutung beigemessen und sie sind verbesserungswürdig, während eine mittlere Bedeutung regelmäßigen Schulungen der Mitarbeiter, dem Rechnungseingangsbuch und der laufenden Verbesserung des internen Kontrollsystems beigemessen wird.

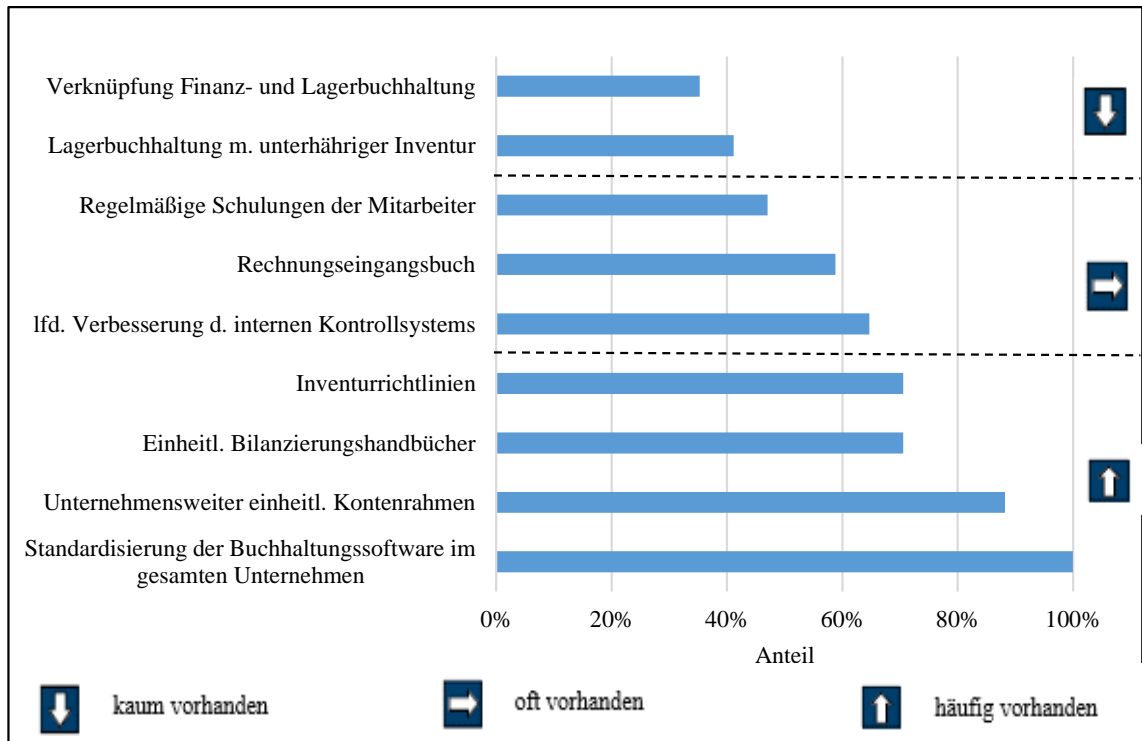


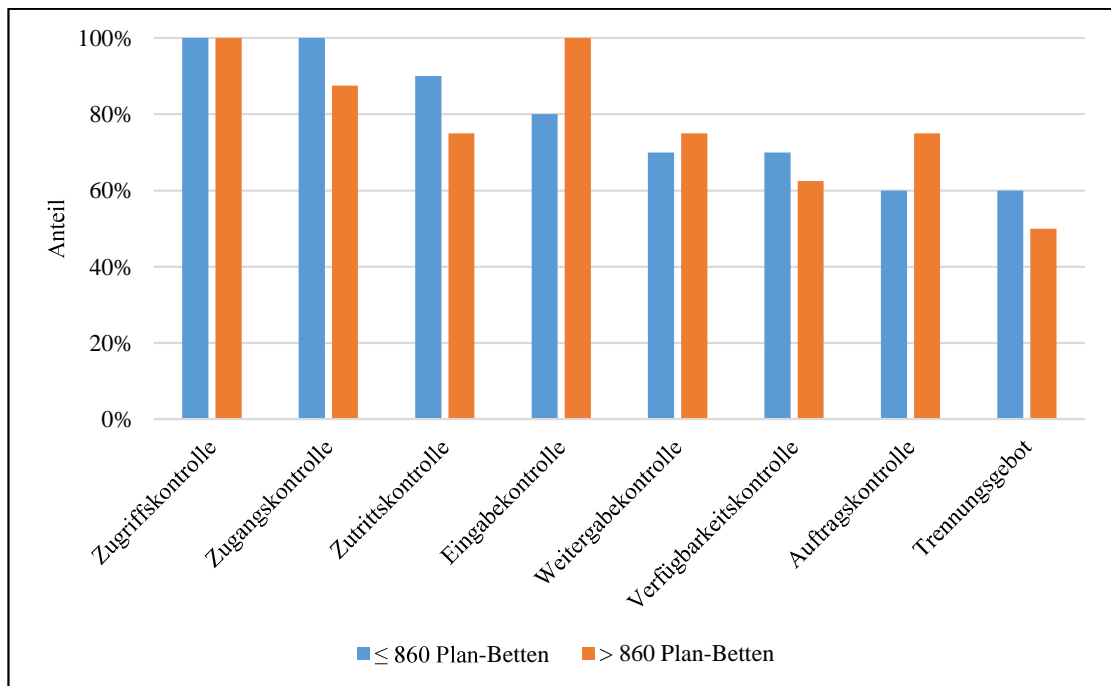
Abb.: 20 Qualitätssicherung im Rechnungswesen zur Einhaltung der Grundsätze ordnungsmäßiger Buchhaltung, n=17

Im Rahmen des Einsatzes von Bilanzierungshandbüchern kann festgehalten werden, dass 91,67% der befragten Krankenhäuser sowohl Anlagenbücher, als auch Handbücher im Debitoren- und Kreditorenmanagement halten. Dieses Ergebnis unterstützt die These, dass der Standardisierung in der Buchhaltung eine hohe Bedeutung zuteilwird.

#### 3.1.4.1.4 Informationstechnologie

Die nachfolgende Abbildung 21 visualisiert Maßnahmen im Umgang mit personenbezogenen Daten in der IT, differenziert nach mittelgroßen-kleinen und großen Krankenhäusern. Wie aus der Abbildung ersichtlich, gibt es zwei signifikante Unterschiede zwischen mittelgroßen-kleinen und großen Krankenhäuser und zwar bei der Zugangskontrolle und Eingabekontrolle. Zugangskontrollen führen die befragten mittelgroßen-kleinen Krankenhäuser zu 100% und die befragten großen Krankenhäuser nur zu 87,50% durch. Bei den konkreten Maßnahmen, die getroffen werden, um den Zugang zu kontrollieren, ist erwähnenswert, dass nur 85,71% der großen Krankenhäuser Benutzername und Passwort nutzen, bei den mittelgroßen-kleinen Krankenhäusern jedoch 100%. Magnet- und Chipkarte werden von den mittelgroßen-kleinen

Krankenhäusern häufiger (40%) genutzt als bei den großen Krankenhäusern (25,57%). Ein PIN-Verfahren als Zugangskontrolle nutzen bei den mittelgroßen-kleinen Krankenhäusern 10%. Bei den befragten großen Krankenhäusern wird dieses Verfahren nicht genutzt. Bei dem zweiten signifikanten Unterschied zwischen mittelgroßen-kleinen und großen Krankenhäusern, der Eingabekontrolle, führen diese nur 80% der mittelgroßen-kleinen Krankenhäuser, jedoch 100% der großen Krankenhäuser durch. Weiterhin ist auch erwähnenswert, dass sowohl bei den mittelgroßen-kleinen als auch bei den großen Krankenhäusern, wie aus der Abbildung ersichtlich, 100% eine Zugriffskontrolle durchführen. Als konkrete Maßnahmen wurden von 90% der mittelgroßen-kleinen Krankenhäuser hierzu angegeben, eine Firewall installiert zu haben. Bei den großen Krankenhäusern hingegen 100%. Ein Berechtigungskonzept wird sowohl von den mittelgroßen-kleinen Krankenhäusern, als auch den großen Krankenhäusern in fast gleicher Höhe als Zugriffskontrolle genutzt. Bei den mittelgroßen-kleinen Krankenhäusern 90% und bei den großen Krankenhäusern 87,50%. Eine weitere Maßnahme, die von beiden Gruppen häufig eingesetzt wird, ist die Vergabe von Administratorenrechten. Auch hier führen 90% der mittelgroßen-kleinen und 87,50% der großen Krankenhäuser an, diese zu vergeben. Ein weiterer Punkt, der aus der Abbildung 22 ersichtlich wird, ist, dass Zutrittskontrollen von beiden Gruppen oftmals durchgeführt werden. 90% der mittelgroßen-kleinen Krankenhäuser und 75% der großen Krankenhäuser geben an, diese Kontrollmaßnahme zu nutzen. Als konkrete Maßnahme werden von den beiden Gruppen der befragten Krankenhäuser, die eine Zutrittskontrolle installiert haben, bei den großen 100% und bei den mittelgroßen-kleinen Krankenhäusern 90%, verschlossene Türen genannt. Alarmanlagen und Wachdienst werden jeweils von 30% der mittelgroßen-kleinen Krankenhäuser und zu 50% von den großen Krankenhäusern genutzt. Durch Maßnahmen wie Firewall, Benutzername mit Passwort und verschlossene Türen können relativ kostengünstig erste Schritte ergriffen werden, um eine Zugriffs-, Zugangs- und Zutrittskontrolle zu gewährleisten. Es ist deswegen nachvollziehbar, dass eine Vielzahl der mittelgroßen-kleinen und großen Krankenhäuser dieses bereits implementiert haben.



**Abb.: 21 Maßnahmen im Umgang mit personenbezogenen Daten, n=18**

Die nachfolgende Abbildung 22 analysiert, wie die Datensicherheit in Krankenhäusern sichergestellt wird. Aus der Abbildung wird deutlich, dass signifikante Unterschiede zwischen mittelgroßen-kleinen und großen Krankenhäusern nur hinsichtlich der Punkte Schulungen, regelmäßiges Prüffeld der internen Revision und IT-Sicherheitsbeauftragter bestehen. Sowohl das Instrument Schulungen (80%), als auch das Instrument Prüffeld der internen Revision (50%) werden von den mittelgroßen-kleinen Krankenhäusern mehr eingesetzt, als von den großen Krankenhäusern (Schulungen 66,67% und Prüffeld der internen Revision 11,11%). Über einen IT-Sicherheitsbeauftragten, der für die Sicherstellung der Daten zuständig ist, verfügen jedoch die großen Krankenhäuser (77,78%) öfters, als die mittelgroßen-kleinen Krankenhäuser (40%). Neben den signifikanten Unterschieden zwischen mittelgroßen-kleinen und großen Krankenhäusern ist auch erwähnenswert, dass zu 100 % von beiden Gruppen angegeben wird, dass mithilfe eines Datenschutzbeauftragten Datensicherheit gewährleistet wird.

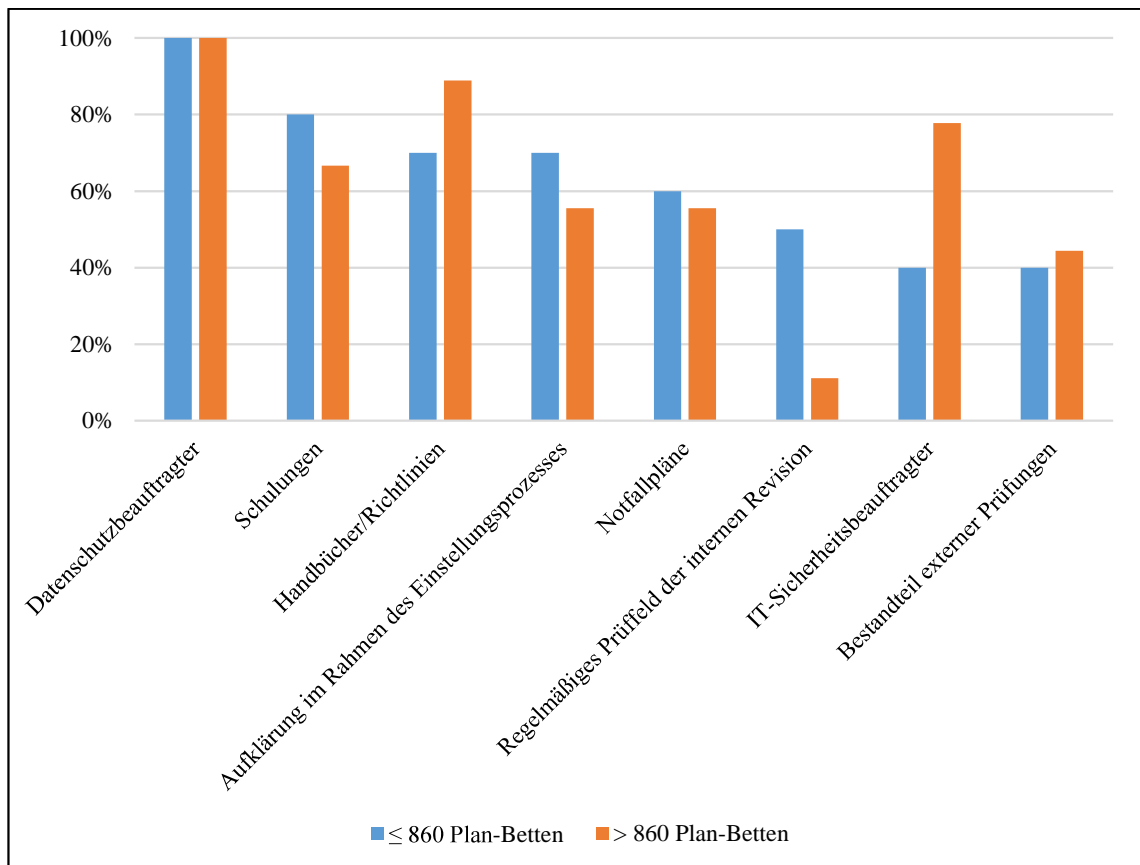
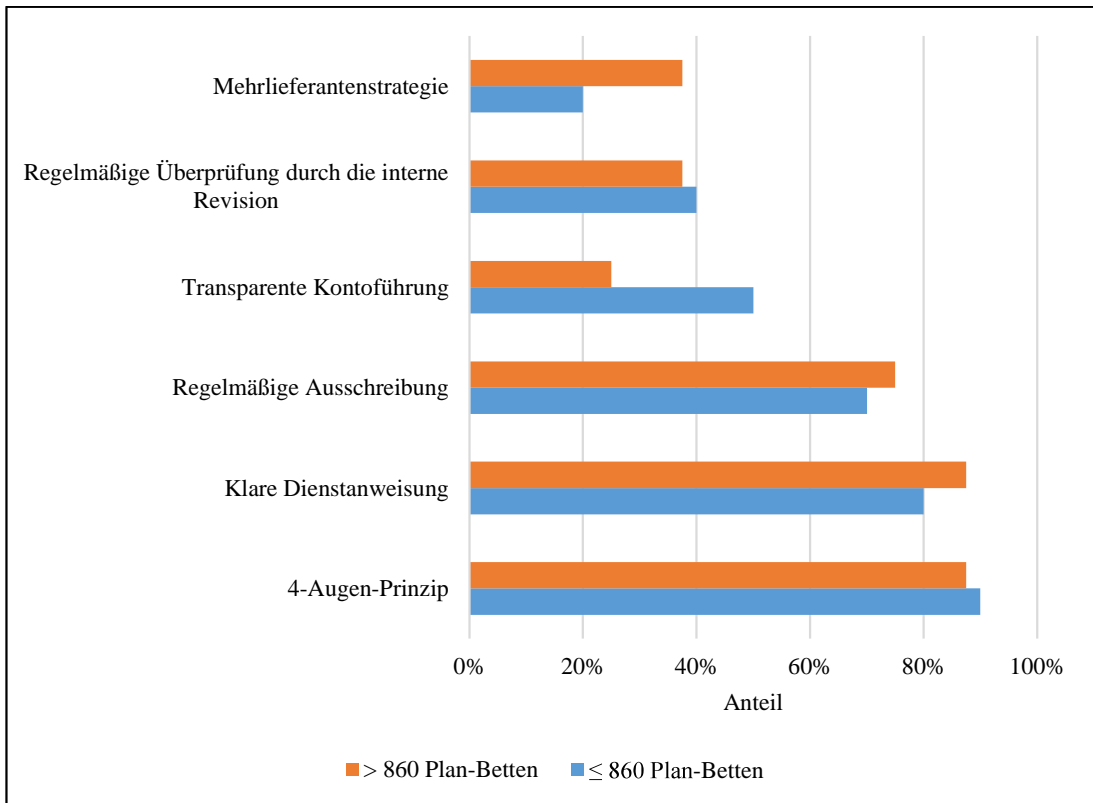


Abb.: 22 Sicherstellung Datensicherheit, n=19

### 3.1.4.1.5 Materialwirtschaft

Eine Lieferantenbewertung im Bereich der „Materialwirtschaft“ wird bei rd. 67 % der Krankenhäuser bedarfsweise durchgeführt. Das andere Drittel der Krankenhäuser gibt an diese jährlich durchzuführen. Ein Krankenhaus gibt an keine Lieferantenbewertungen durchzuführen.

Die nachfolgende Grafik zeigt, wie präventiv gegen Bestechlichkeit in Krankenhäusern vorgegangen wird. Dazu zählen die Mehrlieferantenstrategie, die Transparente Kontoführung“, die Regelmäßige Überprüfung durch interne Revision, die Regelmäßige Ausschreibung, die Klare Dienstanweisung und das „4-Augen-Prinzip“. Das Risiko der Bestechlichkeit wird in den Krankenhäusern überwiegend durch Regelmäßige Ausschreibungen, Klare Dienstanweisungen und das „4-Augen-Prinzip“ erkannt und verhindert. Bei Krankenhäuser mit >860 Plan-Betten erhielten Klare Dienstanweisungen und das „4-Augen-Prinzip“ 87,50% und Regelmäßige Ausschreibungen 75%, während bei den Krankenhäusern mit ≤ 860 Plan-Betten das „4-Augen-Prinzip“ den höchsten Prozentwert von 90% erhält und Regelmäßige Ausschreibungen sowie Klare Dienstanweisungen einen Prozentwert von 70% und 80% aufweisen.



**Abb.: 23 Bestechlichkeit im Einkauf erkennen und verhindern durch, n=18**

## **4 Optimierungsansätze / oder Ergebnisse für die Erfassung und das Management von Compliance-Risiken in deutschen Krankenhäusern**

Deutsche Krankenhäuser befinden sich hinsichtlich des Themas Compliance in einer sie herausfordernden Situation. Zusammenfassend ist aus dieser Studie positiv hervorzuheben, dass alle Probanden sich über die steigende Relevanz von Compliance-Risiken in der Zukunft bewusst sind. Eine allgemeingültige Lösung wie mit Compliance umgegangen werden sollte und wie Fehler vermieden werden können, gibt es leider nicht. Dementsprechend gehen die befragten Institutionen die Prozesse abweichend an und schätzen die Risiken unterschiedlich ein. Im nachfolgenden Kapitel werden die aus den Untersuchungsergebnissen resultierenden Optimierungsvorschläge aufgezeigt.

### **4.1 Optimierung der Führungsprozesse**

Im Bereich der „Planung und Steuerung/ Geschäftsprozesse“ geben 71% der Krankenhäuser bereits an, Risiken zu benennen und zu quantifizieren. Das bedeutet, dass ein Großteil der Krankenhäuser Risikomanagement betreibt. Allerdings bedeutet Compliance eine Professionalisierung des Risikomanagements, um eben auch den (relevanten) Rechtsrahmen inklusive der internen Richtlinien zu identifizieren und zu bewerten, und vor allem die Risiken bei Nichteinhaltung. Risiken sollten somit umfassender benannt und quantifiziert werden.

Bezüglich der Geschäftsprozesse ist kritisch zu sehen, dass die großen Krankenhäuser in der Mehrheit „top-down“ planen. Eine Empfehlung wäre, zu überdenken, ob die Etablierung der vermehrten Nutzung des „Gegenstrom-Verfahrens“ zielführend ist, um Risiken von vornherein durch die Spiegelung der „Bottom-up-Prozesse“ mit zu berücksichtigen.

Außerdem ist eine Empfehlung im Rahmen der klar strukturierten Geschäftsabläufe eine zentrale Verantwortlichkeit für Compliance einzurichten. Denkbar wäre ein Compliance-Officer mit zentraler Verantwortlichkeit für den Themenbereich Compliance.

Im Bereich des „Personalmanagement“ dominiert bei den Compliance-Risiken vor allem der Verstoß gegen „gesetzliche Vorgaben“. Daraus resultiert, dass bisher vor allem gesetzliche Aspekte Beachtung finden im Gegensatz zu anderen möglichen Bereichen wie „Zertifizierungen“, „Strukturvoraussetzungen der Krankenkassen“ und „Qualitätsstandards“. Das Thema Compliance im Einstellungsprozess ist bisher nur bei den Krankenhäusern >860 Plan-Betten von großer Relevanz. Die Krankenhäuser ≤ 860 Plan-Betten thematisieren dieses bisher nur bedingt. Es sollte als Standard in den Krankenhäusern verankert werden, das Thema Compliance direkt im Einstellungsprozess mit den zukünftigen Mitarbeitern zu thematisieren und eine Richtlinie auszuhändigen und gegenzeichnen zu lassen. So kann das Krankenhaus sichergehen, dass das Thema Compliance jeden Mitarbeiter im Krankenhaus von Anfang an



erreicht und so mögliche Vergehen bezüglich gesetzlicher Vorgaben oder interner Richtlinien bereits im Voraus zu verhindern. Das Thema Compliance-Risiken in Zielvereinbarungsgesprächen ist bisher bei der Mehrheit der Krankenhäuser nicht integriert und auch nicht geplant. Sinnvoll wäre es unser Erachtens, dass die Teilnahme an Schulungen zu Compliance für Mitarbeiter in diesem Rahmen thematisiert wird, insbesondere für den Compliance-Officer bzw. den zuständigen Mitarbeiter für Compliance, sowie die Festlegung direkter Ziele für diese Position in Bezug auf die Umsetzung von Compliance im Krankenhaus.

Im Bereich des „Qualitätsmanagements“ liegen in den Krankenhäusern als Qualitätsstandards viele Richtlinien/ Handbücher vor. Insbesondere im „Hygienemanagement“ und in der „medizinischen Qualitätssicherung“ geben fast alle Krankenhäuser den Besitz dessen an. In den Bereichen „Umwelt-/Nachhaltigkeitsmanagement“ und „Studien-/Forschungsmanagement“ sind bisher kaum Richtlinien/ Handbücher vorhanden und die Krankenhäuser können sich in diesen Bereichen zukünftig noch optimieren. Zukünftig ist auch die Errichtung eines Compliance-Handbuchs als Querschnittsaufgabe des Unternehmens eine Empfehlung. Als positiv ist zu nennen, dass im Bereich der Dokumentation alle Krankenhäuser angeben, ihre Geschäftsprozesse zu dokumentieren.

## **4.2 Optimierung der Kernprozesse**

Für die Krankenhäuser mit >860 Plan-Betten haben die Gesetze, die für das „Marketing“ relevant sind, im Vergleich zu den Krankenhäusern mit  $\leq 860$  Plan-Betten, gemäß Auswertung eine höhere Bedeutung. Von Relevanz sind in der Auswertung das Heilmittelwerbegesetz, die (Muster-) Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte, Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb, das Telemediengesetz und das Urheberrechtsgesetz. Der Auswertung nach zu urteilen schließen wir darauf, dass die mittelgroßen-kleineren Krankenhäuser insgesamt dem Bereich Marketing einen geringeren Stellenwert beimessen, als die großen Krankenhäuser, da alle Gesetze nur mit einer mittleren Bedeutung gewertet wurden.

Zusammenfassend ist im Bereich „Diagnostik und Behandlung“ großer Handlungsbedarf in der Kommunikation erkennbar. Risiken entstehen durch unzureichende Informationsweitergabe und Fehler werden „vertuscht“ und nicht benannt. Dieses ist ein Anzeichen für eine unzureichende anonyme Weitergabe-Möglichkeit. Da die Fehlerkultur in den Krankenhäusern bisher rudimentär ausgeprägt ist, wäre die Einführung einer Fehlerkultur wünschenswert, bspw. in Form einer Feedbackplattform. Außerdem kann eine „Whistleblower Hotline“ im Intranet erstellt werden. Den Mitarbeitern müssen künftig Möglichkeiten aufgezeigt und zugänglich gemacht werden, um den Risiken durch Kommunikationsdefiziten entgegenzuwirken.

Die Auswertung zur korrekten Medikamentenvergabe zeigt, dass in mittelgroßen-kleinen Krankenhäusern viel händisch erfolgt und die gegenseitige Kommunikation untereinander als wichtig erachtet wird. Durch Rücksprachen und doppelte Absicherung versuchen mittelgroße-kleine Krankenhäuser Fehler zu vermeiden, während die großen Krankenhäuser prozessualer aufgestellt sind. Eine IT-gestützte Medikamentenvergabe erhöht die Arzneimittelsicherheit. Dieses ist von enormer Bedeutung, da bspw. Kontraindikationen bei der Vielzahl an Medikamenten und Pharmaherstellern von Seiten der Ärzte nicht mehr überschaubar sind.

### **4.3 Optimierung der Unterstützungsprozesse**

Resultierend aus der Auswertung des Bereichs „Steri/Hygienemanagement“ ist zusammenfassend erkennbar, dass alle Institutionen Hygieneschulungen durchführen und auf diesem Wege die Mitarbeiter über die notwendigen Vorschriften informieren. Auch das Intranet wird häufig genutzt. Innovative Konzepte wie „E-Learning-Tools“ werden häufiger von großen Krankenhäusern angewendet. Anhand der Analyse ist zu erkennen, dass insbesondere in den mittelgroßen-kleinen Krankenhäusern in diesem Bereich noch Handlungsbedarf besteht. In der heutigen Zeit schreitet die Technik immer weiter voran und bietet die Möglichkeit Kommunikationsdefizite zu verbessern. „E-Learning-Tools“ können dabei hilfreich sein. So haben die Mitarbeiter zu jeder Zeit die Möglichkeit Vorschriften nachzulesen. Die Anwendungen sind in unterschiedlichen Sprachen einstellbar, so dass auch der zukünftig zu erwartenden höheren Internationalität, auch bezüglich des Personals Rechnung getragen wird. Positiv ist festzustellen, dass es bei der Mehrheit der Institutionen gesonderte Fachkräfte für den Bereich Hygienemanagement gibt. Vor allem in großen Krankenhäusern werden diese durch Zusatzausbildungen qualifiziert.

Im Bereich „Kodierung und Dokumentation“ sind wiederkehrende Risikoquellen identifiziert worden. Wie im Bereich „Diagnostik und Behandlung“ entstehen Dokumentationsfehler aufgrund von Kommunikationsdefiziten, Ablenkung und erhöhter Arbeitsbelastung. Zudem stellen der Zeitmangel der Ärzte sowie die Personalfuktuation Probleme bei der Kodierung dar. Krankenhäuser sollten ihr Kommunikationskonzept diesbezüglich neu ausrichten. Durch Mitarbeiterschulungen könnten Fehler in der Kodierung und der Dokumentation vermieden werden. Außerdem wird empfohlen den Ärzten Zeitkontingente zu Dokumentationszwecken einzuräumen. IT-Systeme können zudem die Arbeitsabläufe optimieren und eine Zeitersparnis bieten.

Im Bereich „Rechnungswesen/Finanzierung“ ist auffällig, dass der Standardisierung in der Buchhaltung eine hohe Bedeutung zuteilwird. Dieser Bereich hat auch für die mittelgroßen-kleinen Krankenhäuser die derzeit höchste Bedeutung. Dieses Ergebnis ist stichhaltig, da im Zuge der Digitalisierung, so wie sie bereits in den (Krankenhaus-) Alltag Einzug hält, eben diese

Entwicklung forciert und zukünftig hohes Entlastungspotenzial birgt. Dieses Entlastungspotenzial lässt sich auch auf die Personalkosten, als auch die zukünftig verbesserten Geschäftsprozesse beziehen, die die Standardisierung mit sich bringt. Zudem geht mit einer Technologisierung eine höhere Validität der Zahlen einher. Diese sind unabdingbare Grundlage für eine fundierte Entscheidungsgrundlage der Geschäftsführung, die die Zahlenauswertungen bieten sollen. Wie die empirische Analyse in Kapitel 3 gezeigt hat, ist eine Verbesserung in den Bereichen der Verknüpfung der Finanz- und Lagerbuchhaltung als auch der Lagerbuchhaltung mit unterjähriger Inventur zu empfehlen.

Im Bereich „Informationstechnologie“ werden bereits einige erste Maßnahmen unternommen, um den Anforderungen des Datenschutzes gerecht zu werden. Auch zukünftig wird der Bereich Informationstechnologie sowohl von den mittelgroßen-kleinen Krankenhäusern mit 1,33, als auch von den großen Krankenhäusern mit 1,00 eine hohe Bedeutung zugemessen. Inwieweit Krankenhäuser die bisherigen Maßnahmen weiter ausbauen sollten, muss individuell nach Abwägung der Kosten einerseits und des Nutzens der einzelnen Maßnahmen andererseits entschieden werden. Zukünftig sollte der Fokus im Investitionsbedarf verstärkt auf IT-Systeme gerichtet sein, da eine moderne Technologie in allen Bereichen einen immer höheren Stellenwert einnimmt. Allerdings ist in Bezug auf den bereits angesprochenen Megatrend der Digitalisierung eine umfassende zunehmende Bedeutung dieses Prozesses zu erwarten und eine Intensivierung der Anstrengungen in diesem Bereich zu empfehlen.

Im Bereich der „Materialwirtschaft“, speziell der Lieferantenbewertung, sind die befragten Krankenhäuser gut aufgestellt und führen diese überwiegend bedarfsweise oder jährlich durch. Allerdings sollten alle Krankenhäuser zukünftig eine regelmäßige Lieferantenbewertung durchführen und von der bisher bedarfsweisen Lieferantenbewertung abweichen. Bei dem Compliance-Risiko „Bestechlichkeit im Einkauf“ kommt vor allem dem „4-Augen-Prinzip“ eine wichtige Bedeutung zu.

## 5 Fazit

Die Krankenhäuser mit  $\leq 860$  Plan-Betten ordnen die höchste derzeitige Bedeutung der Compliance-Risiken mit einem durchschnittlichen Wert von 1,40 dem „Rechnungswesen/ Finanzen“. Darauf folgt das „Sterilisations- und Hygienemanagement“ mit 1,50. Der Bereich der „Marketing/PR“ erhält den geringsten durchschnittlichen Wert, allerdings immer noch einen Wert der mittleren Bedeutung von durchschnittlich 2,20. Positiv zu beurteilen ist, dass die mittelgroßen-kleinen Krankenhäuser in allen Bereichen eine durchschnittlich hohe, zukünftige Bedeutung angeben. Dabei spielt der Bereich „Kodierung/ Dokumentation“ bei allen Krankenhäusern die wichtigste zukünftige Rolle (1,10). Zukunftsthemen wie künstliche Intelligenz spielen hier eine große Rolle und sind zu beachten.

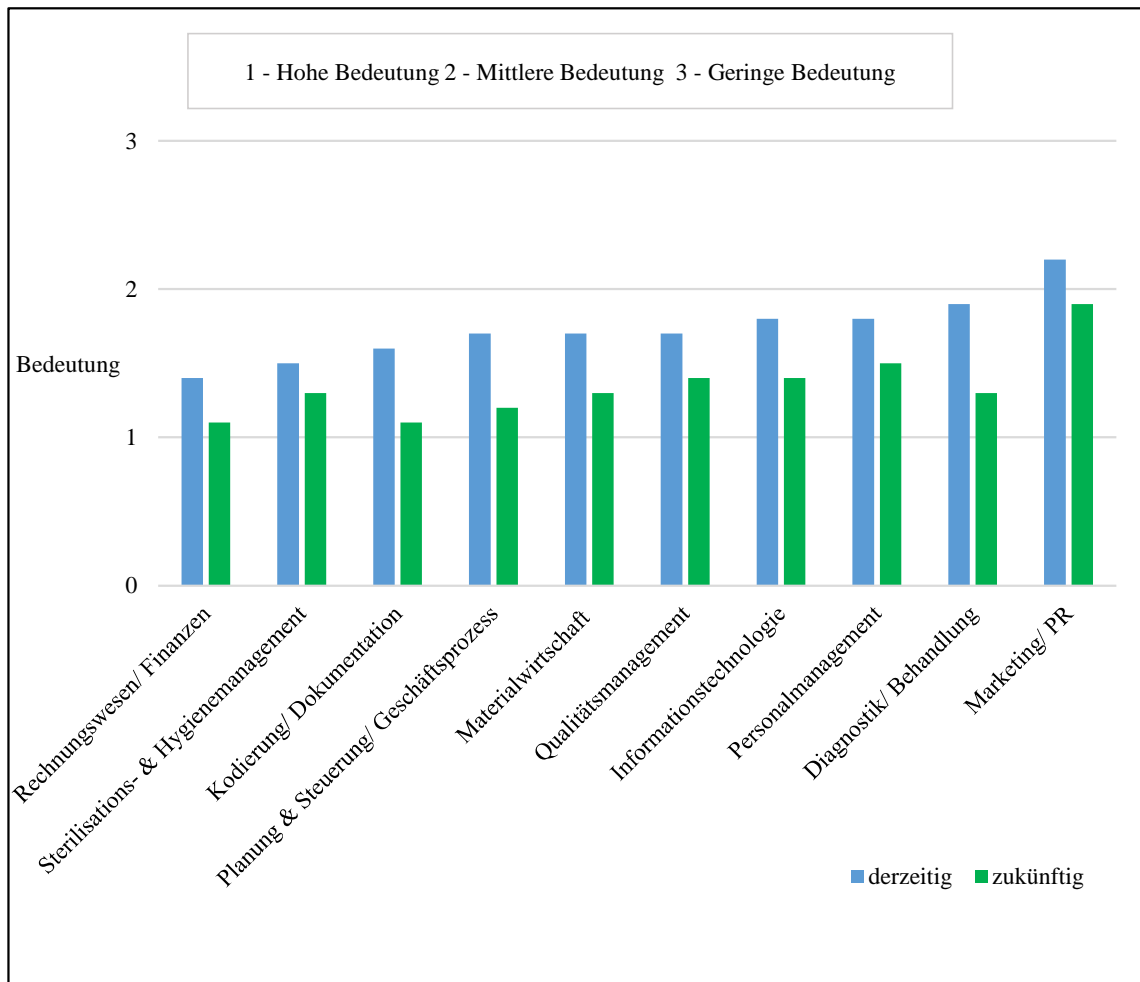


Abb.: 24 Gesamteinschätzung von kleinen Krankenhäusern in Bezug auf die derzeitige und zukünftige Bedeutung von Compliance-Risiken, n=10

In Krankenhäusern mit > 860 Plan-Betten wurde mit einem durchschnittlichen Wert von 1,43 in dem Bereich der „Informationstechnologie“ die höchste Bedeutung abgegeben. Auch die zukünftige Bedeutung mit einem angegebenen durchschnittlichen Wert aller Krankenhäuser von 1,00 stellt in diesem Bereich den stärksten Wert. Die Bereiche „Qualitätsmanagement“ und „Marketing/PR“ haben die derzeitig geringsten Werte erhalten, jedoch auch immer noch einen Wert im Bereich der mittleren Bedeutung. Die zukünftige Bedeutung erhält vor allem in den Bereichen „Informationstechnologie“ und „Sterilisations- & Hygienemanagement“ eine hohe Bedeutung.

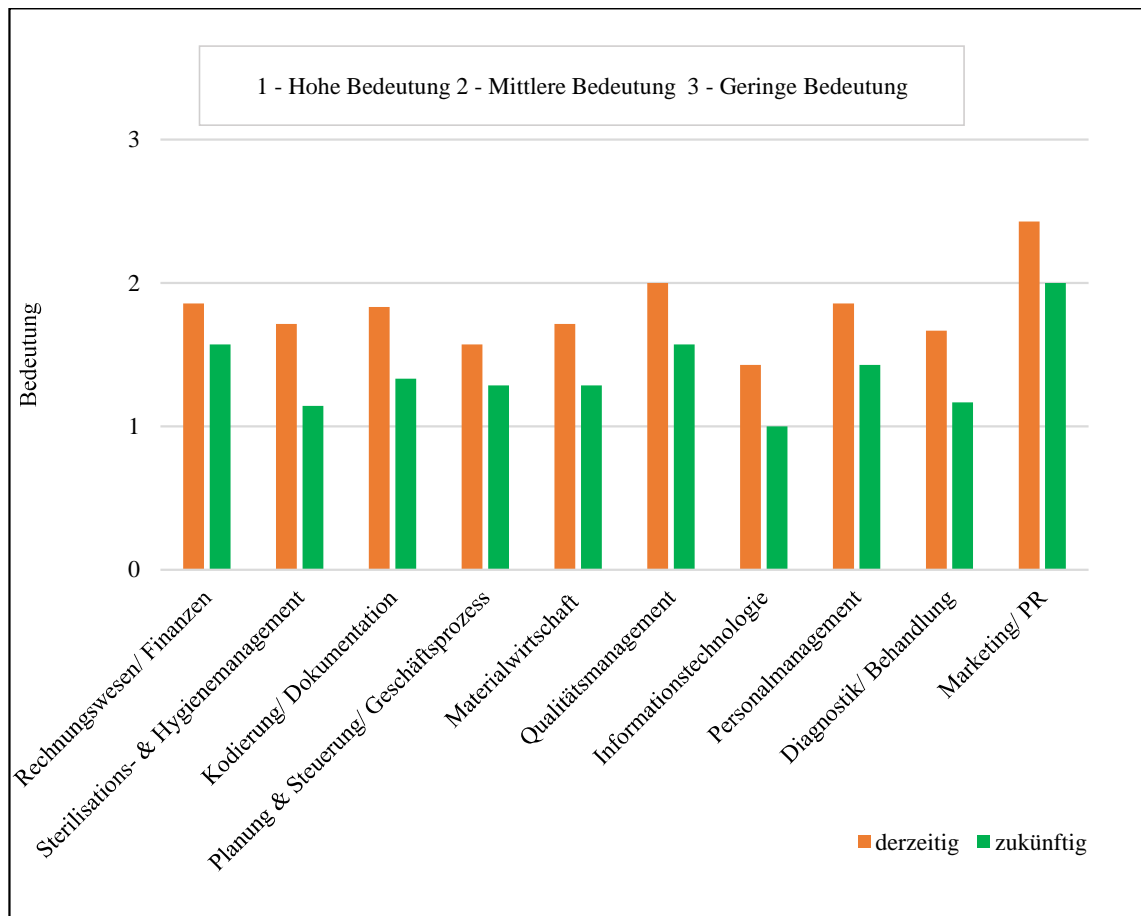


Abb.: 25 Gesamteinschätzung von großen Krankenhäusern in Bezug auf die derzeitige und zukünftige Bedeutung von Compliance-Risiken, n=7

Nach Auswertung der Ergebnisse aus unserer Untersuchung muss als Resümee auf die große Bedeutung von Compliance-Risiken im Krankenhaus verwiesen werden. Die Krankenhäuser sollten sich der präventiven Aufgabe von Compliance bewusst werden und zur Risikominimierung bzw. zum Risikoausschluss ein wirkungsvolles Compliance-Management-System installieren. Dieses gilt umso mehr vor dem aktuellen Hintergrund des Sparzwangs der Träger. 64% der Krankenhäuser, die an der Studie teilgenommen haben, befindet sich in einer Trägerschaft der öffentlichen Hand. Sparzwänge, die tief in die Steuerungsprozesse vordringen, sind bei „chronisch leeren Kassen“ der Kommunen und Länder nicht auszuschließen. Gerade deswegen ist Compliance ein geeignetes Mittel, um für den Krisen- und Haftungsfall Geschäftsabläufe zu dokumentieren und ggf. eine Kenntnisnahme von Fehlern ausschließen und

beweisen zu können. Durch die bisher genannten Änderungen in den gesetzlichen Vorschriften ist zu erwarten, dass Verstöße gegen Richtlinien stärker geahndet werden, da im selben Zuge Strafverfolgungsbehörden mehr personelle Kapazitäten aufbauen werden, um in eben diesen Bereichen strafrechtlich aktiv zu werden. Krankenhäuser als Wirtschaftsunternehmen geraten über diese Entwicklungen stärker in den Fokus. Zukünftig sollten die Krankenhäuser ein gut durchdachtes Compliance-Management-System implementieren. Diese Auswertung kann ein erster Schritt sein, um die Schwachstellen in Bezug auf Compliance-Risiken in Krankenhäusern zu identifizieren.

## **Literaturverzeichnis**

### **Augurzky et al. (2015)**

Augurzy, B., Krolop, S., Hentschker, C., Pilny A, Schmidt, C. M.: Krankenhaus Rating Report 2015: Bad Bank für Krankenhausausstieg vor der Tür?. 2015. Heidelberg: Medhochzwei.

### **Bartels/Wülfing/Ohlen (2013)**

Bartels, C.; Wülfing, T.; Ohlen, C.: Corporate Governance und Compliance im Krankenhaus. In: Debatin, J.F. et al. (Hrsg.): Krankenhausmanagement. Strategien, Konzepte, Methoden. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. 2013, S. 63-66.

### **Behringer (2016)**

Behringer, S.: Compliance für KMU. 2. Aufl., 2016. Berlin: Erich Schmidt Verlag.

### **Bussmann/Nestler/Salvenmoser (2016)**

Bussmann, K. D., Nestler, C., Salvenmoser, S.: Wirtschaftskriminalität in der analogen und digitalen Wirtschaft 2016. Studie der PricewaterhouseCoopers AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft und der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. 2016. Zugriff am 18.06.2017, von: <https://www.pwc.de/de/risikomanagement/assets/studie-wirtschaftskriminalitaet-2016.pdf>.

### **Döring/Bortz (2016)**

Döring, N., Börtz J.: Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. 5. Aufl., 2016. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.

### **Ennker/Pietrowski/Kleine (2007)**

Ennker, J., Pietrowski, D., Kleine, P. (Hrsg): Risikomanagement in der operativen Medizin. 2007. Darmstadt: Steinkopf.

**Gehring et al. (2017)**

Gehring, C. L., Schiller, W., Bosse, C. F., Kim-Reinartz, A. K.: Compliance im Klinikmarkt: Studie zum Stand und zur Entwicklung von Compliance-Strukturen in deutschen Krankenhäusern. Studie der Ernst & Young GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Deutscher Krankenhaus Kompass GmbH und RHÖN- KLINIKUM AG. 2017. Zugriff am 18.06.2017, von: [https://www.rhoenklinikummag.com/fileadmin/files/konzern/Dokumente/Studie Compliance im\\_ Krankenhaus\\_2016.pdf](https://www.rhoenklinikummag.com/fileadmin/files/konzern/Dokumente/Studie%20Compliance%20im_Krankenhaus_2016.pdf).

**Hauschka/Moosmayer/Lösler (2011)**

Hauschka C. E., Moosmayer K., Lösler T. (2016): Corporate Compliance. 2016. München: C. H. Beck.

**Höreth/Hülsbömer/Kalt (2016)**

Höreth, U., Hülsbömer, A., Kalt, G.: COMPLIANCE: Handlungsoptionen im Mittelstand. Studie von Ebner Stolz Mönning Bachem, Wirtschaftsprüfer Steuerberater Rechtsanwälte Partnerschaft mbB und F.A.Z.-Instituts. 2016. Frankfurt am Main: Boschen Offsetdruck.

**IDW PS 980 (2011)**

IDW PS 980. Grundsätze ordnungsgemäßer Prüfung von Compliance Management Systemen. Stand: 11.03.2011. Düsseldorf: IDW Verlag.

**o.V. (2017)**

o.V.: Compliance and Auditing Benchmark Report 2017. Studie von Healthicity. 2017.

**Potinecke/Teicke/Block (2017)**

Potinecke, H. W., Teicke, T., Block, F.: Compliance-Barometer 2016. Studie von CMS Hasche Sigle Partnerschaft von Rechtsanwälten und Steuerberatern mbB. 2017. Berlin: Erich Schmidt Verlag.

**Pyrcek (2016)**

Pyrcek, A.: Existing Practice in Compliance 2016: Stand und Trends zum Integritäts- und Compliance-Management in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Studie der Ernst & Young GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Forum Compliance & Integrity und dem Zentrum für Wirtschaftsethik. 2016. Zugriff am 18.06.2017, von: [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).



**Schuster/Rapp (2016)**

Schuster, J., Rapp, B.: Innerbetriebliche Compliance-Organisation in Schmola, R., Rapp, B. (Hrsg.): Prozessorganisation: Compliance, Governance und Risikomanagement im Krankenhaus: Rechtliche Anforderungen – Praktische Umsetzung – Nachhaltige Organisation. 2016. Wiesbaden: Springer Gabler. S. 25-58.

**Vanini (2012)**

Vanini, U.: Risikomanagement: Grundlagen – Instrumente – Unternehmenspraxis. 2012. Stuttgart: Schäffer Poeschel

**Weber (2016)**

Weber, B.: Rechtliche Herausforderungen durch Compliance in Schmola, R., Rapp, B. (Hrsg.): Prozessorganisation: Compliance, Governance und Risikomanagement im Krankenhaus: Rechtliche Anforderungen – Praktische Umsetzung – Nachhaltige Organisation. 2016. Wiesbaden: Springer Gabler. S. 3-24

## Anhang

<b>Jahr</b>	<b>Hrsg.</b>	<b>Titel</b>	<b>Anzahl n</b>	<b>Inhalt</b>
2016	Ernst & Young GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Forum Compliance & Integrity und dem Zentrum für Wirtschaftsethik	Existing Practice in Compliance 2016: Stand und Trends zum Integritäts- und Compliance- Management in Deutschland, Österreich und der Schweiz	Nicht veröffentlicht	Aktuelle Ausprägung der Integritäts- und Compliance- Management-Systeme in Unternehmen
2016	CMS Hasche Sigle Partnerschaft von Rechtsanwälten und Steuerberatern mbB	Compliance-Barometer 2016	176 Unternehmen	Entwicklungsstand von Compliance-Strukturen in Großunternehmen
2016	Ebner Stolz von Mönning Bachem, Wirtschaftsprüfer Steuerberater Rechtsanwälte Partnerschaft mbB und F.A.Z.-Institut	Compliance: Handlungsoptionen im Mittelstand	100 Entscheider	Bisherige Erfahrungen zur Einführung und Umsetzung von Compliance-Management-Systemen in mittelständischen Unternehmen
2016	PricewaterhouseCoopers AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft und der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg	Wirtschaftskriminalität in der analogen und digitalen Wirtschaft 2016	720 Unternehmen	Umgang deutscher Unternehmen mit Wirtschaftskriminalität in der analogen und digitalen Welt, sowie IT-Sicherheits- und Compliance-Maßnahmen im Status-quo
2015	RWI Essen	Krankenhaus Rating Report 2015: Bad Bank für Krankenhausausstieg vor der Tür?	Unbekannt	Aktuelle Situation der Compliance-Management-Systeme und Compliance-sensible Geschäftsprozesse und – bereiche in Krankenhäusern
2016	Ernst & Young GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Deutscher Krankenhaus Kompass GmbH und RHÖN-KLINIKUM AG	Compliance im Klinikmarkt: Studie zum Stand und zur Entwicklung von Compliance-Strukturen in deutschen Krankenhäusern	200 befragte Personen	Entwicklungsstand von Compliance-Management- Systemen in deutschen Krankenhäusern und welche Compliance-Risiken als besonders hoch eingeschätzt werden
2017	Healthicity	Compliance and Auditing Benchmark Report 2017	1.200 Führungskräfte	Überblick über Compliance im Gesundheitswesen und Unternehmen Hilfestellung bei dem Aufbau eines eigenen Compliance-Programms zu geben

# Compliance-Risiken 2017 in deutschen Krankenhäusern

(Bitte von der entsprechenden Fachabteilung bzw. dem Compliance-Officer auszufüllen)

Fachhochschule Kiel  
Fachbereich Wirtschaft  
Institut für Controlling  
Prof. Dr. Thomas Krolak  
Sokratesplatz 2  
24149 Kiel

Vielen Dank für die Teilnahme an unserer Studie!

Im Rahmen der Studie wird der Umsetzungsstand der sieben Compliance-Grundelemente eines Compliance Management Systems gemäß dem gleichnamigen Prüfungsstandard der Wirtschaftsprüfer (IDW PS 980) näher analysiert. Die Stichprobe der bundesweiten Studie umfasst die Universitätskliniken sowie rd. 500 Krankenhäuser.

Dieser Fragebogen ist auf das bedeutsame Compliance-Grundelement „Compliance Risiken“ fokussiert und wurde aus einem Gesamtprozessmodell für Universitätskliniken/ Krankenhäuser abgeleitet (s. Seite 2). Der Fragebogen enthält neben den allgemeinen Angaben zum Unternehmen insgesamt 28 Fragen und umfasst insgesamt 12 Seiten. Das Feedback aus den vorgenommenen Pretests hat ergeben, dass die Bearbeitungszeit rd. 20 Minuten betragen wird.

Diese Studie wird in Zusammenarbeit zwischen dem Institut für Controlling der Fachhochschule Kiel als Fachexperte und B-LUE Management Consulting GmbH als Branchenexperte für das Gesundheitswesen durchgeführt. Um die Datensicherheit und die Vertraulichkeit der Daten sicherzustellen, werden alle Fragebögen ausschließlich am Institut für Controlling ausgewertet. Die Kommentierung der Gesamtergebnisse erfolgt dann als Gemeinschaftsprojekt mit B-LUE.

Diese Studie wird in Zusammenarbeit zwischen dem Institut für Controlling der Fachhochschule Kiel als Fachexperte und B-LUE Management Consulting GmbH als Branchenexperte für das Gesundheitswesen durchgeführt. Um die Datensicherheit und die Vertraulichkeit der Daten sicherzustellen, werden alle Fragebögen ausschließlich am Institut für Controlling ausgewertet. Die Kommentierung der Gesamtergebnisse erfolgt dann als Gemeinschaftsprojekt mit B-LUE.

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird im vorliegenden Fragebogen die männliche Sprachform bei personenbezogenen Substantiven und Pronomen verwendet. Dies impliziert jedoch keine Benachteiligung des weiblichen Geschlechts, sondern soll im Sinne der sprachlichen Vereinfachung als geschlechtsneutral zu verstehen sein.

An dieser Stelle können Sie sich gerne namentlich oder anonym beteiligen. Falls Sie uns Ihre Kontaktdaten mitteilen, würden wir Ihnen die Ergebnisse der Studie zusenden, sofern Sie dies wünschen.

Ich nehme teil:

- In anonymisierter Form
- Namentlich

Krankenhaus: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

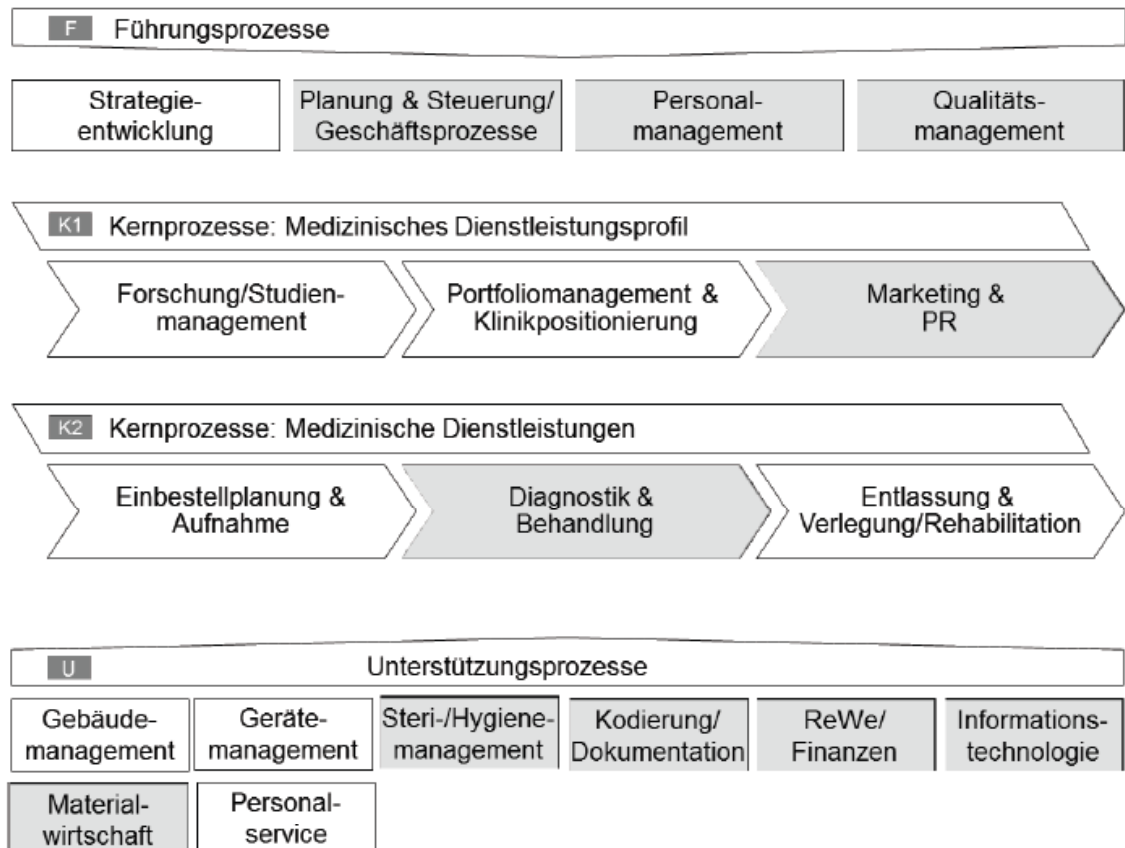
\_\_\_\_\_

Bitte senden Sie uns die Studienergebnisse kostenfrei zu:

- Ja
- Nein

### Aufbau und Struktur des Fragebogens:

Der Fragebogen basiert auf dem nachfolgenden Gesamtprozessmodell für Universitätskliniken/Krankenhäuser. Die Prozesse werden in Führungsprozesse, Kernprozesse und Unterstützungsprozesse untergliedert. Die für das Compliance Grundelement „Compliance-Risiken“ besonders relevanten Bereiche sind grau hinterlegt. Diese bilden die Gliederungsstruktur des Fragebogens ab und werden mit verschiedenen Unterfragen thematisiert.



Der Begriff „Compliance-Risiken“ in Anlehnung an den entsprechenden Prüfungsstandard der Wirtschaftsprüfer (IDW PS 980)

**Compliance-Risiken** stellen eine Gefahr für das Erreichen der Compliance-Ziele dar und können ggf. Verstöße gegen einzuhaltende Regeln zur Folge haben. Erkannte Risiken werden mit entsprechenden Verfahren auf Eintrittswahrscheinlichkeit und mögliche Folgen analysiert.

## Allgemeine Angaben zum Universitätsklinikum/Krankenhaus

1. Welches Leistungsspektrum/Versorgungsstufe deckt Ihr Krankenhaus ab?

- Universitätsklinikum
- Krankenhaus der Maximalversorgung
- Krankenhaus der Schwerpunktversorgung
- Krankenhaus der Grund- & Regelversorgung

2. Wie viele Standorte und Medizinische Versorgungszentren unterhalten Sie?

- Zahl der Krankenhaus-Standorte: \_\_\_\_\_
- Zahl der Medizinischen Versorgungszentren: \_\_\_\_\_

3. Wie viele Plan-Betten hat Ihr Haus? \_\_\_\_\_

4. Wie viele Mitarbeiter hat Ihr Haus (Vollzeitarbeitsstellen)? \_\_\_\_\_

5. Wer ist Träger des Krankenhauses? (Mehrfachnennung möglich)

- Kommune
- Land
- Sonstige öffentliche Trägerschaft
- Privat
- Kirche
- Stiftung

**A. Compliance-Risiken allgemein:**

**A.1 Wie werden die Compliance-Risiken in Ihrem Haus gesteuert?**

- Durch einen fortlaufenden Prozess, der Risiken identifiziert und steuert
- Sie werden durch das allgemeine Risikomanagementsystem gesteuert, dieses erfasst
  - Prozessuale Risiken
  - Klinische Risiken
  - Kaufmännische Risiken
- Sie werden dezentral gesteuert
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**A.2 Bitte geben Sie an, mit welcher Priorität die nachfolgenden Krankenhausbereiche Ihrer Meinung nach in die Erhebung der Compliance-Risiken zu integrieren sind?**

- 1 – Starke Einbindung
- 2 – Mittlere Einbindung
- 3 – Geringe Einbindung

Unternehmensbereiche	Einbindung
Geschäftsführung/ Vorstand	
Compliance-Officer	
Compliance-Abteilung	
Qualitätsmanagement	
Interne Revision	
Risikomanagement	
Controlling	
Rechnungswesen	
Sonstige Bereiche: _____	
Sonstige Bereiche: _____	

**A.3 An wen und in welchen Zeitabständen erfolgt eine Compliance-Risiko-Berichterstattung?**

Ebene	bedarfs- weise	monat- lich	quartals- weise	halb- jährlich	jährlich	> 1 Jahre
<input type="checkbox"/> Chefarzte						
<input type="checkbox"/> Abteilungsleiter						
<input type="checkbox"/> GF/Vorstand						
<input type="checkbox"/> Aufsichtsrat						

## B. Spezielle Compliance-Risiken

### B.1 Führungsprozess „Planung & Steuerung/Geschäftsprozesse“:

#### B.1.1 Wie erfolgt der Planungsprozess in Ihrem Haus?

- Top-Down: Die Zielbildung erfolgt retrograd von der Unternehmensspitze an die Basis
- Bottom-up: Die Zielbildung erfolgt progressiv von der Basis an die Geschäftsleitung
- Gegenstrom Verfahren: Eine Kombination von Top-Down-Planung und Bottom-up-Planung
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

#### B.1.2 Wie werden Compliance-Risiken im Unternehmen erfasst und gesteuert?

- Risiken werden benannt, aber nicht quantifiziert
- Risiken werden benannt und quantifiziert (Schadenshöhe x Eintrittswahrscheinlichkeit)
  
- Risikoreduktion wird durch aktives Management bzw. Versicherungen vorgenommen
- Restrisiken werden regelmäßig gemessen und gesteuert

### B.2 Führungsprozess „Personalmanagement“:

#### B.2.1 Welche Compliance-Risiken dominieren insgesamt das Personalmanagement?

- 1 – Hohe Bedeutung
- 2 – Mittlere Bedeutung
- 3 – Geringe Bedeutung

Risiken	Bedeutung
Gesetzliche Vorgaben	
Strukturvoraussetzungen der Krankenkassen	
Zertifizierungen	
Qualitätsstandards	

#### B.2.2 Ist Compliance Bestandteil im Einstellungsprozess? (*Mehrfachnennung möglich*)

- Nein, da bisher keine gesetzliche Pflicht
- Ja, durch folgende Maßnahmen:
  - Aushändigung und Gegenzeichnung einer Compliance-Richtlinie (falls ja, mit folgenden Inhalten):
    - Verbot von Diskriminierung
    - Umgang mit Patienten, Kunden, Geschäftspartnern
    - Annahme von Belohnungen, Geschenken, Bewirtungen und sonstigen Vorteilen
    - Vertraulichkeit von Betriebsgeheimnissen/ Datenschutz
    - Kommunikation mit der Öffentlichkeit
    - Schonung von Ressourcen/ Schutz der Umwelt
    - Qualität und Sicherheit von Dienstleistungen
    - Ordnungsgemäße Dokumentationen
    - Sonstige: \_\_\_\_\_



**B.2.3 Ist das effektive Management der Compliance-Risiken Inhalt der Zielvereinbarungsgespräche?**

- Ja
- Nein
- Geplant, in den nächsten \_\_\_\_ Monaten

**B.3 Führungsprozess „Qualitätsmanagement“:**

**B.3.1 Sind die Qualitätsstandards in einheitlichen Richtlinien für die wichtigsten Bereiche geregelt und in welchen der nachfolgenden Bereiche liegen Richtlinien/Handbücher vor? (Mehrfachnennung möglich)**

- Qualitätssicherung (med.)
- Hygienemanagement
- Kodierungs-/Dokumentationsrichtlinie
- Personalmanagement
- Gerätemanagement
- Rechnungswesen/Finanzen
- Einkaufsmanagement
- IT-Management/Richtlinie
- IT-Management/Sicherheitsrichtlinie
- Gebäudemanagement
- Unternehmensplanung
- Investitionsplanung
- Umwelt-/Nachhaltigkeitsmanagement
- Studien-/Forschungsmanagement
- Case Management
- Sonstige: \_\_\_\_\_

**B.3.2 Sind alle Geschäftsprozesse dokumentiert?**

- Keine Dokumentation der Geschäftsprozesse
- Teilweise Dokumentation der Geschäftsprozesse
- Vollständige Dokumentation der Geschäftsprozesse gemäß ISO 9001
- Vollständige Dokumentation der Geschäftsprozesse gemäß KTQ
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

#### B.4 Kernprozess „Marketing & PR“:

B.4.1 Für das Marketing (insb. das Veranstaltungsmanagement und Sponsoring) sind eine Vielzahl von gesetzlichen Regelungen relevant. Bitte priorisieren Sie die nachfolgenden Gesetze in Bezug auf die Relevanz für Ihr Krankenhaus?

1 – Hohe Bedeutung

2 – Mittlere Bedeutung

3 – Geringe Bedeutung

Gesetz	Bedeutung
Heilmittelwerbegesetz (HWG)	
Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG)	
(Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä)	
Telemediengesetz (TMG)	
Gesetz über Urheberrecht und verwandte Schutzrechte (UrhG)	
Sonstige: _____	
Sonstige: _____	

B.4.2 Seit Juni 2016 wurden mit dem Antikorruptionsgesetz neue Vorschriften in das Strafgesetzbuch aufgenommen. Gemäß §§ 299a und 299b StGB ist Bestechlichkeit zu prüfen. Durch welche Maßnahmen wird eine regelkonforme Zusammenarbeit mit den Einweisern gestaltet?

- Eine separate Einweiser-Telefonhotline
- Regelmäßige Newsletter
- Zertifizierte Zuweiserveranstaltungen, Symposien
- VIP-Status für Veranstaltungen
- Rückmeldebögen
- Regelmäßige Arztbesuche
- Effiziente Kommunikation durch feste Ansprechpartner
- Schneller Datenaustausch durch transsektorale Vernetzung
- Enge Zusammenarbeit an den Schnittstellen der Einweisung/ Entlassung
- Sonstige: \_\_\_\_\_

## B.5 Kernprozess „Diagnostik & Behandlung“:

B.5.1 Welche der nachfolgenden Risiken, die durch Fehlverhalten des medizinischen Personals entstehen, sind von Relevanz? Mit welchen Maßnahmen versuchen Sie diesen entgegenzuwirken?

Mögliche Risiken	Mögliche Gegenmaßnahmen
<input type="checkbox"/> Vertuschung von Behandlungsfehlern	
<input type="checkbox"/> Unzureichende Informationsweitergabe	
<input type="checkbox"/> Bevorzugung von Patienten (durch persönliche Präferenzen/Korruption)	
<input type="checkbox"/> Bevorzugung von Patienten (privat/gesetzlich)	

B.5.2 Fehler in der Medikamentenvergabe sind den prozessualen Risiken untergeordnet. Welche Schritte werden in Ihrem Krankenhaus präventiv für die korrekte Medikamentenvergabe durchgeführt? (Mehrfachnennung möglich)

- Regelmäßige fachkundige Einweisung des Personals zur Verabreichung von Medikamenten
- Dokumentation der Medikamentenvergabe
- Verabreichung von Medikamenten nur nach ärztlicher Rücksprache
- Regelmäßige Kontrolle der Medikamentenaufbewahrung (Haltbarkeit, Lagerungsvorschrift, Bezeichnung, Einsortierung)
- Standardisierte Verwendung eines Etikettierungssystems
- Grundsätzliche Beschriftung von Spritzen
- Vier-Augen-Prinzip (Kontrolle durch eine zweite Person)
- Kontrolle durch technische Hilfsmittel
- Systematische Erfassung und Auswertung von Fehlern
- Sonstige Maßnahmen: \_\_\_\_\_

## B.6 Unterstützungsprozess „Hygienemanagement“:

B.6.1 Gibt es in Ihrem Krankenhaus interne Hygiene-Richtlinien?

- Ja
- Nein

B.6.2 Wie werden die Hygienevorschriften und Ziele an die Mitarbeiter kommuniziert?

- Intranet
- Über die Stationsleiter
- „Schwarzes Brett“ auf den Stationen
- Teambesprechungen
- Hygieneschulungen
- E-Learning-Tools
- Sonstige Kommunikationswege: \_\_\_\_\_

**B.6.3 Wer trägt die Verantwortung für die Kontrolle des Hygienemanagements im Rahmen der gesetzlichen und internen Vorgaben?**

- Hygiene-Facharzt
- Oberarzt/Leitung
- Pflegepersonal der Stationen
- Pflegerische Stationsleiter
- Hygienebeauftragte Fachkraft
- Externer Beauftragter
- Sonstige Personen: \_\_\_\_\_

**B.6.4 Welche Qualifikation/en hat der Beauftragte für den Bereich Hygienemanagement in Ihrem Krankenhaus?**

- Facharzt für Hygiene- und Umweltmedizin oder Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
- Approbierter Humanmediziner mit Facharztweiterbildung mit klinischem Bezug
- Facharztprüfung für das öffentliche Gesundheitswesen
- Zusatzbezeichnung auf dem Gebiet der Krankenhaushygiene
- Durch die Landesärztekammer anerkannte strukturierte, curriculäre Krankenhaushygiene
- Kein Beauftragter, Beratung durch externe Beratungsverträge mit Hygienikern
- Kein Beauftragter, Hygienefachkraft übernimmt die Aufgaben
- Sonstige Qualifikationen: \_\_\_\_\_

**B.7 Unterstützungsprozess „Kodierung und Dokumentation“:**

**B.7.1 Wodurch entstehen Dokumentationsfehler?**

- 1 – Hohe Bedeutung
- 2 – Mittlere Bedeutung
- 3 – Geringe Bedeutung

Dokumentationsfehler	Bedeutung
Fehlerhafte Eintragung	
Fehlerhafte Übertragung	
Kommunikationsdefizite	
Ablenkung/erhöhte Arbeitsbelastung	
Unerfahrene Mitarbeiter	

**B.7.2 Wer ist für die Organisation der Kodierung in Ihrem Krankenhaus verantwortlich?**

- Rein ärztliche Verantwortlichkeit für Dokumentation, Kodierung und Freigabe
- Mischformen unter Beteiligung verschiedener Berufsgruppen (Ärzte, Schwestern, speziell ausgebildetes nicht-ärztliches Fachpersonal)
- Speziell geschultes nicht-ärztliches Fachpersonal
- Sonstige Organisation: \_\_\_\_\_

### B.7.3 Was bereitet in Ihrem Krankenhaus Schwierigkeiten bei der Kodierung?

- Bürokratische Ansprüche
- Wechselnde Kodier-Richtlinien
- Personalfluktuation
- Wenige Kodier-Spezialisten mit DRG-Kenntnissen
- Zeitliches Potenzial der Ärzte
- Maximalversorger/sehr breites Leistungsspektrum
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

### B.8 Unterstützungsprozess „Informationstechnologie“:

**B.8.1 Nach § 9 des Bundesdatenschutzgesetzes sind bestimmte technische und organisatorische Maßnahmen zu treffen, wenn personenbezogene Daten automatisiert verarbeitet oder genutzt werden. Welche Kontrollen und Maßnahmen werden in Ihrem Krankenhaus bereits eingesetzt? (Mehrfachnennung möglich)**

- Zutrittskontrolle, d.h. es wird sichergestellt, dass Unbefugten der Zutritt zu Datenverarbeitungsanlagen (PCs, mobile Endgeräte) verwehrt ist, durch:
  - Verschlussene Türen
  - Alarmanlage
  - Videoüberwachung
  - Wachdienst
  - Einbruchhemmende Fenster
- Zugangskontrolle, d.h. es wird verhindert, dass Unbefugte die Datenverarbeitungsanlage nutzen durch:
  - Benutzername und Passwort
  - Magnet-/Chipkarte
  - PIN-Verfahren
- Zugriffskontrolle, d.h. es wird sichergestellt, dass personenbezogene Daten nicht von Unbefugten gelesen, kopiert, verändert oder entfernt werden können, durch:
  - Berechtigungskonzept erstellt
  - Administratorenrechte vergeben
  - Verschlüsselung von Datenträgern
  - Interne Regelungen für den Gebrauch von mobilen Datenträgern und Endgeräten
  - Verschlüsselung des WLANs
  - Firewall
  - Datenverarbeitungsendgeräte ohne Internetzugriff (Schutz vor Hackangriffen)
- Weitergabekontrolle, d.h. es wird sichergestellt, dass personenbezogene Daten bei der elektronischen Übertragung, während ihres Transports oder der Speicherung auf Datenträger nicht von Unbefugten gelesen, kopiert, verändert oder entfernt werden können und, dass überprüft und festgestellt werden kann, an welchen Stellen eine Übermittlung dieser Daten vorgesehen ist
- Eingabekontrolle, d.h. es wird sichergestellt, dass nachträglich überprüft und festgestellt werden kann, ob und von wem personenbezogene Daten in Datenverarbeitungssysteme eingegeben, verändert oder entfernt worden sind
- Auftragskontrolle, d.h. es wird sichergestellt, dass personenbezogene Daten, die im Auftrag verarbeitet werden, nur entsprechend den Weisungen des Auftraggebers verarbeitet werden können
- Verfügbarkeitskontrolle, d.h. es wird sichergestellt, dass personenbezogene Daten gegen zufällige Zerstörung oder Verlust geschützt sind
- Trennungsgebot, d.h. es wird sichergestellt, dass zu unterschiedlichen Zwecken erhobene Daten getrennt verarbeitet werden können



**B.8.2 Wie wird Datensicherheit in Ihrem Unternehmen sichergestellt?**

- Aufklärung im Rahmen des Einstellungsprozesses
- Handbücher/Richtlinien
- Schulungen
- Datenschutzbeauftragter
- IT-Sicherheitsbeauftragter
- Regelmäßiges Prüffeld der internen Revision
- Bestandteil externer Prüfungen
- Notfallpläne (Data Recovery) bei einem unternehmensweiten Systemabsturz liegen vor

**B.9 Compliance-Risiken „Rechnungswesen / Finanzen“:**

**B.9.1 Wie wird die Qualität der Daten des Rechnungswesens und damit die Einhaltung der Grundsätze ordnungsmäßiger Buchhaltung sichergestellt?**

- Standardisierung der Buchhaltungssoftware im gesamten Unternehmen
- Unternehmensweit wird ein einheitlicher Kontenrahmen benutzt
- Einsatz von einheitlichen Bilanzierungshandbüchern bzgl.
  - Debitorenmanagement
  - Kreditorenmanagement
  - Anlagenbuchhaltung
- Verknüpfung der Finanzbuchhaltung und Lagerbuchhaltung im Rahmen einer integrierten Planung
- Einsatz einer Lagerbuchhaltung mit unterjähriger Inventur
- Verwendung von Inventurrichtlinien
- Verwendung eines Rechnungseingangsbuchs
- Unterjährige Überprüfung und laufende Verbesserung des internen Kontrollsystems
- Regelmäßige Schulungen der Mitarbeiter

**B.9.2 Welche Bilanzpositionen sind bei den Jahresabschlussgesprächen mit dem Abschlussprüfer besonders bedeutsam? (Bitte ankreuzen)**

	hoch	mittel	niedrig
<b>Anlagevermögen</b>			
Grundstücke und Gebäude			
Betriebs- und Geschäftsausstattung			
Technische Anlagen + Maschinen			
Geschäfts- oder Firmenwert			
<b>Umlaufvermögen</b>			
Vorräte			
Forderungen aus LL			
Forderungen nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz			
<b>Fremdkapital</b>			
Rückstellungen			
Verbindlichkeiten ggü. Gesellschaftern			
Verbindlichkeiten nach dem Krankenhausfinanzierungsrecht			
Sonstige:			

## B.10 Unterstützungsprozess „Materialwirtschaft“:

### B.10.1 Wie häufig wird eine Lieferantenbewertung durchgeführt?

- Keine Lieferantenbewertung
- Bedarfsweise Lieferantenbewertung (z.B. bei negativer Berichterstattung oder Rückrufaktionen einzelner Produkte)
- Quartalsweise Bewertung
- Halbjährliche Bewertung
- Jährliche Bewertung
- Alle \_\_ Jahre

### B.10.2 Wie wird das Compliance-Risiko der Bestechlichkeit im Einkauf bei Ihnen erkannt und verhindert? (*Mehrfachnennung möglich*)

- 4-Augen-Prinzip
- Regelmäßige Rotation der Einkäufer
- Mehrlieferanten-Strategie (z.B. mindestens zwei Lieferanten für jedes Produkt)
- Regelmäßige Überprüfung durch die interne Revision
- Klare Dienstanweisungen (Einkaufsrichtlinie)
- Transparente Kontoführung
- Regelmäßige Ausschreibung
- Sonstige: \_\_\_\_\_

### C. Bitte geben Sie eine Gesamteinschätzung bezüglich der derzeitigen und der zukünftigen Bedeutung der Compliance-Risiken in den bisher behandelten Prozessen ab.

1 – Hohe Bedeutung

2 – Mittlere Bedeutung

3 – Geringe Bedeutung

Prozess	Derzeitige Bedeutung	Zukünftige Bedeutung
Planung & Steuerung/ Geschäftsprozess		
Personalmanagement		
Qualitätsmanagement		
Marketing/PR		
Diagnostik/Behandlung		
Sterilisations- & Hygienemanagement		
Kodierung/Dokumentation		
Rechnungswesen/Finanzen		
Informationstechnologie		
Materialwirtschaft		