

Verfahrensordnung Compliance-Hinweisgebersystem/Beschwerdeverfahren

Präambel

Für die Rudolf Virchow Klinikum Glauchau gGmbH ist rechtskonformes Verhalten ein wesentlicher Baustein des Klinikkonzeptes. Mit der Etablierung eines Compliance- und Hinweisgeberverfahrens möchten wir Schwachstellen bzw. Compliance-Verstöße in unserem Unternehmen aufdecken und dies zum Anlass nehmen, Maßnahmen zur Verbesserung bzw. Verhinderung einzuleiten.

I. Einrichtung einer internen Meldestelle

1. Vor dem Hintergrund der EU-Hinweisgeberrichtlinie sowie des Hinweisgeberschutzgesetzes hat die Rudolf Virchow Klinikum Glauchau gGmbH ein Compliance-Komitee etabliert, an welche sich Beschäftigte des Klinikums, aber auch weitere Personen wie bspw. Bewerber, ehemalige Mitarbeitende, Praktikanten, Lieferanten bzw. Geschäftspartner des Klinikums (kurz: hinweisgebende Personen) wenden können.

2. Aufgaben des Compliance-Komitees sind insbesondere das Betreiben der internen Meldekanäle, die Prüfung der Stichhaltigkeit von Meldungen und gegebenenfalls das Einleiten von Folgemaßnahmen.

3. Das Compliance-Komitee der Rudolf Virchow Klinikum Glauchau gGmbH besteht aus der Compliance-Beauftragten (Vertrauensanwältin), des klinikinternen Compliance-Koordinators sowie der Datenschutzbeauftragten. Die Mitglieder des Compliance-Komitees handeln unparteiisch, unabhängig und weisungsfrei. Sie werden bei Bedarf durch weitere, von ihnen einbezogene interne oder externe Hilfskräfte unterstützt.

4. Das Compliance-Komitee wird mit den notwendigen Befugnissen ausgestattet, um seine Aufgaben wahrzunehmen, insbesondere um Meldungen zu prüfen und Folgemaßnahmen einzuleiten.

II. Eingang bzw. Aufnahme einer Meldung

1. Im Sinne eines weiten Compliance-Verständnisses soll grundsätzlich jeglichen plausiblen (auch anonymen) Meldungen nachgegangen werden, die auf einen Verstoß gegen interne oder externe Vorschriften hindeuten oder auf bestehende Risiken hinweisen.

Meldungen zu den folgenden Bereichen können somit unter anderem relevant sein:

- rechtswidrige Handlungen oder Unterlassungen
- Verstöße gegen compliance-relevante interne Richtlinien
- Krankenhausabrechnung (z. B. Abrechnung von nicht erbrachten Leistungen)
- Verstöße gegen das Arbeitszeitgesetz
- Unberechtigte Weitergabe von personenbezogenen Daten (z. B. Patientendaten)
- Hygiene (z. B. Verunreinigung von OP-Besteck)
- Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (z. B. Diskriminierung von Mitarbeitenden aufgrund deren Herkunft)
- Unterschlagung und Veruntreuung (z. B. von Medikamenten durch Mitarbeitende für private Zwecke)
- Vergabesachen (z. B. eine Leistung wird ohne ein förmliches Vergabeverfahren direkt vergeben)

2. Zuständig für die Entgegennahme von Meldungen sind die Mitglieder des Compliance-Komitees.

Dabei sind folgende Verhaltensgrundsätze zu beachten:

- Alle Hinweise müssen unverzüglich bearbeitet werden.
- Sämtliche Aktivitäten müssen in Übereinstimmung mit dem anwendbaren Recht sowie in objektiver und sachgerechter Weise sowie unter Beachtung des Verhältnismäßigkeitsprinzips durchgeführt werden.

- Beschuldigte müssen fair und respektvoll behandelt werden. Vorverurteilungen sind zu vermeiden und das Recht auf Anhörung ist zu gewährleisten.
- Die Vertraulichkeit von gewonnenen Informationen, insbesondere von personenbezogenen Daten ist sicherzustellen.
- Die Identität von Hinweisgebern muss geschützt werden. Bei Hinweisen auf Repressalien gegenüber Hinweisgebern ist unverzüglich die Compliance-Beauftragte einzuschalten.
- Mitarbeiter, die an der Hinweisbearbeitung mitwirken, müssen tatsächliche oder drohende Interessenkonflikte vermeiden bzw. anzeigen.

Sofern Verletzungen gegen diese Verhaltensgrundsätze berichtet werden, werden diese als Hinweis auf einen Compliance-Verstoß angesehen und entsprechend untersucht. Verletzungen der Verhaltensgrundsätze können zu disziplinarischen Maßnahmen führen.

3. Zur Entgegennahme von Meldungen werden Meldekanäle eingerichtet und betrieben. Über die Meldekanäle können Meldungen in mündlicher Form oder in Textform abgegeben werden. Auf Ersuchen der hinweisgebenden Person ist für die Meldung Innerhalb einer angemessenen Zeit eine persönliche Zusammenkunft mit der für die Entgegennahme der Meldung zuständigen Person der internen Meldestelle zu ermöglichen.

Die Entgegennahme der Meldungen durch die interne Meldestelle erfolgt mündlich oder in Textform über einen der folgenden Meldekanäle:

Meldestelle der Klinik:

Compliance-Koordinatorin: Nicole Graupner-Lehmann
Durchwahl: -2500
E-Mail: compliance@klinikum-glauchau.de

externe Vertrauensanwältin/Compliance-Beauftragte:

persönlich/vertraulich
Rechtsanwältin Manuela Kreibich, Fachanwältin für Medizinrecht
Bernhard-Anger-Straße 10
09337 Hohenstein-Ernstthal
Tel: 0174/3775331
E-Mail: info@kanzlei-kreibich.de

4. Die Mitarbeiter des Compliance-Komitees bestätigen der hinweisgebenden Person den Eingang der Meldung spätestens nach sieben Tagen, sofern deren Kontaktdaten bekannt sind.

Im Rahmen der Eingangsbestätigung wird der Hinweisgeber über die nächsten Verfahrensschritte, den voraussichtlichen zeitlichen Verlauf des Verfahrens und den Hinweisgeberschutz informiert.

5. Die bei der internen Meldestelle eingehenden Meldungen werden vollständig und genau dokumentiert. Dies kann durch Tonaufzeichnungen (Var. 1), durch eine vollständige und genaue Niederschrift des Wortlauts In Form eines Protokolls (Var. 2) oder durch eine Zusammenfassung des Inhalts In Form eines Vermerks (Var. 3) erfolgen. Bei Var. 1 und Var. 2 ist jeweils die Einwilligung der hinweisgebenden Person erforderlich.

6. Das Compliance-Komitee hat die Vertraulichkeit der Identität der hinweisgebenden Person, der Person, die Gegenstand der Meldung ist sowie der sonstigen in der Meldung genannten Personen während des gesamten Prozesses zu wahren.

III. Prüfung der Meldung

1. Eingehende Meldungen werden vom Compliance-Komitee zunächst einer cursorschen Plausibilitätsprüfung unterzogen. Diese soll dem Ziel dienen, darüber zu entscheiden, ob weitere Ermittlungen aufgenommen werden sollen. Andere Organisationseinheiten des Klinikums bzw. andere, externe Stellen werden nur kontaktiert, soweit dies für die Plausibilitätsprüfung erforderlich ist.

2. Erscheint der Hinweis nicht plausibel, endet der Vorgang durch einen entsprechenden Aktenvermerk des Compliance-Komitees.

3. Erscheint der Hinweis plausibel, nimmt das Compliance-Komitee weitere Ermittlungen auf. Es kann hierzu unter Beachtung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes interne Untersuchungen im Klinikum durchführen und betroffene Personen und Fachbereiche kontaktieren. Das Compliance-Komitee bindet gegebenenfalls weitere Schnittstellenbereiche ein.

5. Das Compliance-Komitee informiert die Geschäftsführung über den Beginn der Prüfung, soweit der Verdachtsfall aufgrund der involvierten bzw. betroffenen Personen oder aufgrund des Tatvorwurfs für die Klinikleitung bedeutsam ist. Falls sich im weiteren Verlauf die Notwendigkeit einer Entscheidung über das weitere Vorgehen durch die Geschäftsführung ergibt, werden alle entscheidungsrelevanten Punkte zusammengetragen und der Geschäftsführung zur Entscheidung vorgelegt.

6. Im Rahmen der Prüfung kann das Compliance-Komitee beispielsweise Interviews mit der hinweisgebenden Person (falls bekannt) und den Beschuldigten führen, um weitere Informationen zu erhalten.

Etwaige Schweigerechte der befragten Personen sind dabei zu beachten. Die befragten Personen sind vor der Befragung über ihre Schweigerechte zu belehren sowie über die Möglichkeit, einen anwaltlichen Beistand oder eine sonstige Vertrauensperson (Rechtsvertretung der Gewerkschaft, Schwerbehindertenvertreterinnen, Vertreterinnen des Betriebsrates etc.) zu der Befragung hinzuzuziehen. Den befragten Personen ist über den Sachverhalt insoweit Kenntnis zu verschaffen, dass sie die Möglichkeit haben, etwaige vorhandene Verdachtsgründe zu entkräften und Entlastungstatsachen anzuführen, d. h. um sich ggf. sachgerecht verteidigen zu können. Die befragte Person hat das Recht zu schweigen, wenn sie sich selbst oder in § 52 Absatz 1 der Strafprozessordnung bezeichnete Angehörige gefährden würden, wegen einer Straftat oder Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden. Ferner haben die Mitarbeitenden ein Schweigerecht, wenn sie das Bestehen ihres Arbeits- bzw. Dienstverhältnisses belasten würden.

7. Folgende Fragen und ggf. weitere sollen im Rahmen der Prüfung gestellt und beantwortet werden:

- Was ist passiert?
- Wer ist verantwortlich?
- Wer wusste Bescheid?
- Wie konnte das passieren?
- Welche Prozesse oder Kontrollen sind gescheitert?
- Was ist der Schaden?

8. Während der Zeit der Prüfung soll der Kontakt zwischen dem Compliance-Komitee und der hinweisgebenden Person gehalten werden. Soweit dies die Prüfung nicht erschwert bzw. behindert oder sonstige Gründe dem nicht entgegensteht, soll die hinweisgebende Person über Zwischenstände informiert werden.

9. Das Compliance-Komitee schließt seine Prüfung mit einem Prüfbericht (Aktenvermerk) ab. Adressat des Prüfberichts ist die Geschäftsleitung des Klinikums, soweit der Verdachtsfall aufgrund der involvierten bzw. betroffenen Personen oder aufgrund des Tatvorwurfs für die Klinikleitung bedeutsam ist.

IV. Einleitung von Maßnahmen zur Verbesserung

1. Das Compliance-Komitee soll durch die Meldung etwaige Schwachstellen In der Compliance im Klinikum identifizieren.
2. Es leitet im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses geeignete (ggf. pilotartige) Maßnahmen ein, damit sich offenbarte Compliance-Verstöße nicht wiederholen. Auf Basis der Erkenntnisse aus der Hinweisbearbeitung wird geprüft, ob eine Anpassung bzw. Erweiterung der präventiven Compliance-Maßnahmen erforderlich ist. Bei Bedarf werden diese umgesetzt und nachgehalten.
3. Compliance-Verstöße durch Mitarbeiter werden entsprechend ihrer Art und Schwere angemessen sanktioniert. Mögliche arbeitsrechtliche Sanktionen sind insbesondere Ermahnung, Abmahnung oder Kündigung. Die Compliance-Beauftragte wirkt darauf hin, dass bei der Entscheidung ein einheitlicher Bewertungsmaßstab zugrunde gelegt wird.
4. Die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen und die Erforderlichkeit einer Strafanzeige werden geprüft und bei Bedarf veranlasst.

V. Rückmeldung an die hinweisgebende Person

1. Die interne Meldestelle gibt der hinweisgebenden Person innerhalb von drei Monaten nach der Bestätigung des Eingangs der Meldung oder, wenn der Eingang nicht bestätigt wurde, spätestens drei Monate und sieben Tage nach Eingang der Meldung eine Rückmeldung. Die Rückmeldung umfasst die Mitteilung geplanter sowie bereits ergriffener Folgemaßnahmen sowie die Gründe für diese. Werden die geeigneten Maßnahmen außerhalb dieses Zeitraums erst noch festgelegt, so sollte die hinweisgebende Person auch darüber informiert werden; zudem sollte ihr mitgeteilt werden, welche weiteren Rückmeldungen sie erwarten kann.
2. Der Zeitraum kann ausnahmsweise auf sechs Monate ausgedehnt werden, wenn die besonderen Umstände des Falls dies erfordern (bspw. weil Art und Komplexität des Gegenstands der Meldung eine langwierige Untersuchung nach sich zieht).
3. Eine Rückmeldung an die hinweisgebende Person darf nur insoweit erfolgen, als dadurch interne Nachforschungen oder Ermittlungen nicht berührt und die Rechte der Personen, die Gegenstand einer Meldung sind oder die in der Meldung genannt werden, nicht beeinträchtigt werden (denkbar sind bspw. datenschutzrechtliche Belange).
4. Das Compliance-Komitee ermöglicht es der hinweisgebenden Person etwaige Rückfragen zu stellen und steht auf Anfrage auch für ein persönliches Treffen zur Verfügung.

VI. Abschluss

Zum Abschluss der Hinweisbearbeitung werden das Ergebnis und die abgeleiteten Maßnahmen zusammengefasst und zugriffsgeschützt dokumentiert. Gesetzliche Aufbewahrungs- und Löschfristen werden beachtet.