

## **CARF Luzern 2019**

**Controlling.Accounting.Risiko.Financen.**

**Konferenzband**

Konferenz Homepage: [www.hslu.ch/carf](http://www.hslu.ch/carf)



# Die Arbeit des Compliance-Beauftragten im Rahmen des Beauftragtenwesens deutscher Universitäts- klinika – Analyse der Aufbau- und Ablauforganisation

## **Research Paper**

### **Prof. Dr. Thomas Krolak**

Fachhochschule Kiel, Institut für Controlling, Kiel, E-Mail: [thomas.krolak@fh-kiel.de](mailto:thomas.krolak@fh-kiel.de)

### **Jörn Hendrik Hensel**

Ostfalia Hochschule, Fakultät Handel/Soziale Arbeit, Suderburg, E-Mail: [jh\\_hensel@web.de](mailto:jh_hensel@web.de)

### **Oliver Kühn**

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Compliance Management, Kiel und Lübeck, E-Mail: [oliver.kuehl@uksh.de](mailto:oliver.kuehl@uksh.de)

## **Abstract**

Compliance in Universitätsklinika muss eine Vielzahl von Themenfeldern berücksichtigen. Da die einzelnen Bezugspunkte verschiedenen Rechtsgebieten zugeordnet sind und somit auch unterschiedliche außerrechtliche Kompetenzen benötigen, ist es empfehlenswert, ein interdisziplinär besetztes Expertenteam zu implementieren. Im Rahmen des Beauftragtenwesens nimmt der Compliance-Beauftragte eine wichtige Rolle ein. Ziel der Studie war es, herauszufinden, wie das Beauftragtenwesen in deutschen Universitätsklinika insgesamt und die Arbeit des Compliance-Beauftragten im Besonderen ausgestaltet ist und welche künftigen Themenfelder des Compliance-Beauftragten als bedeutsam eingeschätzt werden. Darauf aufbauend werden mögliche Handlungsempfehlungen für eine weitere Optimierung der Aufbau- und Ablauforganisation diskutiert. Die Studie wurde mit den Compliance-Verantwortlichen der deutschen Universitätsklinika durchgeführt. Die Studienergebnisse zeigen, dass sich das Thema Compliance Management in den deutschen Universitätsklinika im Vergleich zu verwandten Branchen (z.B. der Pharmaindustrie) noch in der Strukturierungsphase befindet. Die Bedeutung der Compliance-Beauftragten wird indes als hoch erachtet und künftig noch weiter ansteigen.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird in der o.g. Studie die männliche Sprachform bei personenbezogenen Substantiven und Pronomen verwendet. Dies soll im Sinne der sprachlichen Vereinfachung als geschlechtsneutral zu verstehen sein.

## 1 Relevanz des Themas und aktueller Forschungsstand im Bereich Compliance Management in Krankenhäusern und deutschen Universitätsklinika

Der Begriff „Compliance“ wird vom Englischen „*to comply with something*“ (etwas erfüllen oder sich nach etwas richten) abgeleitet und bedeutet in der vorliegenden Studie die Einhaltung oder Befolgung von Regeln. Unabhängig davon, ob es sich hierbei für das Unternehmen um rechtlich verpflichtende Regeln oder Gesetze oder um freiwillig gesetzte Leitlinien oder Richtlinien handelt.<sup>2</sup> Compliance erschließt damit kein zusätzliches Rechtsgebiet, sondern impliziert nominative, organisatorische und kommunikative Gesichtspunkte.<sup>3</sup> WEBER unterscheidet die im Wesentlichen drei Ebenen Compliance relevanter Regelungen:

- *Einhaltung von Recht und Gesetz,*
- *Einhaltung von organisationsinternen Vorgaben,*
- *Einhaltung von ethischen Richtlinien und Werten.*<sup>4</sup>

Compliance ist ein Teil der Corporate Governance und somit ein Bestandteil des Risikomanagements eines Unternehmens. Unter Corporate Governance wird die Sicherstellung einer ordnungsgemäßen und auf nachhaltige Wertschöpfung ausgerichteten Unternehmensführung im Interesse aller Stakeholder verstanden.<sup>5</sup> So erfolgt ebenfalls seitens des Deutschen Corporate Governance Kodex (DCGK) eine Definition 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>6</sup> Die Corporate Governance Kodizes der Länder haben diese Formulierung sinngemäß übernommen.

Im Rahmen des Risikomanagements sollten zur Erstellung eines Compliance-Konzepts die Compliance-Risiken für das Krankenhaus quantifiziert und qualifiziert werden. Es wird dabei zwischen strategischen, rechtlichen und regulatorischen, operativen, finanziellen und personellen Compliance-Risiken unterschieden.<sup>7</sup> Das Compliance Management gewinnt in Universitätsklinika, insbesondere durch das am 4. Juni 2016 in Kraft getretene Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen, zunehmend an Bedeutung. Des Weiteren kann eine allgemeine Pflicht zu Compliance aus §§ 76 Abs. 1, 91 Abs. 2, 93 Abs. 1 AktG und § 43 GmbHG abgeleitet werden. Haftungsrisiken bestehen gemäß § 130 OWiG (i.V.m. § 30 OWiG) dann, „*wenn eine solche Zuwiderhandlung begangen wird, die durch gehörige Aufsicht verhindert oder wesentlich erschwert worden wäre.*“<sup>8</sup>

Das Themenfeld der Compliance im Gesundheitswesen ist bereits Gegenstand diverser Publikationen und Studien.<sup>9</sup> Insbesondere zwei Vorstudien im Rahmen eines Forschungsprojektes an der Fachhochschule Kiel „Compliance-Management in deutschen Krankenhäusern 2017“ sowie „Compliance-Risiken in deutschen Krankenhäusern 2017“ berücksichtigen ebenfalls, indes nicht ausschließlich, die deutschen Universitätsklinika. Zielgruppen beider Studien waren die Universitätsklinika sowie weitere rund 500 Krankenhäuser. Eine weitere Studie zum Thema Compliance im Klinikmarkt wurde im Jahr 2017 gemeinsam von der Deutscher Krankenhaus Kompass GmbH, Ernst & Young und der RHÖN-KLINIKUM AG herausgegeben. Die Zielgruppe dieser Studie waren ca. 200 Befragte aus unterschiedlichen Krankenhäusern aller Größenklassen, die im Bereich Compliance in den je-

---

<sup>2</sup> Vgl. Neiger, B. (2015), S. 17.

<sup>3</sup> Vgl. Weber, B. (2016), S. 4.

<sup>4</sup> Weber, B. (2016), S. 4.

<sup>5</sup> Vgl. Wieland, J. (2014), S. 15f.

<sup>6</sup> Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2017), Bekanntmachung des Deutschen Corporate Governance Kodex (DCGK) in der Fassung vom 7. Februar 2017. Diese Formulierung ist in der von der Regierungskommission beschlossenen Neufassung des Kodex vom 9. Mai 2019 im Grundsatz 5 nahezu wortgleich enthalten. Vgl. Regierungskommission Deutscher Corporate Governance Kodex (2019), S. 4.

<sup>7</sup> Vgl. Weber, B. (2016), S. 5.

<sup>8</sup> § 130 OWiG Abs. 1.

<sup>9</sup> Vgl. Anhang, Tabelle 1.

weiligen Krankenhäusern tätig sind. Mit dem Thema Governance in Unternehmen der Gesundheitswirtschaft beschäftigte sich KPMG in 2014. Ziel der Umfrage war es herauszufinden, inwieweit in Unternehmen der Gesundheitsbranche moderne Governance-Systeme implementiert und aktiv genutzt werden, um eine hochwertige und wirtschaftliche Unternehmensführung sicherzustellen. Zum Beauftragtenwesen im Krankenhaus bzw. im Gesundheitswesen gibt es ebenfalls einige Veröffentlichungen, z.B. die Sonderpublikation der Bayerischen Krankenhausgesellschaft e.V. (BKG) „Beauftragte (et al.) im Krankenhaus – Ein praxisorientierter Leitfaden für Mitgliedskrankenhäuser der Bayerischen Krankenhausgesellschaft“ (Januar 2017) sowie der Leitfaden „Beauftragtenwesen im Gesundheitswesen“, welcher im November 2016 von der TÜV SÜD Akademie GmbH herausgegeben wurde.

Die genannten Studien haben ihren Fokus auf den Themen Compliance bzw. Governance in Unternehmen der Gesundheitswirtschaft insgesamt. Die vorliegende Studie analysiert die Arbeit des Compliance-Beauftragten im Rahmen des Beauftragtenwesens der Universitätsklinik. Die Forschungsfrage lautet, wie die Einbindung des Compliance-Beauftragten in die entsprechende Aufbau- und Ablauforganisation erfolgen sollte, um ein wirksames Compliance Management sicherzustellen. Die Fragestellungen wurden aus einem Gesamtprozessmodell für die Universitätsklinik und den Themenfeldern des CMS gemäß IDW PS 980 abgeleitet.

## 2 Beauftragte in Universitätsklinik

Der Begriff des Beauftragten kann wie folgt definiert werden: *„Die Institution des Betriebsbeauftragten wurde durch den Gesetzgeber geschaffen, um die behördliche Fremdüberwachung durch eine institutionalisierte Eigenüberwachung zu ergänzen. Hinzu kommt eine Stärkung der betrieblichen Eigeninitiative, die sich z.B. durch Schutzvorkehrungen vor potenziell schädlichen Umwelteinwirkungen äußern kann.“*<sup>10</sup>

Da die Institution des Beauftragtenwesens durch den Gesetzgeber geschaffen wurde, ist die Bestellung der Beauftragten für gewisse Bereiche rechtlich verpflichtend oder an Bedingungen geknüpft. Andere wiederum können freiwillig bestellt werden.<sup>11</sup> Allgemeingültige Rahmenbedingungen zum Beauftragtenwesen gibt es nicht. Die verschiedenen gesetzlichen Rahmenbedingungen der verschiedenen Beauftragten gehen aus den bereichsspezifischen Gesetzen und Verordnungen hervor. Grundlage für die zu bestellenden Beauftragten bildet somit die jeweilige Landesgesetzgebung. Um den systematischen Aufbau eines Beauftragtenwesens zu unterstützen, sollte in jedem Krankenhaus eine Übersicht über die notwendigen Beauftragten zur Verfügung stehen.<sup>12</sup> Hierzu zeigt die Tabelle 2 im Anhang eine Übersicht der wichtigsten Beauftragten in Universitätsklinik<sup>13</sup> sowie deren jeweiligen Rechtsgrundlagen bzw. Regelungen.

Beauftragte gibt es bereits seit vielen Jahren, auch wenn diese nicht zwangsläufig die formale Bezeichnung „Beauftragter“ führen. Beispiele hierfür sind u.a. der Medizinphysik-Experte oder der transfusionsverantwortliche Arzt.<sup>14</sup> In den letzten Jahren hat auch das Beauftragtenwesen in Universitätsklinik weiter an Bedeutung gewonnen. Bereits bestehende Geschäftsfelder wurden ausgeweitet und neue sind dazugekommen. Parallel dazu ist auch die Verantwortung der Krankenhausbetreiber in allen sicherheitsrelevanten Bereichen angestiegen.<sup>15</sup> Darüber hinaus haben sich auch die Arbeitsbedingungen, z.B. im medizinischen Bereich, verändert, da der Dokumentations- und Verwaltungsaufwand im Sinne der Patientensicherheit gestiegen ist. Durch neue Gesetze und Vorschriften sind somit auch neue Prozesse und Pflichten entstanden, die der Betreiber im Zuge seiner Organisationspflicht gerecht werden muss. Die Neuerungen führen dazu, dass nicht nur die krankenhausspezifischen Prozesse, sondern zusätzlich auch die gesetzlichen und behördlichen Vorschriften erfüllt werden müssen.<sup>16</sup>

---

<sup>10</sup> Gabler Wirtschaftslexikon, Definition Betriebsbeauftragte, 07.06.2018.

<sup>11</sup> Vgl. Anhang, Tabelle 2.

<sup>12</sup> Vgl. Haeske-Seeberg, H. (2015), S. 112.

<sup>13</sup> Vgl. Anhang, Tabelle 2. Die Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

<sup>14</sup> Vgl. Bayerische Krankenhausgesellschaft e.V. (Hrsg.) (2017), S. 4.

<sup>15</sup> Vgl. Wegner, B. (2003), S. 9.

<sup>16</sup> Vgl. Felber, A. (2011), S. 361.

Das zugrunde gelegte Prozessmodell besteht aus Führungsprozessen, Kernprozessen und Unterstützungsprozessen. Die Führungsprozesse sind vor allem im Verantwortungsbereich der Klinikvorstände. Zu den Kernprozessen in Universitätsklinikum gehören alle Prozesse rund um die medizinischen Dienstleistungen, die direkt mit der Patientenversorgung zu tun haben: Von der Einbestellplanung und Aufnahme über die Diagnostik und Behandlung bis hin zur Entlassung und Rehabilitation. Darüber hinaus werden Beauftragte auch in den Unterstützungsprozessen, wie z.B. Gebäude- und Gerätemanagement oder der Informationstechnologie, bestellt. Die vorliegende Studie beinhaltet im allgemeinen Teil sämtliche Beauftragten aller Prozesse in Universitätsklinikum und fokussiert sich im speziellen Teil auf den Compliance-Beauftragten mit den übergeordneten Führungsprozessen.<sup>17</sup> Die Studie basiert auf dem Gesamtprozessmodell der Universitätsklinikum, die einzelnen Beauftragten sowie deren zugehöriger Tätigkeitsbereich (Prozess) werden in der folgenden Abbildung noch einmal dargestellt.

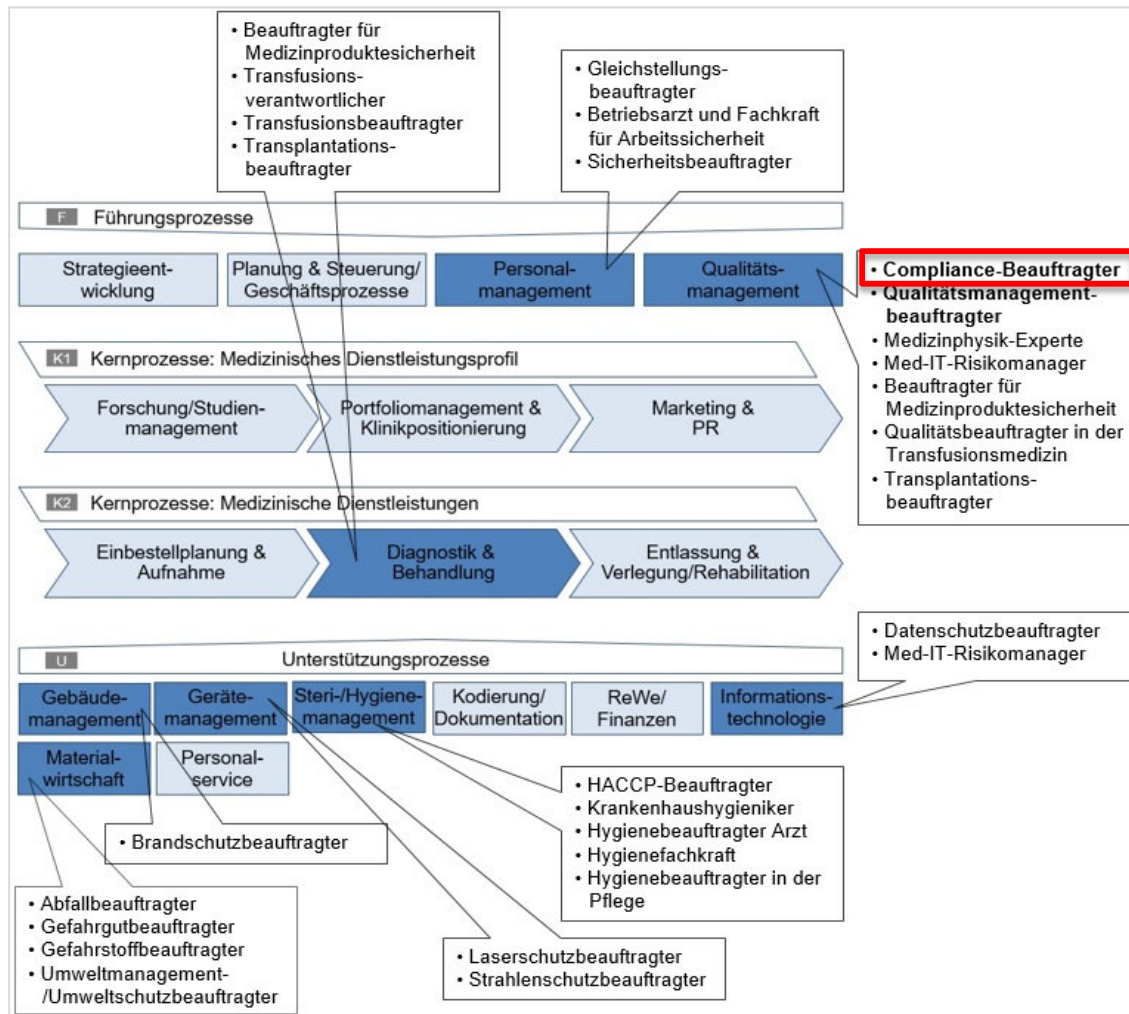


Abbildung 1: Beauftragte im Gesamtprozessmodell der Universitätsklinikum

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an: Krolak, T./Zluhan, M. (2017), in Krolak T. (2017), Compliance-Risiken S. 15.

Die Beauftragten nehmen im Gesamtprozessmodell der Universitätsklinikum eine wichtige Funktion wahr. Die blau hervorgehobenen Hauptprozesse der Universitätsklinikum sind vor allem durch das Fachwissen der Beauftragten geprägt, um hochwertige medizinische Dienstleistungen gewährleisten und dokumentieren zu können. Wie in vielen anderen Unternehmen bildet auch im Krankenhaus das Organigramm die Grundlage der Aufbauorganisation.

<sup>17</sup> Vgl. Haeske-Seeberg, H. (2015), S. 110 f.

Den systematischen Ansatz der Aufbauorganisation bildet in Universitätsklinik bzw. Krankenhäusern hauptsächlich die Matrixorganisation anstatt der üblichen Linienorganisation.<sup>18</sup>

BÜRKLE sieht das Beauftragtenwesen als Compliance-Instrument und beschreibt ein dreistufiges Beauftragten-System durch den Einsatz von Compliance-Beauftragten.<sup>19</sup> Die erste Ebene bildet die Geschäftsleitung, gefolgt von einem zentralen Compliance-Beauftragten auf der zweiten Ebene und mehreren dezentralen (Compliance-) Beauftragten auf der dritten Ebene. Alle drei Ebenen müssen sowohl effektiv miteinander als auch mit anderen Kontroll- und Beratungsfunktionen im Unternehmen zusammenarbeiten und in eine zielgerichtete Kommunikations- und Informationsstruktur eingebunden werden.<sup>20</sup>

Ein ähnliches Modell um Risiken in Unternehmen systematisch entgegenwirken zu können, ist das Three-Lines-of-Defense-Model. Die erste Abwehrlinie besteht aus operativen Management Kontrollen und internen Kontrollmaßnahmen. Die zweite Abwehrlinie beinhaltet die Einbindung der Spezialisten, wie das Risikomanagement und verschiedene Compliance-Funktionen (d.h. die Einhaltung rechtlicher, qualitativer und finanzieller Vorgaben). Hierbei steht vor allem die Überwachung und Unterstützung der ersten Abwehrlinie im Fokus. Die interne Revision bildet die dritte Abwehrlinie, diese hat vor allem eine unabhängige Prüfungs- und Beratungsfunktion. Sie unterstützt die ersten zwei Abwehrlinien bei der Erkennung, Bewertung und Steuerung von Risiken. Diese drei Abwehrlinien können hinsichtlich ihrer Überwachung zusätzlich durch externe Auditoren (z.B. Abschlussprüfer) oder Regulatoren (z.B. Aufsichtsbehörden) ergänzt und unterstützt werden.<sup>21</sup>

Die folgende Abbildung veranschaulicht das Three-Lines-of-Defense-Model und zeigt Compliance als festen Bestandteil der eingebundenen Fachabteilungen in der zweiten Abwehrlinie.

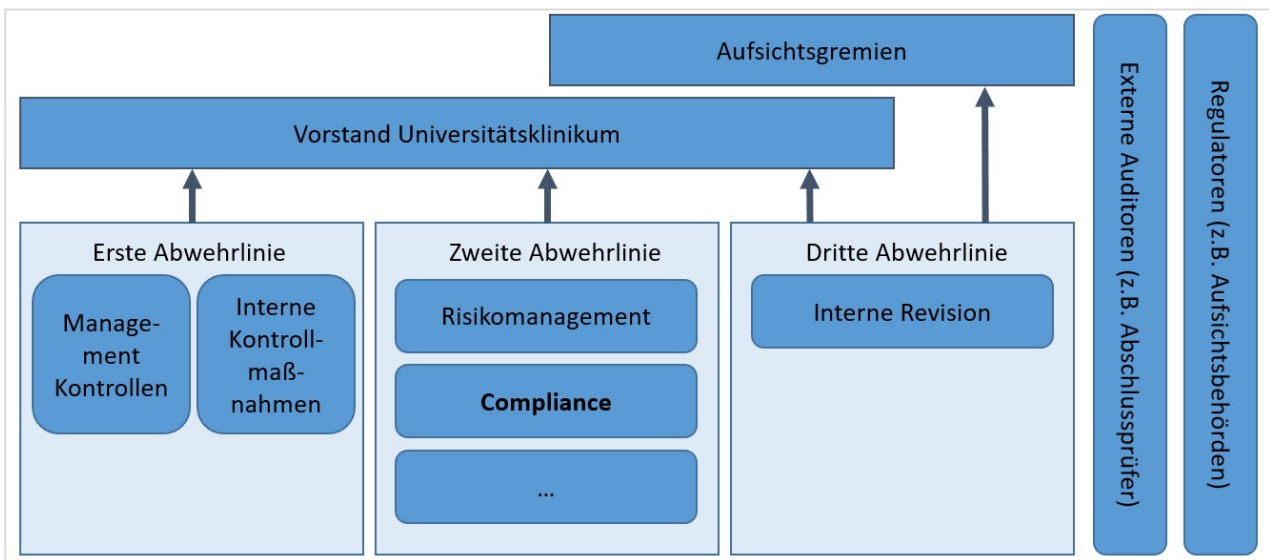


Abbildung 2: Three-Lines-of-Defense-Model

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an: IIA (Hrsg.) (2013), IIA Position Paper, S. 2 basierend auf ECIIA/FERMA Guidance on the 8th EU Company Law Directive, Article 41.

<sup>18</sup> Vgl. Haeske-Seeberg, H. (2015), S. 111.

<sup>19</sup> Vgl. Bürkle, J. (2016), S. 1155 ff.

<sup>20</sup> Vgl. Bürkle, J. (2016), S. 1157 f.

<sup>21</sup> Vgl. Hamacher, A. H. (2015), S. 53 f.



### 3 Anforderungen an ein Compliance-Management-System gemäß DIN ISO 19600 bzw. IDW PS 980

Ein wichtiges Instrument einer effektiven und effizienten Corporate Governance-Struktur ist neben einem Risikomanagement-System (RMS) und einem internen Kontrollsystem (IKS) ein CMS. Ein CMS ist darauf ausgerichtet, die Einhaltung von Regelungen sowie freiwillig gesetzte Verpflichtungen eines Unternehmens oder einer Organisation einzuhalten. Durch entsprechende Maßnahmen sollen Verstöße gegen Compliance-Verpflichtungen verhindert werden.<sup>22</sup> Kaum ein anderes Wirtschaftsthema wird in den letzten Jahren so häufig diskutiert wie Compliance und führt dadurch zu einem Umdenken in vielen deutschen Unternehmen. Es ist inzwischen Normalität, dass deutsche Manager und deren Aufsichtsräte für ihre Schäden verantwortlich gemacht werden und einstehen müssen.<sup>23</sup> So haben inzwischen sämtliche börsennotierte Unternehmen ein CMS installiert.

Gemäß dem KRANKENHAUSREPORT 2015 besteht indes noch ein deutliches Optimierungspotenzial. So schätzen 84 % der befragten Einrichtungen die künftige Bedeutung von Compliance Management als hoch ein, jedoch nur 31 % der Teilnehmer gaben an, in Ihrer Einrichtung ein wirksames CMS implementiert zu haben.<sup>24</sup> Um einen höheren Schutz vor dem Entstehen von Haftungsrisiken bieten zu können, ist eine Vernetzung zu anderen Kontroll- bzw. Risikomanagement-Funktionen notwendig. Nur durch die Kooperation kann eine zentrale Informations- und Kompetenzschnittstelle für Risiko-Themen geschaffen und somit die Vorteile bzw. Mehrwerte eines CMS effektiv genutzt werden.<sup>25</sup> WESSING/DANN (2014) beschreiben den Mehrwert in den folgenden fünf Compliance-Funktionen:

- *„Schutzfunktion: Der Schutz vor den Folgen eines Gesetzesverstoßes ist die wichtigste Funktion von Compliance. Das gilt in besonderem Maße, wo straf- und bußgeldbewehrte Gesetze in Rede stehen. Damit dient Compliance in erster Linie der Vermeidung von Straf-, Bußgeld-, und Zivilverfahren gegen Einzelpersonen sowie der Vermeidung von Sanktionen und Schadensersatz-Forderungen zu Lasten des Unternehmens.*
- *Beratungs- und Informationsfunktion: Damit ist die grundlegende Aufgabe angesprochen, Mitarbeiter über die einzuhaltenden Regeln aufzuklären und ihren Blick für mögliche Risiken zu schärfen.*
- *Monitoring-Funktion: Das Funktionieren von Compliance-Strukturen ist durch regelmäßige Kontrollen zu überprüfen.*
- *Qualitätssicherungs- und Innovationsfunktion: Compliance hilft, Qualitätseinbrüche und Missbräuche zu verhindern, die das Vertrauen der Kundschaft unterminieren.*
- *Marketing-Funktion: Publik gemachte Compliance-Maßnahmen können sich positiv auf das Vertrauen der Öffentlichkeit und das Image eines Krankenhauses auswirken.“<sup>26</sup>*

Bei der Strukturierung eines CMS sind die Anforderungen der einschlägigen Standards, d.h. der internationalen Norm ISO 19600 und deren deutscher Fassung DIN ISO 19600 bzw. des Prüfungsstandards des Instituts der Wirtschaftsprüfer IDW PS 980, zu berücksichtigen.<sup>27</sup> Die ISO 19600 wurde im Dezember 2014 und die DIN ISO 19600 im Dezember 2016 veröffentlicht. Die Normen beinhalten Leitlinien und empfohlene Praxis für die Einführung und die Weiterentwicklung von einheitlichen CMS. Sie verfolgen das Ziel Unternehmen aller Größenklassen eine Hilfe zu bieten, um ein effektives CMS zu entwickeln, umzusetzen, regelmäßig zu bewerten und stetig zu verbessern.<sup>28</sup> Das CMS gem. DIN ISO 19600 richtet sich nach der Größe, Struktur, Natur und Komplexität des Unternehmens und ist auf die folgenden Grundsätze der Good Governance, der Verhältnismäßigkeit, der

<sup>22</sup> Vgl. Neiger, B. (2015), S. 30.

<sup>23</sup> Vgl. Fissenewert, P. (2015), S. 15.

<sup>24</sup> Vgl. Krankenhaus Rating Report 2015, S. 192ff. – Sonderanalyse Corporate Compliance.

<sup>25</sup> Vgl. Dann, M. (2015), S. 7.

<sup>26</sup> Wessing, J./Dann, M. (2014), § 4 Rdnr. 7.

<sup>27</sup> Vgl. Dann, M. (2015), S. 9.

<sup>28</sup> Vgl. KPMG (Hrsg.) (2014), Compliance – ISO 19600 – Globaler Standard für Compliance-Management.

Transparenz und der Nachhaltigkeit ausgerichtet.<sup>29</sup> Ein besonderes Merkmal dieser Norm zeichnet sich ihrem Verständnis eines ganzheitlichen Compliance-Begriffs aus. So definiert die DIN ISO 19600 Compliance nicht nur als Einhaltung von geltenden Regelungen, Standards oder Erwartungen einer Gesellschaft, sondern sie befürwortet die Einführung eines wirksamen CMS auch aus Effektivitäts- und Effizienzgründen.<sup>30</sup> Das CMS nach ISO 19600 basiert auf einer Kombination drei wesentlicher Modelle, Risk Management System, High Level Structure und PDCA-Modell. Es stimmt somit strukturell mit anderen Managementsystemen überein und basiert gleichzeitig auf dem Prinzip der fortlaufenden Verbesserung.<sup>31</sup>

Mit der Einführung des Prüfstandards 980 des Instituts der Wirtschaftsprüfer Deutschlands e.V., kurz IDW PS 980, wurden am 11. März 2011 vor allem sieben Grundelemente eines CMS und andere Begriffe in einer strukturierten Form definiert, diese betreffen:

1. Compliance-Kultur,
2. Compliance-Ziele,
3. Compliance-Risiken,
4. Compliance-Programm,
5. Compliance-Organisation,
6. Compliance-Kommunikation,
7. Compliance-Überwachung/-Verbesserung.<sup>32</sup>

Die *Compliance-Kultur* bildet die Grundlage für die Angemessenheit und Wirksamkeit des CMS. Die *Compliance-Ziele* sind wichtig, um den Fortschritt des CMS im Unternehmen messen zu können. Um Verstöße gegen bestehende Regeln und somit eine Nichteinhaltung der Compliance-Ziele identifizieren zu können, müssen *Compliance-Risiken* festgestellt werden. Im *Compliance-Programm* werden Grundsätze, Maßnahmen und Dokumentationsstandards, z.B. Leitlinien, formuliert, die auf die Reduzierung der Compliance-Risiken ausgerichtet sind. Bei der *Compliance-Organisation* werden vom Unternehmen Rollen und Verantwortlichkeiten festgelegt, die Aufbau- und Ablauforganisationen definiert sowie eine Ressourcenplanung durchgeführt. Im sechsten Grundelement der *Compliance-Kommunikation* werden betroffene Mitarbeiter und ggf. Dritte über das bestehende Compliance-Programm informiert und darüber hinaus wird ein Berichtswesen für potenzielle Compliance-Risiken oder - Verstöße aufgebaut. Die *Compliance-Überwachung* und *-Verbesserung* hat zur Aufgabe die Angemessenheit und Wirksamkeit des CMS zu überwachen. Grundlage ist hierfür eine ausreichende Dokumentation des CMS. Die Verantwortung hierbei trägt das Management.<sup>33</sup> Da der IDW lediglich allgemeingültige Anforderungen an ein CMS konkretisiert, ohne konkrete Maßnahmen und Prozesse einzufordern, wird den Unternehmen ausreichend Freiraum gegeben, ihr eigenes CMS individuell zu gestalten.

Im IDW PS 980 präzisiert das IDW die Anforderungen an ein CMS und bietet die Möglichkeit dieses von Wirtschaftsprüfern freiwillig prüfen zu lassen. Die Prüfung bezieht sich auf drei nachfolgenden Prüfungsschritte:

- *Konzeptionsprüfung*: Beurteilung, ob die Angaben des Unternehmens zur Konzeption des CMS vollständig sind und auf alle Grundelemente eingehen.
- *Angemessenheitsprüfung*: Beurteilung, ob die Angaben des Unternehmens zur Konzeption des CMS in Bezug auf die Implementierung von Grundsätzen und Maßnahmen geeignet sind.

<sup>29</sup> Vgl. DIN ISO 19600 (2016), Ziff. 1 Anwendungsbereich, S. 7.

<sup>30</sup> Vgl. Compliance Academy GmbH (Hrsg.) (2018), ISO 19600 Compliance Management Systems, 06.06.2018.

<sup>31</sup> Vgl. DIN ISO 19600 (2016), Einleitung, S. 5.

<sup>32</sup> Vgl. IDW (Hrsg.) (2011), FN-IDW 4/2011, S. 203 ff.

<sup>33</sup> Vgl. IDW (Hrsg.) (2011), FN-IDW 4/2011, S. 203 ff.

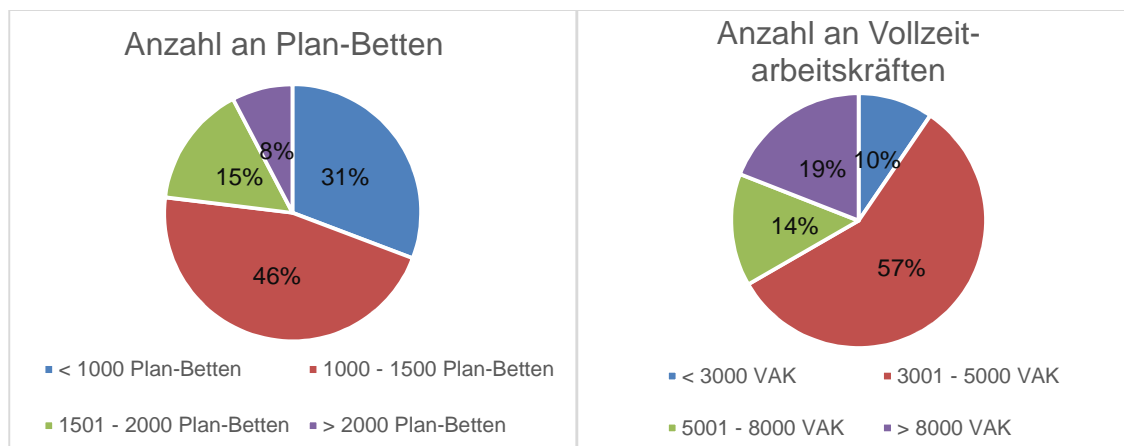
- *Wirksamkeitsprüfung*: Beurteilung der Angaben des Unternehmens zur Konzeption und Implementierung des CMS in Bezug auf die wirksame Anwendung der eingeführten Grundsätze und Maßnahmen. Also ob diese in den allgemeinen Geschäftsabläufen von den Mitarbeitern des Unternehmens beachtet werden.<sup>34</sup>

Die wichtigsten Vorteile einer Prüfung des CMS sind vor allem ein unabhängiges Urteil für das Management Board und die Aufsichtsorgane über Compliance-Risiken sowie die Einführung und Wirksamkeit des CMS.<sup>35</sup>

## 4 Aufbau der Analyse

Die Studie wurde mit Hilfe von strukturierten Fragebögen als Onlinebefragung in Zusammenarbeit mit dem Verband der Universitätsklinika (VUD) durchgeführt und an die Compliance-Beauftragten aller 33 deutschen Universitätsklinika verschickt. Der Versand der Fragebögen (in elektronischer Form) erfolgte am 31. Mai 2018 und die Auswertung der Rückläufer wurde bis zum 31. August 2018 abgeschlossen.

Die Studie besteht aus zwei übergeordneten Umfragen (d.h. einem allgemeinen und einem speziellen Teil). Die Rücklaufquoten betragen beim allgemeinen Teil rd. 90,9 % und beim speziellen Teil des Compliance-Verantwortlichen rd. 60,6 %. Hierbei ist zu beachten, dass nicht jede einzelne Umfrage vollständig bearbeitet wurde. Die Rücklaufquote der vollständig bearbeiteten Umfragen betrug beim allgemeinen Teil rd. 42,4 % und beim speziellen Teil des Compliance-Beauftragten rd. 33,3 %.<sup>36</sup> Bezüglich der Größenklassen, zeigt der Rücklauf folgendes Bild:



Abbildungen 3 und 4: Rücklauf bezogen auf die Anzahl der Plan-Betten (n =26) und der Vollzeit- arbeitskräfte (n=21, konzernweit, ohne Forschung und Lehre)

Die Abbildungen 3 und 4 zeigen, dass Universitätsklinika aller Größenklassen an der Umfrage teilgenommen haben. Der größte Anteil liegt bei den mittelgroßen Universitätsklinika mit ca. 3001 bis 5000 Vollzeit- arbeitskräften und einer Anzahl von ca. 1000 bis 1500 Plan-Betten.

Der allgemeine Fragenteil sollte von der zentralen Compliance-Stelle bzw. vom zentralen Qualitätsmanagement- Beauftragten ausgefüllt werden und beinhaltet insgesamt 15 Fragen. Dieser Teil besteht aus vier allgemeinen Fragen zum Universitätsklinikum, acht Fragen zur Aufbauorganisation und drei Fragen zur Ablauforganisation.

Der spezielle Fragenteil sollte von dem Compliance-Beauftragten (sofern vorhanden) ausgefüllt werden und beinhaltet 14 Fragen. Der spezielle Teil des Compliance-Verantwortlichen beinhaltet insgesamt drei Fragen zur Auf-

<sup>34</sup> Vgl. Behringer, S./Passarge, M. (2016), S. 273.

<sup>35</sup> Vgl. Rödl & Partner (Hrsg.), Prüfung von Compliance Management Systemen nach IDW PS 980, 23.06.2019.

<sup>36</sup> Dies beinhaltet Enthaltungen bei einigen Antwortmöglichkeiten.



bauorganisation, davon beziehen sich drei übergeordnete Fragen auf die Ausgestaltung des Compliance Managements. Die Ablauforganisation beinhaltet insgesamt 11 Fragen, welche in drei Unterkategorien (Prozessschritte, Kommunikation/Berichtswesen, Qualifikation und Weiterbildung) eingeteilt sind.<sup>37</sup>

Die einzelnen Fragen wurden gemeinsam mit dem Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) erstellt. Die Pretests der Umfrage wurden ebenfalls in Zusammenarbeit mit dem Compliance- und dem Qualitätsmanagement des UKSH durchgeführt.

## 5 Ergebnisse des allgemeinen Teils in Bezug auf den Compliance-Beauftragten in deutschen Universitätsklinika

Hinsichtlich der aktuellen und künftigen Bedeutung kann bei einem Großteil der Beauftragten ein deutlicher Bedeutungsanstieg festgestellt werden. Dieser Anstieg zeigt sich vor allem bei dem Compliance-Beauftragten, der sich von Platz 15 in der aktuellen Rangfolge auf Platz 5 in der künftigen Rangfolge verbessern kann.

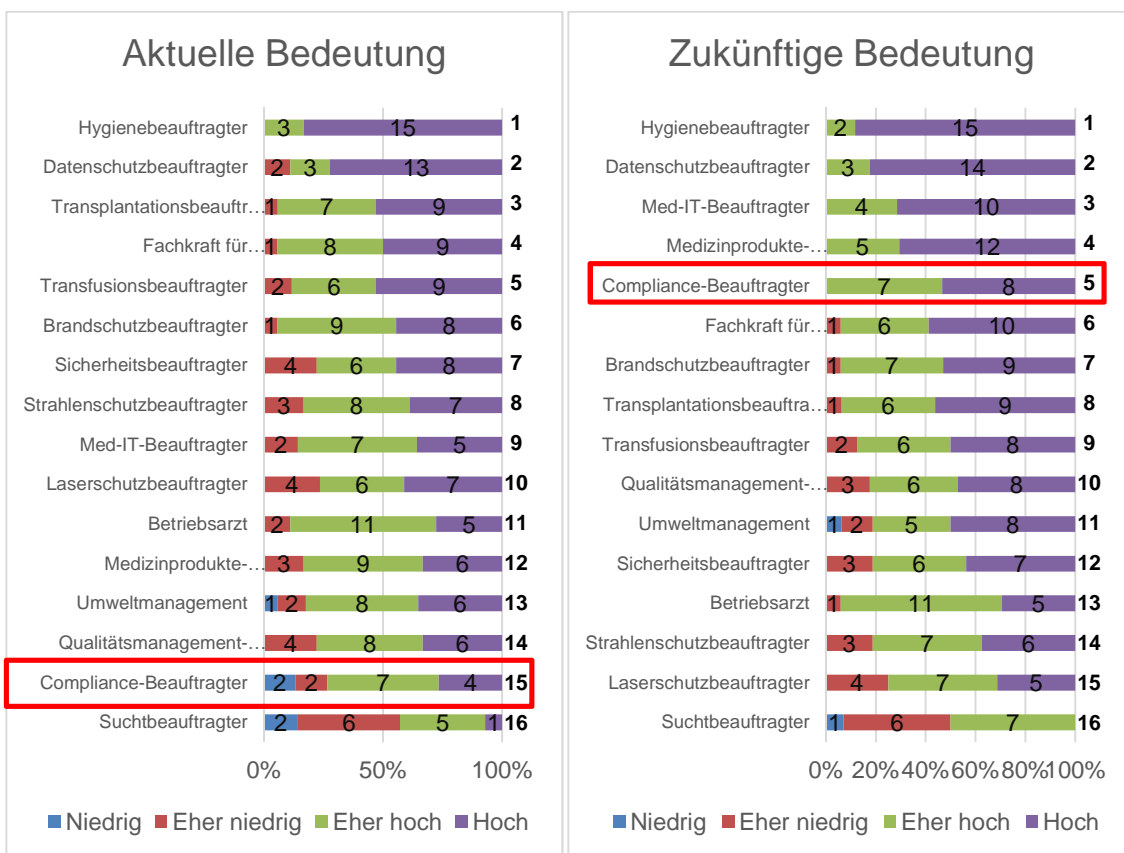


Abbildung 5: Ranking der aktuellen und künftigen Bedeutung der Beauftragten in deutschen Universitätsklinika (n= 14)

Des Weiteren zeigt die Analyse, dass der Konkretisierungsgrad der Funktionsbeschreibung der Beauftragten in Universitätsklinika stark variiert.

<sup>37</sup> Die Fragen des speziellen Frageteils bauen maßgeblich auf den Erkenntnissen der Vorstudie zum „Compliance-Management in deutschen Krankenhäusern 2017“ auf.

Während für die einige Beauftragten, die bereits aktuell eine hohe Bedeutung aufweisen (z.B. dem Hygiene- und Datenschutzbeauftragten) zu mehr als 90% schriftliche Funktionsbeschreibungen definiert sind, liegen diese beim Compliance-Beauftragten nur in knapp der Hälfte der Universitätsklinika vor. Somit besteht bei den Funktionsbeschreibungen noch ein deutlicher Handlungsbedarf, um der hohen künftigen Bedeutung dieser Beauftragten gerecht zu werden (s. Abb. 6).

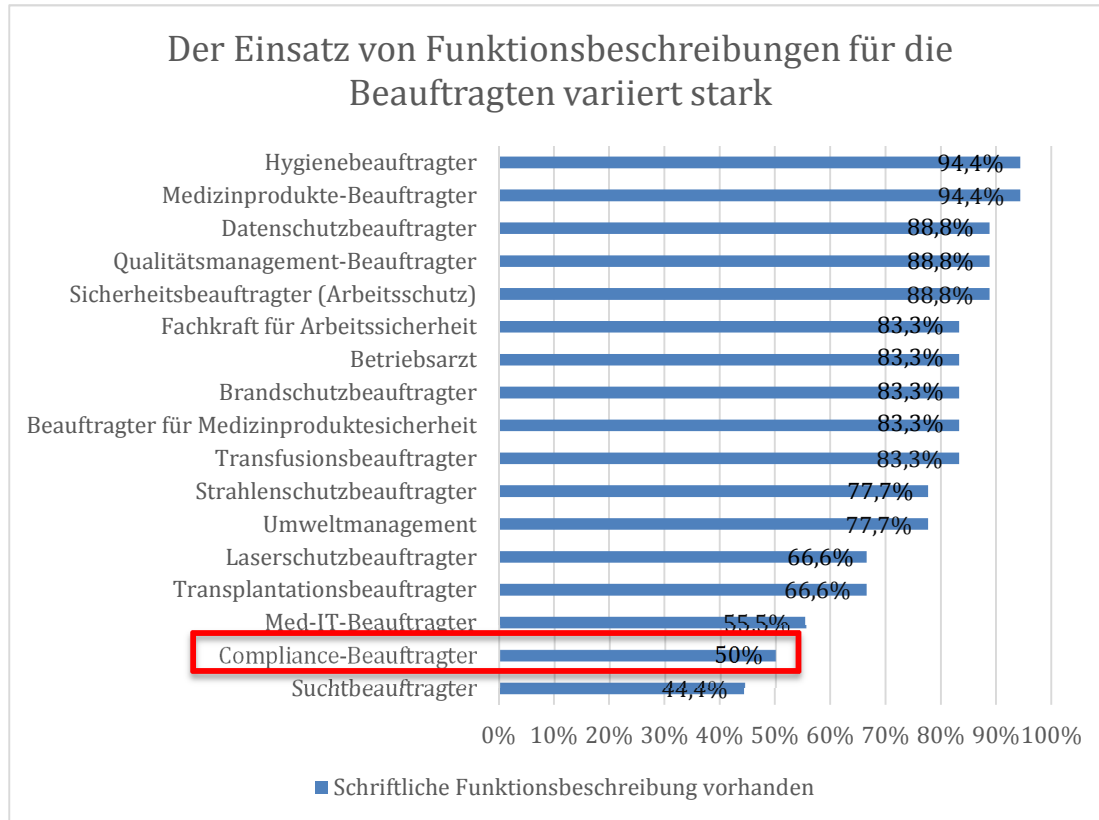


Abbildung 6: Das Vorhandensein schriftlicher Funktionsbeschreibungen für die einzelnen Beauftragten (n=18)

Im speziellen Teil wird demzufolge die Einbindung des Compliance-Beauftragten in die Aufbau- und Ablauforganisation der Universitätsklinika in detaillierter Form analysiert, um die Grundlagen einer solchen Funktionsbeschreibung künftig klarer definieren zu können.

## 6. Ergebnisse des speziellen Teils des Compliance-Beauftragten in deutschen Universitätsklinika

### 6.1. Aufbauorganisation

Momentan dominiert in den Universitätsklinika die Stellenausgestaltung in Form einer Compliance-Stabsstelle. Die Aktualität des Themas „Compliance“ zeigt sich darin, dass knapp die Hälfte der Stellen der zentralen Compliance-Beauftragten erst seit weniger als einem Jahr bestehen (Stand 2018).<sup>38</sup> Die erste Hypothese kann verifiziert werden, da der größte Teil über eine eigenständige Stabsstelle (i.S.e. Compliance-Beauftragten) geregelt wird (ca. 55 %). In den Klinika, in denen keine Compliance-Stabsstelle oder Compliance-Abteilung vorhanden ist, wird das Compliance Management hauptsächlich von der internen Revision und der Rechtsabteilung übernommen.

<sup>38</sup> Vgl. Abb. 2, S. 5.

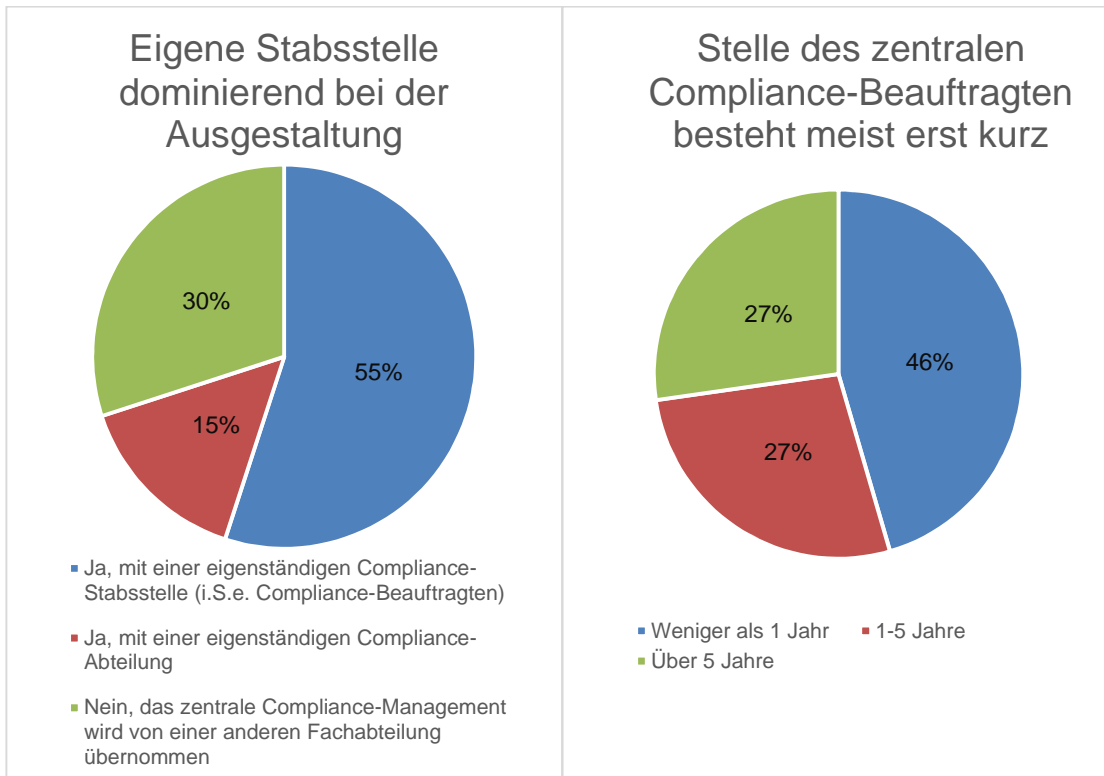


Abbildung 7 und 8: Ausgestaltung des Compliance Managements (n=20) sowie der Stelle des zentralen Compliance-Beauftragten (n=11)

Um die zentralen Compliance-Aufgaben besser koordinieren und kommunizieren zu können, eignet sich die Nutzung eines Compliance-Komitees.

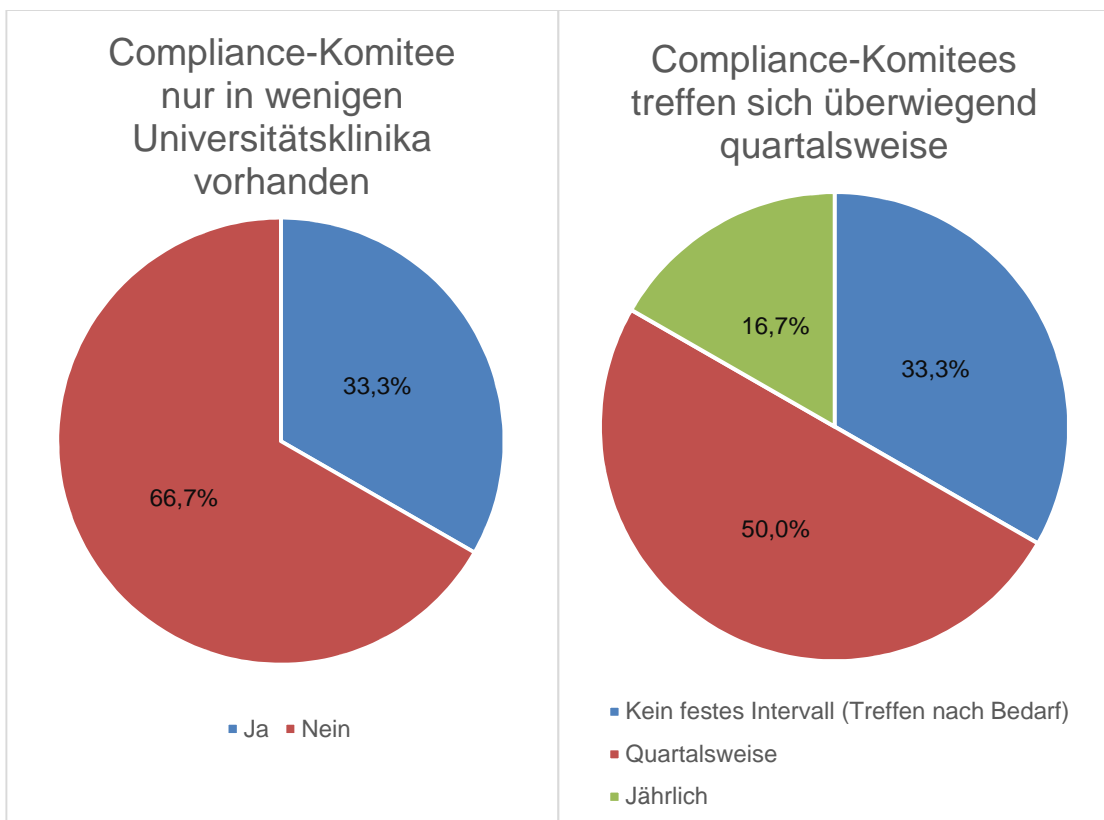


Abbildung 9 und 10: Ausgestaltung des Compliance-Komitees (n=18) und dessen Sitzungsintervall.

Die Analyse zeigt indes, dass nur in etwa einem Drittel der Universitätsklinika ist ein Compliance-Komitee vorhanden. In den zwei Drittel der Teilnehmer ohne Compliance-Komitee ist lediglich von einem Drittel die Einführung eines solchen Komitees geplant. Hinsichtlich der Intervalle der einzelnen Treffen ist erkennbar, dass sich nur die Hälfte quartalsweise trifft und die andere Hälfte nach Bedarf oder jährlich. Hierbei wäre ratsam, diesen Prozess weiter zu standardisieren, so dass sich die Komitees z.B. mindestens quartalsweise treffen. Regelmäßige Treffen führen zur Abstimmung von Themen, die ansonsten nicht unbedingt besprochen worden wären. Die folgenden Abbildungen veranschaulichen die Ausgestaltung des Compliance-Komitees in den Universitätsklinika.

Bei den Treffen der Komitees nehmen hauptsächlich die interne Revision, die Rechtsabteilung, das Compliance Management und die Personalabteilung teil. Das Risikomanagement und das Qualitätsmanagement sind nur bei knapp der Hälfte der Treffen anwesend. Dieses Ergebnis spiegelt ebenfalls den starken Bezug des Compliance Managements zur internen Revision und zur Rechtsabteilung wider.

## 6.2. Ablauforganisation

Die Universitätsklinika haben alle sieben Grundelemente eines CMS nach IDW PS 980 hinsichtlich ihrer aktuellen und zukünftigen Bedeutung bewertet. Diese betreffen neben der Aufbauorganisation vor allem Themenfelder der Aufbauorganisation. Die nachfolgende Abbildung macht deutlich, dass die künftige Bedeutung aller Themenfelder steigt. Des Weiteren zeigt die Analyse des aktuellen Umsetzungstandes, dass in allen Themenfeldern noch Optimierungspotenziale definiert werden.

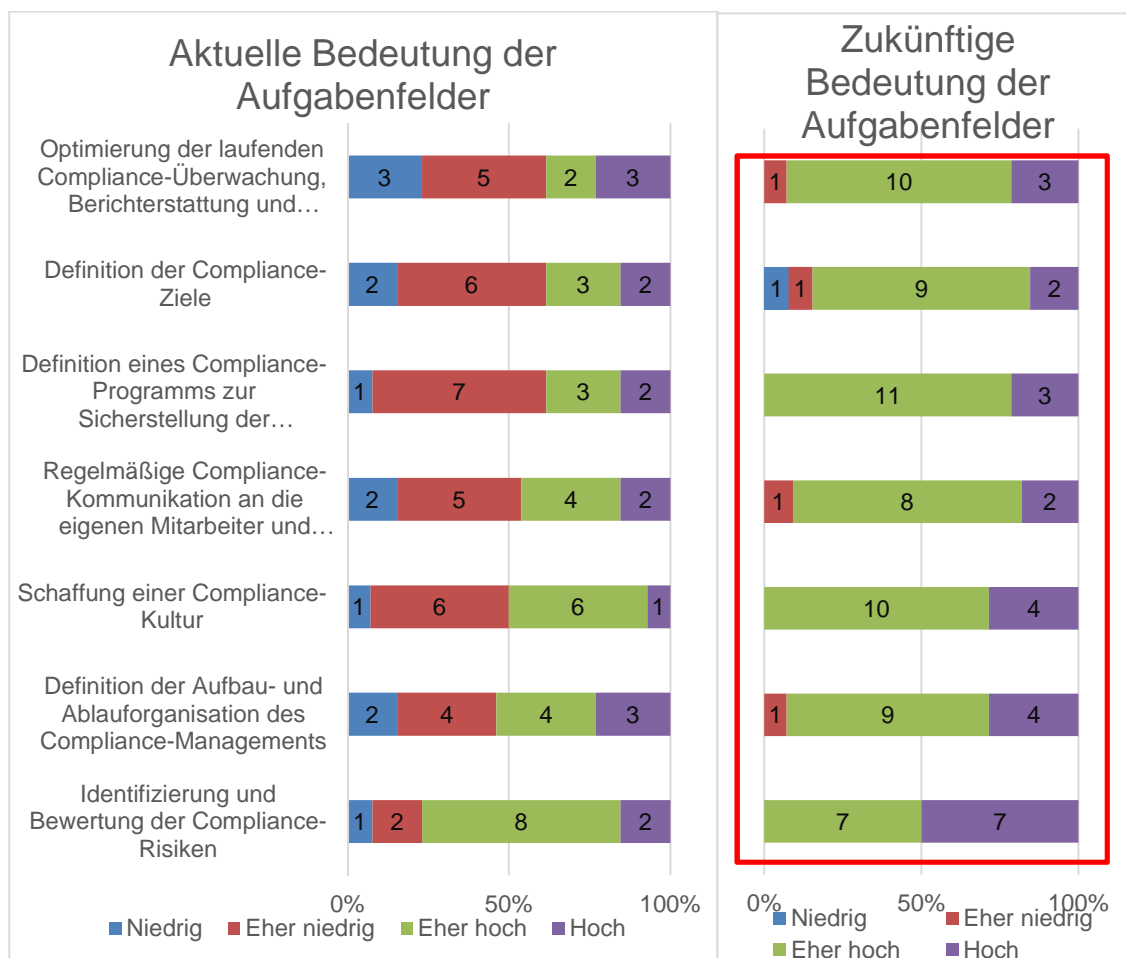


Abbildung 11: Bewertung der aktuellen und künftigen Bedeutung der einzelnen Aufgabenfelder des Compliance-Verantwortlichen (n=11)

Die Bedeutung der laufenden *Compliance-Überwachung, Berichterstattung und Dokumentation* wird bereits aktuell, aber vor allem künftig als eher hoch bzw. hoch eingeschätzt. Demzufolge wurde das Berichtswesen des Compliance-Verantwortlichen näher analysiert. Hierzu wurden die deutschen Universitätsklinika befragt, an welche einzelnen Berichtsadressaten sie in welchen Intervallen berichten. Am häufigsten berichten die Compliance-Verantwortlichen an den Vorstand und den Aufsichtsrat. Sowohl beim Vorstand als auch beim Aufsichtsrat erfolgen die Berichte hauptsächlich in jährlicher Form (s. Abb. 12).

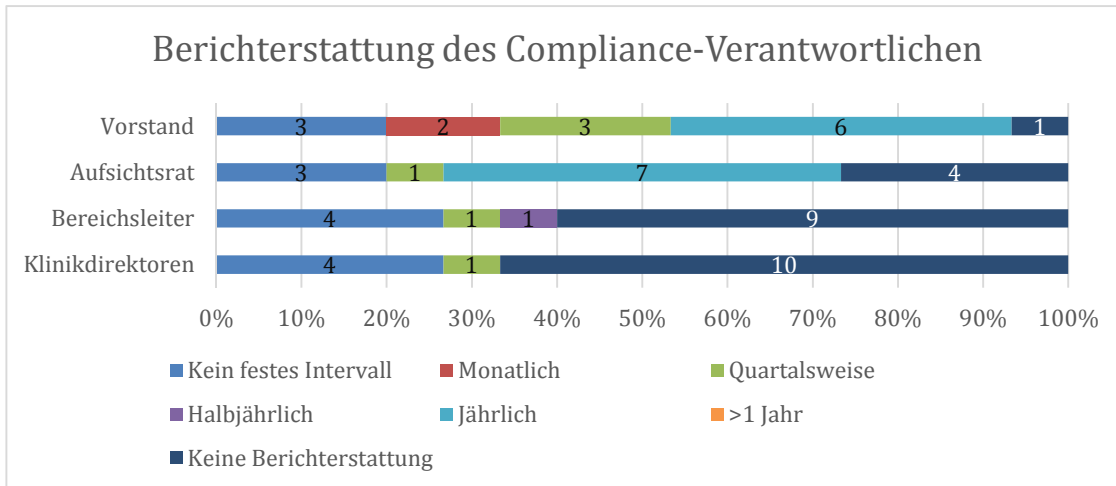


Abbildung 12: Die Berichtsadressaten und Berichtsintervalle des Compliance-Verantwortlichen (n=15)

Des Weiteren wurden die *Compliance-Ziele* und das *Compliance-Programm* zur Sicherstellung der Funktion eines CMS als bedeutsam eingestuft. So sollten Compliance-Ziele und -Risiken klarer benannt und mit Hilfe entsprechender Kennzahlen künftig exakter gemessen werden. Die Analyse zeigt, dass die Mehrheit der Universitätsklinika (52,9 %) bereits mit klar formulierten Compliance-Zielen für den Compliance-Verantwortlichen arbeitet. Von den Universitätsklinika, die aktuell noch nicht über konkret formulierte Compliance-Ziele verfügen (47,1 %), plant bereits ein Viertel der Universitätsklinika diese einzuführen.

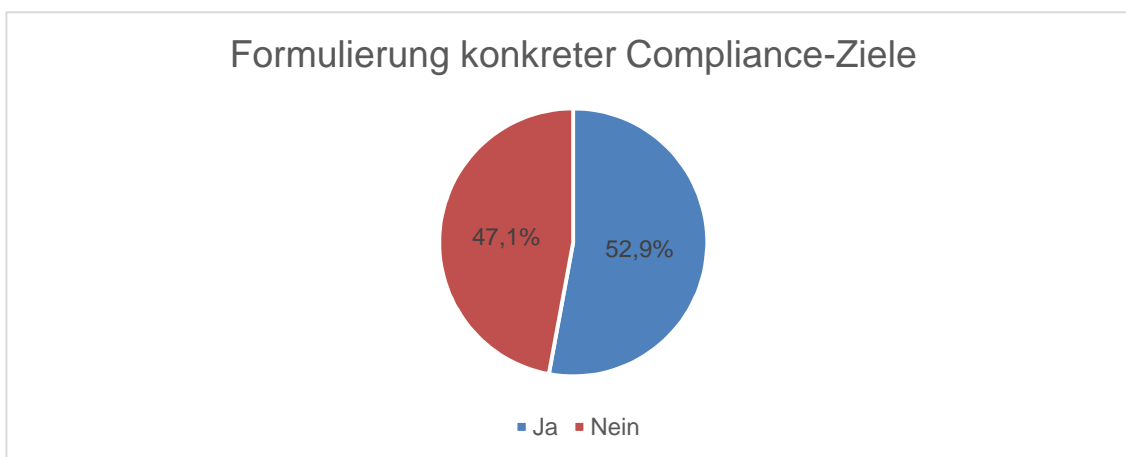


Abbildung 13: Formulierung konkreter Compliance-Ziele für den Compliance-Verantwortlichen (n=17)

Von den Universitätsklinika, die mit klar formulierten Compliance-Zielen arbeiten, haben 55,6 % maximal fünf Ziele benannt und 44,4 % sechs bis zehn Ziele definiert. Die Hälfte der Unternehmen arbeitet mit einem Mix aus quantitativen und qualitativen Kennzahlen. Die Hälfte der Universitätsklinika arbeitet auch mit einer internen Messung der Kennzahlen.

Der Compliance-Kommunikation, Compliance-Kultur und der Definition der Aufbau- und Ablauforganisation des Compliance Managements wird aktuell eine mittlere Bedeutung zugemessen. Die Bedeutung dieser Themenfelder wird indes künftig als deutlich steigend eingeschätzt (s. Abb. 11).

Um das Compliance Management zu verbessern, muss die Compliance-Kommunikation im Unternehmen weiterentwickelt werden. Dabei kann ein Bündel von Kommunikationsmaßnahmen eingesetzt werden, um dieses Ziel erreichen. Die nachfolgende Abbildung zeigt ein differenziertes Bild. So sind entsprechende Teambesprechungen, eine einheitliche Berichterstattung und eine Compliance Richtlinie bereits bei vielen Universitätsklinika implementiert, während E-Learning/Online-Compliance Schulungen noch deutlich ausbaufähig sind und künftig auch ausgebaut werden sollen.

Wie im allgemeinen Teil bereits analysiert erfolgt im Compliance Management nur in wenigen Fällen eine Berichterstattung an die Klinikdirektoren, sondern hauptsächlich an den Vorstand und den Aufsichtsrat. Der Compliance-Verantwortliche berichtet überwiegend jährlich, sowohl an den Vorstand als auch an den Aufsichtsrat, dieses Kommunikationsintervall sollte ggf. kritisch hinterfragt werden.

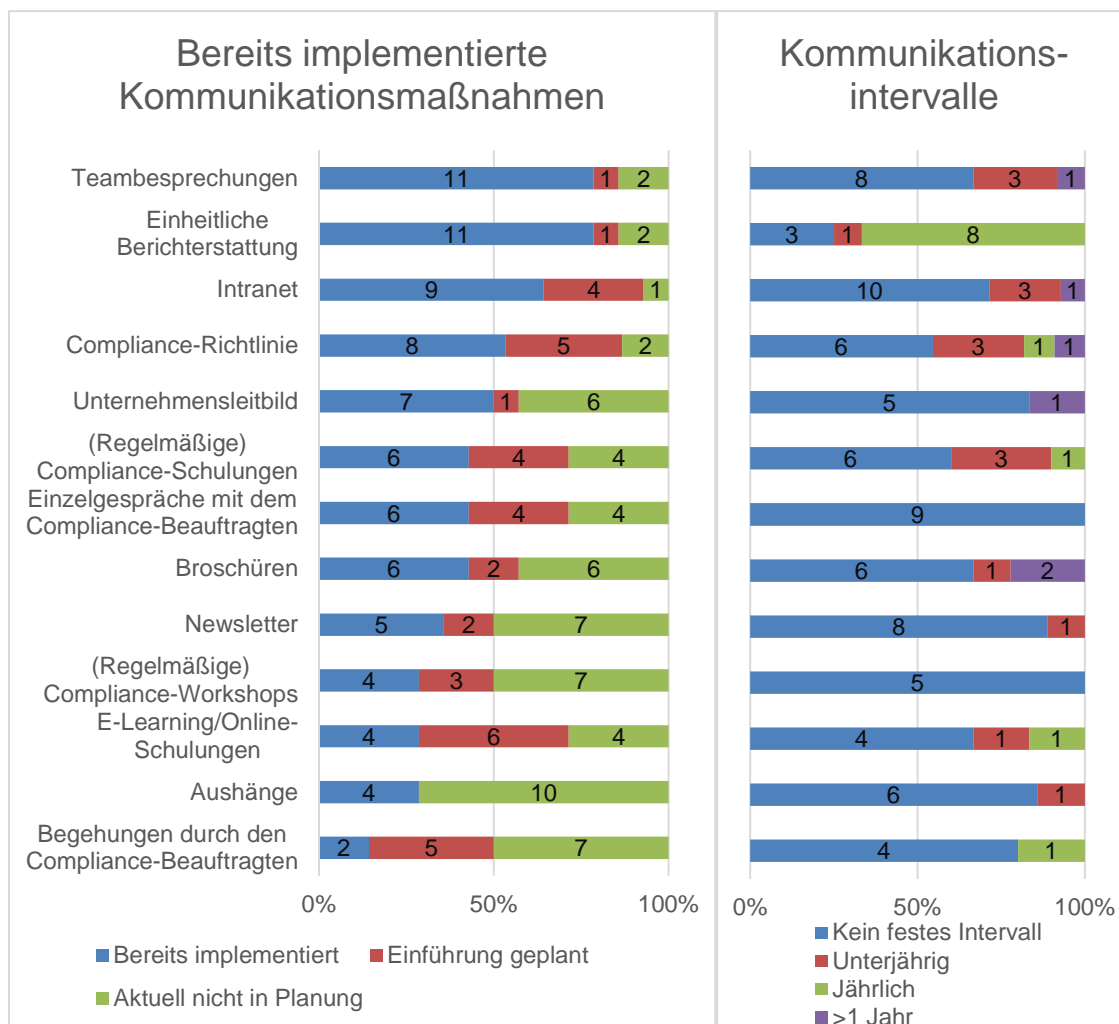


Abbildung 14: Bereits implementierte Kommunikationsmaßnahmen (n=14) und deren Kommunikationsintervalle

Um Compliance-Risiken im Unternehmen effizient identifizieren und bewerten zu können, ist die Einführung eines strukturierten Prozesses zur Erfassung solcher Risiken ratsam. Die Teilnehmer wurden hierzu befragt, ob ein entsprechender Prozess in ihrem Universitätsklinikum vorliegt und welche Gegensteuerungsmaßnahmen bei Compliance-Risiken/-Verstößen durchgeführt werden.



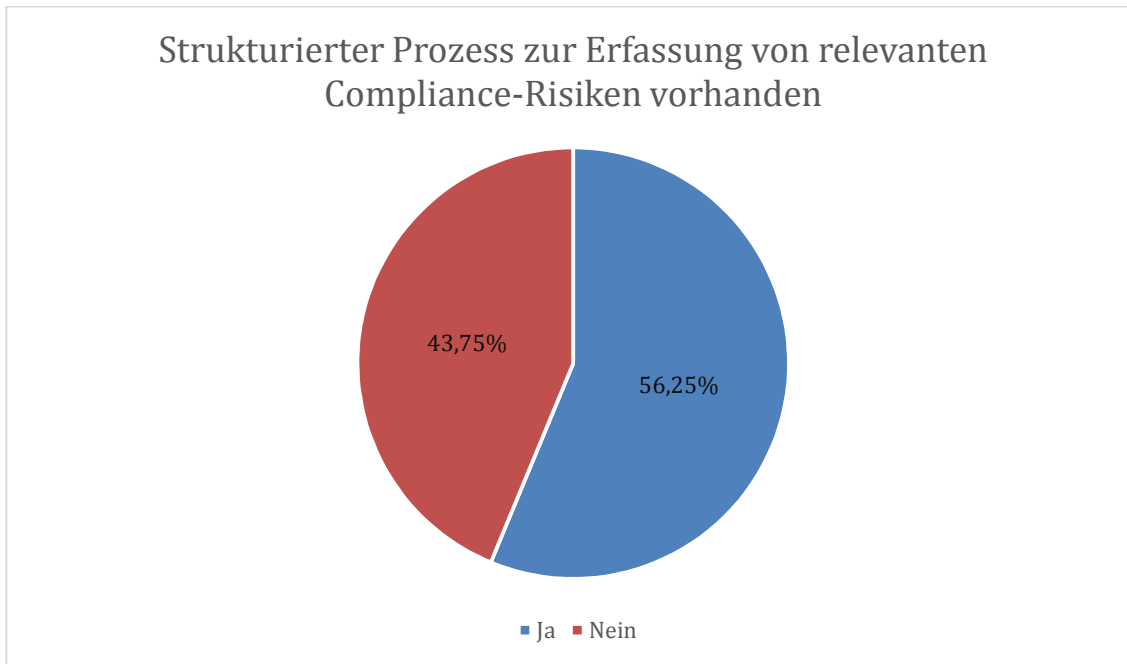


Abbildung 15: Strukturierter Prozess zur Erfassung von relevanten Compliance-Risiken vorhanden (n=16)

Der Grafik ist zu entnehmen, dass bereits ca. 56,25 % der Befragten über einen strukturierten Prozess zur Erfassung von relevanten Compliance-Risiken verfügen. Sechs der sieben Teilnehmer bei denen noch kein strukturierter Prozess zur Erfassung der Risiken vorliegt, haben auf die Frage, ob die Einführung ein Erfassungsprozess geplant ist, geantwortet. Hierbei haben sich 50 % dazu geäußert einen Erfassungsprozess in den nächsten sieben bis zwölf Monaten aufzubauen. Um dies sicherstellen zu können, müssen insbesondere das Risikomanagement und das Compliance Management eng zusammenarbeiten.

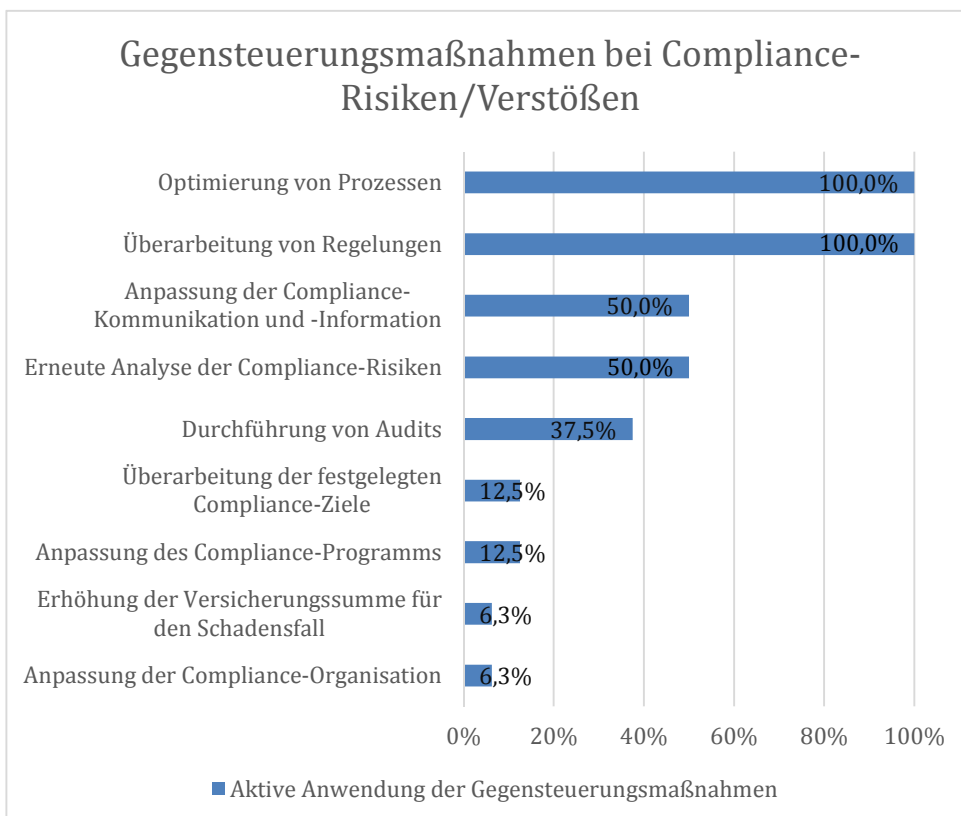


Abbildung 16: Durchführung von Gegensteuerungsmaßnahmen bei Compliance-Risiken und -Verstößen (n=16)

Das Ergebnis zeigt, dass vor allem die Optimierung von Prozessen sowie die Überarbeitung von Regelungen als effektive Maßnahme bei Compliance-Risiken und -Verstößen angewendet werden.

In den Universitätsklinika bestehen mehrere Möglichkeiten, um entdeckte Compliance-Risiken und -Verstöße melden zu können. Hinsichtlich der Häufigkeit ihrer Nutzung ist interessant, dass das Qualitätsmanagement geringfügig häufiger angesprochen wird als das Compliance Management. Die Compliance-Abteilung muss sich scheinbar noch das Vertrauen erarbeiten, wogegen das etablierte Qualitätsmanagement bereits weitgehend von der Belegschaft akzeptiert ist.

Dennoch ist sichtbar, dass sowohl das Compliance Management als auch das Qualitätsmanagement häufig als Kommunikationskanal gewählt wird (grün). Dadurch, dass ein externer Ombudsmann, eine Whistleblower-Helpline oder ein anonymer Briefkasten kaum verwendet werden (rot), ist somit erkennbar, dass insgesamt eine gute Vertrauensbasis innerhalb der Universitätsklinika geschaffen wurde. Die folgende Abbildung fasst die einzelnen Kommunikationskanäle noch einmal zusammen.

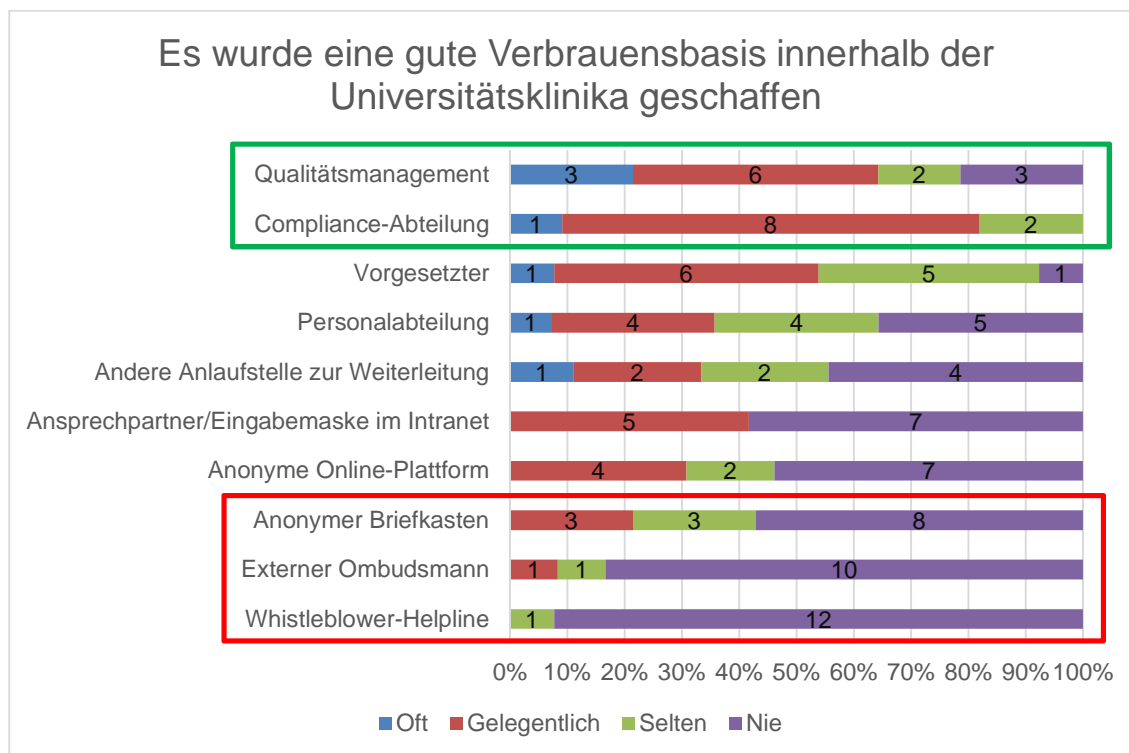


Abbildung 17: Kommunikationskanäle festgestellter Compliance-Verstöße und -Risiken (n=12)

Im letzten Schritt wurde analysiert, welche der verschiedenen Weiterbildungsmöglichkeiten für die Compliance-Verantwortlichen bestehen, um deren Know-how zu verbessern.

Das häufigste bereits implementierte Weiterbildungsinstrument sind externe Schulungen gefolgt von Weiterbildungen durch Fachgesellschaften sowie der Bestellung von Fachzeitschriften/Literatur/Newslettern. Die Möglichkeit interne Schulungen zu nutzen ist verhältnismäßig wenig vorhanden. Im Ergebnis wird deutlich, dass der Großteil aller Universitätsklinika bereits über eine Vielzahl an Weiterbildungsmöglichkeiten verfügt, um das Know-how ihrer Compliance-Verantwortlichen stetig verbessern und einen aktuellen Wissensstand gewährleisten zu können (s. Abb. 18).

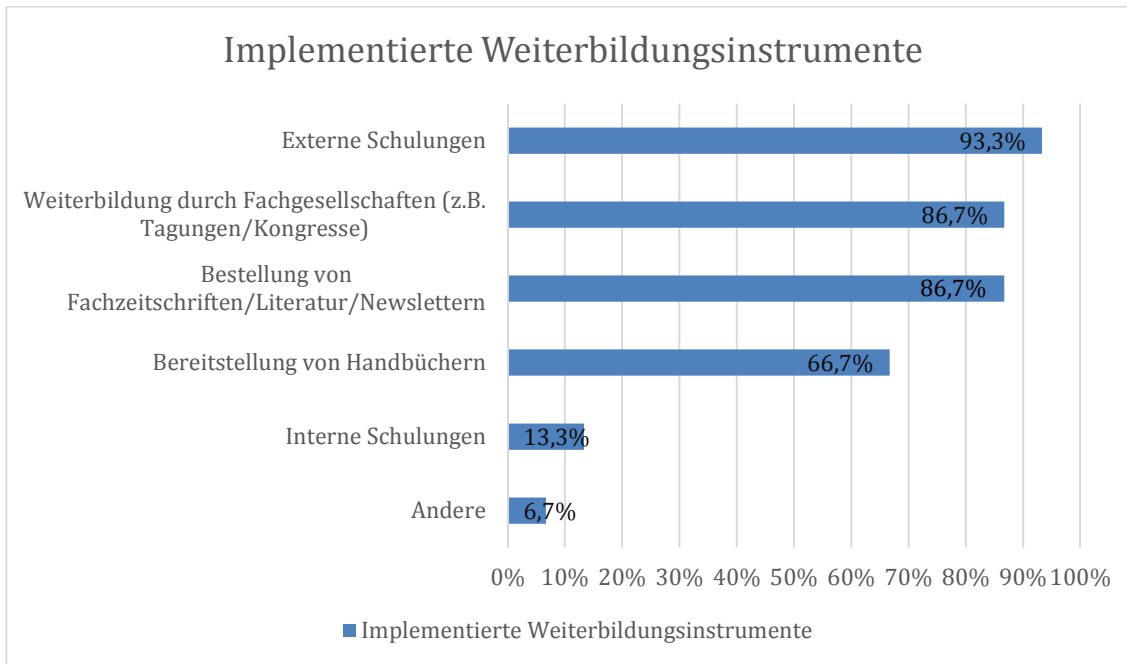


Abbildung 18: Weiterbildungsmöglichkeiten der Compliance-Verantwortlichen in deutschen Universitätsklinika (n=15)

## 6 Fazit

Die empirische Analyse der Studie hat ergeben, dass die Bedeutung der Implementierung eines wirksamen Compliance Managements bereits jetzt hoch ist und Compliance in den deutschen Universitätsklinika künftig insgesamt immer wichtiger wird. Momentan dominiert in den Universitätsklinika die Stellenausgestaltung in Form einer eigenständigen Compliance-Stabsstelle. Knapp die Hälfte der Stellen des zentralen Compliance-Beauftragten bestehen erst seit Kurzem. Ebenso konnte festgestellt werden, dass der Konkretisierungsgrad des Compliance-Beauftragten vergleichsweise niedrig und somit noch ausbaufähig ist. Hierbei wird die Aktualität des Themas Compliance in Universitätsklinika verdeutlicht und auch die Bereitschaft zum Handeln erkennbar. So sind bei der Mehrheit der Befragten bereit Maßnahmen zur Verbesserung der Kommunikation sowie die Einführung von Compliance-Regelungen und einem Verhaltenskodex in Planung.

Die Studie zeigt, dass das Instrument eines Compliance-Komitees noch ausbaufähig ist. Um zentrale Compliance-Aufgaben besser koordinieren und kommunizieren zu können, erscheint die Einführung eines Compliance-Komitees und die Implementierung regelmäßiger Treffen (z.B. auf Quartalsbasis) sinnvoll.

Die Bedeutung des Compliance Managements sowie aller sieben Grundelemente des CMS nach IDW PS 980 steigt künftig an und verdeutlicht erneut die Aktualität des Themas Compliance in Universitätsklinika. Hinsichtlich des Umsetzungsstands sind in allen Themenfeldern Optimierungspotenziale erkennbar. So könnten durch die Einführung von Kennzahlen zur Performancemessung Compliance-Ziele und -Risiken gezielt und nachhaltig verfolgt werden.

Hinsichtlich der Kommunikation zur Konkretisierung des Themas Compliance wurde in der Studie deutlich, dass insbesondere die digitalen Instrumente, wie z.B. das E-Learning oder Online-Compliance-Schulungen, künftig stark im Fokus stehen. Die Berichterstattung erfolgt überwiegend jährlich. Auch hierbei sollte eine weitere Standardisierung des Prozesses in Betracht gezogen und ggf. die Kommunikationsintervalle angepasst werden.

In der Umfrage wurde deutlich, dass in den Universitätsklinika diverse Möglichkeiten bestehen, um potenzielle Compliance-Risiken und -Verstöße melden zu können. Dennoch ist sichtbar, dass sowohl das Compliance Management als auch das Qualitätsmanagement als häufigste Kommunikationskanäle gewählt werden. Dies zeigt,

dass insgesamt eine gute Vertrauensbasis innerhalb der Universitätsklinika geschaffen wurde. So sind Meldungen zur Verbesserung der Qualität seit vielen Jahren in Krankenhäusern etabliert. Ziel ist das gegenseitige Lernen aus kritischen Ereignissen.

Insgesamt wurde deutlich, dass sich das Thema Compliance in den deutschen Universitätsklinika im Vergleich zu verwandten Branchen (z.B. der Pharmaindustrie) noch in der Strukturierungsphase befindet. Die Universitätsklinika sind sich der künftig hohen Bedeutung des Compliance jedoch bewusst und haben die Implementierung diverser Instrumente zur Konkretisierung des Themas (z.B. die Nutzung von Compliance-Komitees) bereits in Planung. Das Thema Compliance ist nicht nur als bloße Pflichterfüllung zu betrachten, sondern der ganzheitliche Mehrwert des Compliance Managements sollte in den Fokus gerückt werden. Der Mehrwert für die Universitätsklinika besteht neben der Erhöhung der Rechtssicherheit vor allem in einer Verringerung des Haftungsrisikos. Mit der gewonnenen Transparenzsteigerung können weitere Effekte wie effizientere Prozessabläufe und damit auch sinkende Kosten einhergehen.

Die Entwicklung in Universitätsklinika, die bereits seit mehreren Jahren ein Compliance Management haben, bestätigt wesentliche Untersuchungsergebnisse. Als Beispiel seien ausgewählte Maßnahmen am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein genannt: Dort wurde ein eigenständiger Compliance-Bereich geschaffen, der direkt dem Vorstand unterstellt ist und ihm regelmäßig berichtet. Gleichzeitig ist ein Compliance-Komitee etabliert, das regelmäßig tagt. Dadurch bleibt das Compliance Management mit anderen Bereichen verbunden. Die Veröffentlichung eines Verhaltenskodex mit allgemeinen Verhaltensregeln und die regelmäßige Veröffentlichung von Compliance-Beiträgen zu aktuellen Themen tragen zur Verbesserung der Compliance-Kultur und Compliance-Kommunikation bei.

## Anhang

Tabelle 1

<b><u>Thema Compliance</u></b>			
<b>Herausgeber</b>	<b>Titel</b>	<b>Design</b>	<b>Thematik</b>
Deutscher Krankenhaus Kompass GmbH, Ernst & Young GmbH und RHÖN-KLINIKUM AG Hrsg. (2017)	Compliance im Klinikmarkt	Anonymisierte Umfrage mit 200 Personen (mit Zuständigkeit für Compliance) aus Krankenhäusern unterschiedlicher Größe – Kooperation mit der Rhön-Klinikum AG	Die Studie richtet sich an den Krankenhausmanager, Compliance-Beauftragte/-Verantwortliche und Berater, die sich mit Compliance im Krankenhaus beschäftigen, und soll einen Einblick in die gelebte Wirklichkeit geben
KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Hrsg. (2014)	Governance in Unternehmen der Gesundheitswirtschaft	Online Umfrage an Unternehmen der Gesundheitswirtschaft (60% stationäre Leistungserbringer) – Beantwortung durch Leiter einzelner Unternehmensbereiche sowie Geschäftsführung und Vorstand	Inwieweit sind in Unternehmen der Gesundheitsbranche moderne Governance-Systeme bereits implementiert und werden aktiv genutzt, um eine hochwertige und wirtschaftliche Unternehmensführung sicherzustellen
Krolak, T. Hrsg. (2017)	Compliance-Management in deutschen Krankenhäusern 2017 (im Rahmen eines Forschungsprojektes an der FH Kiel)	Anonymisierter Fragebogen an rd. 500 deutsche Krankenhäuser und Universitätsklinik	Empirischen Analyse: Erkenntnisse über den aktuellen Umsetzungsstand von CMS in deutschen Krankenhäusern und Universitätsklinik
Krolak, T. Hrsg. (2017)	Compliance-Risiken in deutschen Krankenhäusern 2017 (im Rahmen eines Forschungsprojekt an der FH Kiel)	Anonymisierter Fragebogen an rd. 500 deutsche Krankenhäuser und Universitätsklinik	Analyse des Umsetzungsstands des Compliance Managements bzgl. der bedeutendsten Compliance-Risiken in den wichtigsten Hauptprozessen von Krankenhäusern und Universitätsklinik.
PricewaterhouseCoopers GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Hrsg. (2012)	Compliance im Gesundheitswesen: Krankenhäuser stärker im Blick	Artikel zum Bereich Compliance in Krankenhäusern	Statement zur immer wachsenden Bedeutung des Themas Compliance in Krankenhäusern

<b><u>Thema Beauftragtenwesen</u></b>			
<b>Herausgeber</b>	<b>Titel</b>	<b>Design</b>	<b>Thematik</b>
Bayerische Krankenhausgesellschaft e.V. Hrsg. (2017)	Beauftragte (et al.) im Krankenhaus – Ein praxisorientierter Leitfaden für Mitgliedskrankenhäuser der Bayerischen Krankenhausgesellschaft	Praxisorientierter Leitfaden	Einführung, Grundlagen, Übersicht, Weiterbildungsmöglichkeiten sowie rechtliche Grundlagen der einzelnen Beauftragten in Krankenhäusern
TÜV SÜD Akademie GmbH Hrsg. (2016)	Beauftragte im Gesundheitswesen	Praxisorientierter Leitfaden	Hintergrund, Grundlagen und Übersicht der wichtigsten Beauftragten im Gesundheitswesen
Landesarbeitskreis für Arbeitssicherheit Hrsg. (2013)	Beauftragtenwesen – Problem oder Lösung?	Präsentation für den Kongress für betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz	Einführung, Grundlagen und Übersicht der wichtigsten Betriebsbeauftragten



Tabelle 2

<b>Art des Beauftragten</b>	<b>Regelungen</b>
<b>Abfallbeauftragter</b>	AbfBetrBV, KrWG, AbfG, BImSchG
<b>Ausbildungsbeauftragter</b>	BBiG
<b>Brandschutzbeauftragter</b>	ArbSchG, BGV
<b>Betriebsarzt</b>	ASiG, BGV A1/DGUV Vorschrift 1, DGUV Vorschrift 2, SGB V, SGB VII, UVV
<b>Beauftragter für die Biologische Sicherheit</b>	GenTG, GenTSV
<b>Beauftragter für Schwerbehinderte</b>	SGB
<b>Compliance-Beauftragter</b>	DIN ISO 19600, IDW PS 980
<b>Datenschutzbeauftragter</b>	BDSG
<b>Fachkraft für Arbeitssicherheit</b>	ASiG, DGUV Vorschrift 2
<b>Gefahrgutbeauftragter</b>	GbV, GGBefG, ADR, RID
<b>Gefahrstoffbeauftragter</b>	GefStoffV, BetrSichV, TRGS
<b>Gleichstellungsbeauftragter</b>	AGG
<b>Hygienebeauftragter Arzt</b>	RKI – Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention, IfSG/SGB XI, MedHygV sowie KRINKO-Empfehlung
<b>Hygienebeauftragter in der Pflege</b>	
<b>Hygienefachkraft</b>	
<b>Krankenhaushygieniker</b>	
<b>Immissionsschutzbeauftragter</b>	BImSchG, 5. BImSchV
<b>Katastrophenschutzbeauftragter</b>	LKHG M-V, LKatSG M-V
<b>Laserschutzbeauftragter</b>	BGV B2, OStrV, DGUV Vorschrift 11
<b>Med-IT-Risikomanager</b>	DIN EN 80001-1:2011
<b>Beauftragter für Medizinproduktesicherheit und zur Einhaltung des Medizinproduktegesetzes</b>	MPBetreibV, MPG, MPSV
<b>Medizinphysik-Experte</b>	StrlSchV, RöV
<b>Qualitätsmanagementbeauftragter</b>	DIN EN ISO 9001
<b>Sicherheitsbeauftragter</b>	SGB VII, BGV A1/DGUV Vorschrift 1
<b>Störfallbeauftragter</b>	12. BImSchV, 5. BImSchV
<b>Strahlenschutzbeauftragter</b>	StrlSchV, RöV
<b>Transfusionsverantwortlicher</b>	TFG, Richtlinie zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten
<b>Transfusionsbeauftragter</b>	
<b>Qualitätsbeauftragter in der Transfusionsmedizin</b>	
<b>Transplantationsbeauftragter</b>	TPG/TPGAG M-V
<b>Umweltmanagement-/Umweltschutzbeauftragter</b>	EMAS – Verordnung 1221/2009 (EG), ISO 14001

## Literaturverzeichnis

### *Bücher*

Bayerische Krankenhausgesellschaft e.V. (Hrsg.) (2017): Beauftragte (et al.) im Krankenhaus – Ein praxisorientierter Leitfaden für Mitgliedskrankenhäuser der Bayerischen Krankenhausgesellschaft, Version 4.0, Januar 2017, München.

Behringer, S. (2016): Compliance für KMU, 2. Aufl., Berlin.

Dann, M. (2015): Compliance im Krankenhaus: Risiken erkennen, Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH, Düsseldorf.

DIN Deutsches Institut für Normung e.V. (Hrsg.) (2016): DIN ISO 19600 Compliance-Managementsysteme – Leitlinien (ISO 19600:2014), Berlin.

Fissenewert, P. (2015): Praxishandbuch internationale Compliance-Management-Systeme, 1. Aufl., Berlin.

Hamacher, A. H. (2015): Anforderungen an die Interne Revision: Corporate Governance und Internes Kontrollsystem (IKS), 1. Aufl., Hamburg.

Hauschka, C. E./Moosmayer, K./Lösler, T. (2016): Corporate Compliance – Handbuch der Haftungsvermeidung in Unternehmen, 3. Aufl., München.

IDW (Hrsg.) (2011): IDW Prüfungsstandard: Grundsätze ordnungsmäßiger Prüfung von Compliance Management Systemen (IDW PS 980), FN-IDW 4/2011, S. 203 ff.

Neiger, B. (2015): Erfolgreich mit Compliance – Zur effizienten Organisation mit ISO 19600:2014, 1. Aufl., Wien.

Schmola, G./Rapp, B. (2016): Prozessorganisation: Compliance, Governance und Risikomanagement im Krankenhaus: Rechtliche Anforderungen – Praktische Umsetzung – Nachhaltige Organisation, 1. Aufl., Wiesbaden.

Tanski, J. S. (2015): Interne Revision im Krankenhaus, 2. Aufl., Berlin.

Volk, K. (Hrsg.) (2014): Münchener Anwaltshandbuch – Verteidigung in Wirtschafts- und Steuerstrafsachen, 2. Aufl., München.

Wegner, B. (2003): Die Betriebsbeauftragten im Krankenhaus – Ein praxisorientierter Leitfaden für die Arbeit im Krankenhaus, Sonderpublikation der Bayerischen Krankenhausgesellschaft, München.

Wieland, J./Steinmeyer, R./Grüniger, S. (2010): Handbuch Compliance-Management – Konzeptionelle Grundlagen, praktische Erfolgsfaktoren, globale Herausforderungen, 1. Aufl., Berlin.

### *Beiträge aus Sammelwerken*

- Behringer, S./Passarge, M. (2016): Standards und Zertifikate für Compliance-Management-Systeme, in: Behringer, S. (2016): Compliance für KMU, S. 265-279.
- Bürkle, J. (2016): Compliance-Beauftragten-System, in: Hauschka, C. E./Moosmayer, K./Lösler, T. (2016): Corporate Compliance – Handbuch der Haftungsvermeidung in Unternehmen, S. 1155-1185.
- Felber, A. (2011): Strukturiertes Beauftragenwesen im Krankenhaus – Instrument zur Umsetzung behördlicher und gesetzlicher Vorgaben, in: Der Gynäkologe, Mai 2011, Volume 44, Issue 5, S.361-367.
- Haeske-Seeberg, H. (2015): Qualitätsmanagement, klinisches Risikomanagement und Qualitätssicherung, in: Tanski, J. S. (2001): Interne Revision im Krankenhaus, S. 107-119.
- Weber, B. (2016): Rechtliche Herausforderungen durch Compliance, in: Schmola, R./Rapp, B. (2016): Prozessorganisation: Compliance, Governance und Risikomanagement im Krankenhaus: Rechtliche Anforderungen – Praktische Umsetzung – Nachhaltige Organisation, S. 3-24.
- Wessing, J./Dann, M. (2014): Compliance, in: Volk, K. (Hrsg.) (2014): Münchener Anwalts Handbuch – Verteidigung in Wirtschafts- und Steuerstrafsachen, § 4 Rdnr. 7, S. 101-168.
- Wieland, J. (2010): Compliance-Management als Corporate Governance – konzeptionelle Grundlagen und Erfolgsfaktoren, in: Wieland, J./Steinmeyer, R./Grüniger, S. (2010): Handbuch Compliance-Management, S. 15-38.

### *Zeitschriftenbeiträge*

- The Institute of Internal Auditors (IIA) (Hrsg.) (2013): IIA Position Paper: The Three Lines of Defense in effective Risk Management and Control, Januar 2013.
- ECIIA/FERMA (Hrsg.) (2010) Guidance on the 8th EU Company Law Directive, Article 41.
- Medhochzwei Verlag (Hrsg.) – Krankenhaus Rating Report 2015: Krankenhaus Rating Report 2015: Bad Bank für Krankenhäuser – Krankenhausaustieg vor der Tür?.

### *Nicht-publizierter Beitrag*

- Krolak, T. (Hrsg.) (2017): Compliance-Management in deutschen Krankenhäusern 2017, 1. Aufl., Kiel.
- Krolak, T. (Hrsg.) (2017): Compliance-Risiken in deutschen Krankenhäusern 2017, 1. Aufl., Kiel.

### *Online-Beitrag*

- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2017): Bekanntmachung des Deutschen Corporate Governance Kodex (in der Fassung vom 07. Februar 2017), [https://dcgk.de/files/dcgk/usercontent/de/download/kodex/170424\\_Kodex.pdf](https://dcgk.de/files/dcgk/usercontent/de/download/kodex/170424_Kodex.pdf), abgerufen am 24.09.2018.

Compliance Academy GmbH (Hrsg.) (2018): ISO 19600 Compliance Management Systems, <http://www.iso19600.info/>, abgerufen am 06.06.2018.

KPMG AG (Hrsg.) (2014): Compliance – ISO 19600 – Globaler Standard für Compliance-Management, <https://assets.kpmg.com/content/dam/kpmg/pdf/2015/01/produktblatt-iso-19600-kpmg.pdf>, abgerufen am 06.06.2018.

Regierungskommission Deutscher Corporate Governance Kodex (2019), Deutscher Corporate Governance wie von der Regierungskommission am 9. Mai 2019 beschlossen, <https://dcgk.de/de/kodex/dcgk-2019.html>, abgerufen am 04.07.2019.

Rödl & Partner GmbH (Hrsg.): Prüfung von Compliance Management Systemen nach IDW PS 980, <https://www.roedl.de/themen/compliance-management-gesundheitswesen/pruefung-von-compliance-management-systemen>, abgerufen am 23.06.2019.

Springer Gabler | Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH – Gabler Wirtschaftslexikon (Hrsg.), Definition Betriebsbeauftragte, <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/betriebsbeauftragte-52294>, abgerufen am 07.06.2018.