

# das Krankenhaus

1  
2018

[www.daskrankenhaus.de](http://www.daskrankenhaus.de)

Das Phänomen der Inneren Qualität: Die Probleme der Praxis und deren Lösung

## Krankenhausmanagement im 21. Jahrhundert

Kuno Reckemmer

Seiten: 40-46

Im 21. Jahrhundert zeichnet sich für das Management im Allgemeinen und das Krankenhausmanagement im Besonderen ein tiefgreifender Wandel ab. Vorab hatten die Strukturen, Prozesse und Ergebnisse die mit Abstand erste Priorität. Nun rückt das Verhalten der Beschäftigten als gleichwertiges Gestaltungs- und Lenkungselement mit in den Vordergrund des Kalküls. Lange Zeit standen die hierfür erforderlichen Instrumente nicht zur Verfügung. Jetzt liegen sie mit der Konzeption des Managements der Inneren Qualität (MIQ) vor. MIQ - für die Krankenhausleitung zum Vorteil aller. Die neuen Chancen sind signifikant. Nachstehend wird zunächst das Phänomen der Inneren Qualität erläutert. Anschließend werden die MIQ-Kernelemente vorgestellt. Der Autor ist Gründungspartner und Leiter der CGIFOS Institute GmbH, Stuttgart. Das Institut ist der Pionier auf dem Gebiet der Inneren Qualität und deren Managements.

Prof. Dr. Kuno Reckemmer

# Krankenhausmanagement im 21. Jahrhundert

## Das Phänomen der Inneren Qualität: Die Probleme der Praxis und deren Lösung.

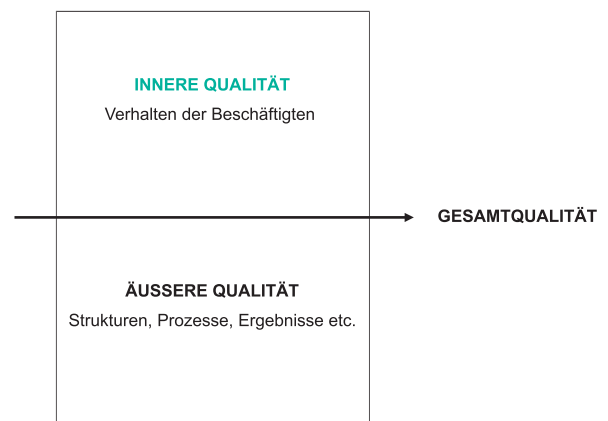
Im 21. Jahrhundert zeichnet sich für das Management im Allgemeinen und das Krankenhausmanagement im Besonderen ein tiefgreifender Wandel ab. Vorab hatten die Strukturen, Prozesse und Ergebnisse die mit Abstand erste Priorität. Nun rückt das Verhalten der Beschäftigten als gleichwertiges Gestaltungs- und Lenkungselement mit in den Vordergrund des Kalküls. Lange Zeit standen die hierfür erforderlichen Instrumente nicht zur Verfügung. Jetzt liegen sie mit der Konzeption des Managements der Inneren Qualität (MIQ) vor. MIQ – für die Krankenhausleitung zum Vorteil aller. Die neuen Chancen sind signifikant. Nachstehend wird zunächst das Phänomen der Inneren Qualität erläutert. Anschließend werden die MIQ-Kernelemente vorgestellt.

### Neues Denken, neues Handeln

Seit über 100 Jahren stehen die Strukturen, Prozesse und Ergebnisse im Mittelpunkt des Managements – hier Äußere Qualität (ÄQ) genannt. Inzwischen haben sich die Verhältnisse geändert. Die Qualität von Organisationen ist heute mehr denn je durch die Güte des Verhaltens der Beschäftigten bestimmt – hier Innere Qualität (IQ) genannt. Dies gilt im Allgemeinen und für Krankenhäuser im Besonderen. Entscheidend für die Qualität und den Erfolg eines Krankenhauses ist folgerichtig dessen Gesamtqualität, die sich aus dem Zusammenwirken von IQ und ÄQ ergibt (vergleiche ► **Abbildung 1**).

Mit dem Begriff der IQ wird vorliegend die Qualität des Verhaltens der Beschäftigten eines Krankenhauses in der Wahrnehmung ihrer Aufgaben gemessen an jenen Vorgaben zu Werthaltungen und Vorgehensweisen bezeichnet, die für die Krankenhausqualität und den Krankenhauserfolg grundlegend sind – hier auch Regeln Innerer Qualität (IQ-Regeln) genannt (► **Abbildung 2** zeigt ein Muster). Vorliegend wird die IQ vereinfachend als „gut“ oder „schlecht“ kategorisiert. Die Ausprägungen in der Praxis sind vielschichtiger. MIQ fächert die

Abbildung 1: Schichtenmodell der Organisationsqualität



© CGIFOS Institute

Dimensionen differenziert auf. Ein allgemeines Merkmal des IQ-Phänomens ist dessen Latenz. Die IQ-Güte entzieht sich ge-

Abbildung 2: Regeln Innerer Qualität – Muster

Patientenorientierung	Wirtschaftlicher Umgang mit Ressourcen	Mitarbeiterorientierung	Führung	Strukturen, Prozesse
Das Wohl unserer Patienten ist der Maßstab unseres Erfolgs.	Wir gehen sorgsam und sparsam mit unseren Mitteln um.	Unser Umgang untereinander ist offen, fair und wertschätzend.	Wir fördern und fordern, entscheiden fundiert und kommunizieren klar.	Wir verfügen über angemessene Strukturen und Prozesse.
Wir verfügen über hohe Kompetenz, sind engagiert und freundlich.	Wir setzen uns Ziele und lassen uns an deren Erfüllung messen.	Wir arbeiten konstruktiv zusammen.	Wir verhalten uns vorbildlich.	Wir verbessern uns kontinuierlich.

© CGIFOS Institute

**Abbildung 3: Gute Innere Qualität – ein höchst wichtiger Qualitäts- und Erfolgsfaktor von Krankenhäusern**



rade in kritischen Fällen vielfach der Beobachtung, zumal für die Krankenhausleitung (KHL). Gleichzeitig ist die IQ-Güte ein kritischer Qualitäts- und Erfolgsfaktor. Dessen Bedeutung ist kaum zu überschätzen. Latenz einerseits und Relevanz andererseits sind die Pole des hier sich für die KHL eröffnenden, höchst problematischen Spannungsfelds. Gute IQ kann Krankenhäuser zu faszinierenden Spitzenleistungen führen. Schlechte IQ hingegen kann erheblichen Schaden bewirken, einzelne Bereiche oder gar die Einrichtung insgesamt in ihrer Existenz gefährden. Alle Handlungsdimensionen sind betroffen: Patientenwohl und -sicherheit, Arbeitsplatzqualität und Mitarbeiterzufriedenheit, Wirtschaftlichkeit und Wettbewerbsfähigkeit, Chancen in der Personalgewinnung/-bindung, organisatorische Stabilität, Resilienz, Agilität usw. (vergleiche ► **Abbildung 3**). IQ und ÄQ sind, wie die Beispiele deutlich machen, also eng verbunden. Die Wechselwirkungen liegen auf der Hand: Selbst beste Strukturen und Prozessdokumentationen nutzen wenig, wenn die IQ nicht stimmt. Und wird ein positives Ergebnis vornehmlich auf Kosten einer schlechten IQ herbeigeführt, dann ist hierfür in der Folge in aller Regel ein um so höherer Preis zu zahlen. Die Organisation verliert an wichtiger Substanz. Der Erfolg der Gegenwart wird auf Kosten der Zukunft erkaufte. Umgekehrt kann eine gute IQ manche Schwachstelle in der ÄQ überbrücken (vergleiche Reckemmer, 2017).

### Bisherige Praxis – vielfach großes Bemühen, dennoch kritische Defizite

In der Krankenhauspraxis ist das Bemühen um eine gute IQ in aller Regel groß. Dennoch sind kritische IQ-Defizite die Regel: In ein und derselben Organisation ist die IQ in manchen Bereichen gut, in anderen ist sie schlecht. Der Handlungsbedarf ist vielfach signifikant. Nach den am CGIFOS Institute vorliegenden Erfahrungen ist mit grobem Strich davon auszugehen, dass in Deutschland derzeit nach Lage im Einzelfall zwischen 20 und 50 % der Beschäftigten eines Krankenhauses in Be-

reichen mit schlechter IQ tätig sind. Was dies für deren Motivation und Einsatzbereitschaft bedeutet, ist augenscheinlich. Aber auch die Krankenhausqualität als solches ist gemindert. Die aus schlechter IQ resultierenden Potenzialreserven aufgrund von Krankenstand, Leistungsminderungen, Ausfallzeiten, erhöhter Fluktuation, organisatorischem Widerstand etc. sind allgemein in einer Größenordnung zwischen 5 und 10 % des Personalaufwands anzusetzen. In Einzelfällen sind auch deutlich höhere Werte möglich. Hinzu kommen die Kosten geringerer medizinischer und wirtschaftlicher Qualität, höherer Risiken sowie geminderter organisatorischer Stabilität, Veränderungs- und Zukunftskraft. Der Kolateralschaden des bisherigen Vorgehens ist also immens. Was ist die Schwierigkeit? Sind die Probleme in der Praxis zu groß? Oder sind die bisherigen Konzepte unpassend?

### Kernproblem: die bislang dominante Managementtheorie

Die IQ-Theorie und -Praxis zeigen klar: Das primäre Problem ist die bislang dominante Managementtheorie. Sie ist zum einen einseitig auf die ÄQ fokussiert, was als solches zu kritischen Unausgewogenheiten führt. Zum anderen lässt die einseitige ÄQ-Fokussierung Raum für zusätzliche Schwächen. Ansätze wie die Human-Relations-Bewegung, das Organizational Behavior oder die ökonomische Verhaltensforschung etc. haben die KHL-Anforderungen nicht hinreichend im Blick. Sie bleiben isoliert. Eine Verzahnung mit den Kernsystemen des Managements findet nicht statt (Integrierte Planung und Kontrolle, strategisches und operatives Controlling etc.). Detaillierte operative Empfehlungen und Maßnahmen wiederum haben vielfach handwerklich-konzeptionelle Defizite, sind teils fehlleitend oder gar irreführend.

Ein erstes Beispiel sind Maßnahmen wie Kommunikationstrainings, Teamentwicklungen, Coachings etc. Programme dieser Art können in spezifischen Einzelfällen natürlich hilfreich sein. Das Problem der IQ-Messbarkeit und übergeordneten IQ-Steuerung hingegen lösen sie nicht. Zudem ist ihre Wirkung oft ungewiss, sie können sogar kontraproduktiv sein: Die IQ von Bereichen mit ohnehin guter Innerer Qualität wird verbessert. Die IQ von Bereichen mit schlechter IQ verschlechtert sich – die Betroffenen sind von den Programminhalten enttäuscht; ihre tatsächlichen Probleme bleiben ungelöst, ihr Vertrauen in die Organisation und deren Führung werden zusätzlich gemindert. Die Organisation wird weiter desintegriert. Dessen ungeachtet werden solche Ansätze als generelle Lösungsmuster propagiert und von der Praxis im Vertrauen auf deren Relevanz übernommen. Die Probleme werden jedoch weder gelöst, noch wird die Krankenhausleitung in der Wahrnehmung ihrer IQ-Aufgabe angemessen unterstützt. Gleichzeitig wird der Blick auf das Relevante verstellt.

Analoges gilt für Maßnahmen „um die IQ herum“. Sie reichen von besonderen Sozialleistungen, wie Altersvorsorge, Familienfreundlichkeit, Gesundheit & Prävention, Aus- und Fortbildung etc., bis hin zu der aktuell auch in Krankenhäusern zunehmend

anzutreffenden Idee des Fun Managements mit Angeboten wie Kinobesuchen, Wellness & Beauty, Hobbykochen, Samba-Tanzen etc. Man zieht Start-up-Kulturen als Benchmarks heran, hat aber die Unterschiede augenscheinlich nicht im Blick. Äpfel werden mit Birnen verglichen. Maßnahmen dieser Art sind gut gemeint und werden von manchen Beschäftigten auch gerne „mitgenommen“. Eine gute IQ ersetzen können sie jedoch nicht. Und dass sie eine schlechte IQ verbessern, ist wenig wahrscheinlich. Eine gute IQ ist gerade den Beschäftigten in Krankenhäusern jedoch erfahrungsgemäß wichtig. Sie bestimmt in zentraler Weise ihre Einschätzung der Arbeitsplatzqualität. Niemand will in einem Krankenhaus mit schlechter IQ tätig sein – zumal wenn es bei zunehmendem Fachkräftemangel Alternativen gibt. Hinzu kommt, dass die allgemeine Arbeitsbelastung in Krankenhäusern nach dem Empfinden vieler Beschäftigten stetig steigt. Für Fun Management ist dann gerade bei schlechter IQ weder Interesse noch Zeit. Was gut gemeint ist, geht an dem Kernanliegen der Beschäftigten vorbei. Ein weiteres Beispiel derartiger Fehlleitungen sind die bislang gängigen IQ-„Platzhalter“, wie Mitarbeiterbefragungen zum Arbeitsklima oder Arbeitgebersiegel. Aus der IQ-Sicht stellen diese weder die Qualität der Organisation angemessen dar, noch sind ihre Bewertungen zuverlässig. So kann ein Krankenhaus beispielsweise als ein „Großartiger Arbeitsplatz“ ausgezeichnet worden sein, in einzelnen Bereichen aber dennoch über eine höchst kritische IQ verfügen (vergleiche Rechkemper, das Krankenhaus 7/2017). Hiervon wiederum sind dann auch Zertifizierungen betroffen (ISO 9001 etc.). Zum einen sind diese vornehmlich auf die ÄQ konzentriert. Zum anderen werden obige Platzhalter in die Bewertung mit einbezogen, was zu zusätzlicher Verzerrung führt. Wird eine Organisation auf dieser Basis fortentwickelt, sind Fehlleitungen vorprogrammiert (falsche Diagnose, falsche Therapie). Zudem ist das Vorgehen in der Außenwirkung problematisch, wie etwa wenn die Arbeitgebersiegel/Zertifizierungen zur Patienten- oder Personalgewinnung eingesetzt werden. Die Gefahr besteht, dass ein falsches Bild gegeben wird, was nicht nur der Glaubwürdigkeit und dem Ansehen der jeweiligen Einrichtung, sondern auch dem Krankenhauswesen und dessen Vertretern insgesamt schadet. Unzureichend sind offensichtlich aber auch die klassischen Instrumente der Organisationsführung, wie etwa des Personalwesens oder des Controllings. Eine durchgängig gute IQ ist augenscheinlich auch mit diesen nicht zu erreichen. Sie können sogar kontraproduktiv wirken, wie etwa wenn die Personalentwicklung vornehmlich an kurzfristigen ÄQ-Erfolgen orientiert ist. Analoges gilt für das Controlling. Umfasst es weit überwiegend ÄQ-Kennzahlen, dann wird das Krankenhaus auch nach diesen gesteuert. Konzepte wie die Balanced Scorecard etc. haben hieran im Kern nichts verändert. Den Anforderungen des 21. Jahrhunderts wird nicht entsprochen. Aus der unmittelbaren KHL-Perspektive ist die Situation in zweifacher Hinsicht problematisch: (1) Die bisherigen ÄQ-Schwerpunktsetzungen prägen natürlich das Vorgehen auch auf dieser Ebene. Die ÄQ steht im Vordergrund. Dies gilt sowohl

für die laufenden Geschäftsprozesse wie auch für strategische Projekte (Prozessoptimierungen, Reorganisationen, Turnarounds etc.). Wenn viele dieser Vorhaben die Erwartungen nicht erfüllen, obwohl sie rational gut begründet sind, dann ist dies nicht zuletzt auch auf die unzureichende IQ-Berücksichtigung zurückzuführen. (2) Die IQ-Güte ist für die KHL in der Breite und Tiefe der Organisation bis heute – konzeptionell wie praktisch – eine terra incognita. Ein zentraler Faktor der Krankenhausqualität und des Krankenhauserfolgs ist ihr unbekannt. Sie weiß nicht, was von dem, was sie „oben“ vorgibt, „unten“ tatsächlich ankommt und umgesetzt wird und was die Ursachen sind. Wird die IQ die Rahmen von MIQ erstmals gemessen, sind Überraschungen nach unserer Erfahrung deshalb auch die Regel. Und noch weniger kann die KHL den IQ-Faktor unter diesen Voraussetzungen wirksam steuern. Die hierfür erforderlichen Systeme stehen ihr nicht zur Verfügung. Auf Seiten der ÄQ würde diese Situation nicht akzeptiert werden. Auf Seiten der IQ ist sie tägliche Realität, was den bisherigen IQ-Stellenwert aus anderer Perspektive unterlegt.

Die konzeptionellen Schwächen führen nicht nur zu kritischen Ergebnissen. Auch die Abläufe und Vorgehensweisen sind völlig unbefriedigend. Der Aufwand ist groß. Die Wirkung ist gering. Die Lage ist aus der KHL-Sicht vereinfacht wie folgt:

- Die angestrebten Werthaltungen und Verhaltensweisen werden in Form von Leitbildern oder Führungskodizes etc. vorgegeben (Anmerkung: Auf die allgemeine Leitbildproblematik wird hier nicht eingegangen. Dies würde den Rahmen sprengen).
- Die KHL betont die Wichtigkeit der Einhaltung der Regeln. Unmittelbar wirksame Durchsetzungsinstrumente stehen ihr allerdings nicht zur Verfügung. Die Zuständigkeit für deren Erfüllung wird daher „nach unten“ in die Organisation hinein delegiert und damit in die Intransparenz und Unsicherheit.
- Gleichermaßen bleibt auch die Wirkung von Maßnahmen weitgehend unkontrolliert. Einschätzungen werden zwar erhoben. Doch auf das Phänomen der IQ wird nicht vorgegriffen. Die Anforderungen werden aufgrund mangelnder konzeptioneller Fundierung nicht hinreichend präzisiert und damit die Probleme auch nicht an ihren Wurzeln gepackt. Es bleibt beim Kurieren an Symptomen. Zudem zeigt die Praxis, dass eher intuitive Bewertungen erheblich verzerrt sein können (vergleiche Rechkemper, 2017, Seite 581 Praxisbeispiel). Gibt es aber keine zuverlässige Bewertung, ist auch keine Wirkungskontrolle und damit auch keine bedarfsgemäße Programmgestaltung möglich. Im ungünstigen Fall wird in Maßnahmen investiert, deren Wirkung gering, teils sogar negativ ist. Mittel werden suboptimal eingesetzt. Wichtige Zeit geht verloren. Die Vorhaben werden der KHL von ihren Linien und Stäben empfohlen. Wie soll sie anders entscheiden?

In dieser Situation wird von manchen Seiten darauf hingewiesen, dass die Beschäftigten der KHL direkt und außerhalb des formalen Berichtswegs über kritische IQ-Lagen berichten

Anzeige

könnten. Sie wären hierzu geradezu moralisch verpflichtet. Wir betrachten dies als problematisch. Zum einen ist die Aufforderung führungstechnisch heikel. Es wird dazu angeregt, Berichtsebenen zu übergehen. Die Autorität der dazwischen liegenden Führungsebenen wird unterlaufen. Zum anderen kann ein solches Vorgehen für die Betroffenen in der gängigen Interessens- und Machtkonstellation komplexer Krankenhausorganisationen faktisch nur in Extremfällen eine Lösung sein. Ihre Kraft als Individuum in dem Machtgefüge der Organisation wird überfordert. (*Das Gewissen der Einzelnen kann die Defizite des Systems nicht kompensieren*: Prof. Dr. Dr. K. Homann, CGIFOS Konferenz 2012.) Notwendig wäre, dass negative Folgewirkungen für den Informanten ausgeschlossen sind, was aber nicht zu gewährleisten ist. *Wohl dem Verrät. Wehe dem Verräter*. Diese allgemeine Praxis gilt dann auch hier. Günstiger für die Betroffenen – und somit der Normalfall – ist der Rückzug in die Prinzipal-Agenten-Situation mit Merkmalen wie Dienst nach Vorschrift, Aussitzen von Problemen, verdecktem organisatorischen Widerstand, opportunistischer Nutzung von Freiräumen – eben schlechter Innerer Qualität.

Davon unabhängig ist, dass es natürlich zu den Aufgaben der KHL gehört, alle Beschäftigten in der Wahrnehmung ihrer Aufgaben und ihrem Bemühen um eine gute IQ nach Kräften zu unterstützen. Faktisch sind die Möglichkeiten der KHL in diesem Zusammenhang gerade in komplexen Krankenhausorganisationen allerdings sehr eingeschränkt. Krankenhäuser haben nicht selten 500, 1 000 oder auch deutlich mehr Beschäftigte. Führungsspanne und -tiefe sind groß. Dennoch fragen sich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter häufig, warum kriegen wir eine gute IQ bei uns nicht hin? In der Familie oder im Freundeskreis, in Vereinen oder Initiativen etc. funktioniert es doch auch? Der Grund ist, dass sich kleine Organisationen von komplexen Krankenhausorganisationen genau durch diese Distanz der Leitung unterscheiden. Ist die IQ eines Teams oder Bereichs gut, ist dies unbedeutend. Ist sie jedoch schlecht, fehlt das Korrektiv. In der Konsequenz führen diese und andere Folgewirkungen der Defizite der bislang dominanten Managementtheorie dazu, dass die IQ trotz erheblicher Anstrengungen immer wieder gleichsam „hinter der Torlinie“ zu verteidigen ist: Nicht selten ist die KHL dann persönlich gefordert. Wichtige Managementkapazität wird gebunden. Die sonstigen IQ-Defizite bleiben unverändert. Für strategische Belange bleibt weniger Zeit.

### Der „Schwarze Peter“ darf nicht bei der Krankenhausleitung bleiben. Neue innovative Lösungen sind gefordert

In Krankenhäusern sind die zu bewältigenden Anforderungen schon heute groß. Und die Herausforderungen werden absehbar noch weiter ansteigen. Stichworte sind Fachkräftemangel, Qualitäts-, Kosten-, Qualitäts- und Wettbewerbsdruck, Generation Y, Diversität, Digitale Transformation etc. Hinzu kommen die Schwierigkeiten im IQ-Bereich. Die daraus resultierenden Belastungen sind enorm: Für die Beschäftigten, die in Bereichen mit schlechter IQ tätig sind, für die Krankenhausorganisation,

deren Qualität und Erfolg dadurch gemindert ist, und nicht zuletzt auch für die KHL, deren Anstrengungen durch den Mangel an angemessenen IQ-Konzepten und -Instrumenten untergraben werden.

Nun wird das Management in unserer Gesellschaft vielfach kritisch gesehen. Ursachen gibt es viele: Vom Fehlverhalten einiger „schwarzer Schafe“ bis hin zu den typischen Verzerrungen menschlicher Kognition, im Rahmen derer ein „Nichtstun“ etwa als ethischer, moralischer und gerechter betrachtet wird als die verantwortliche Zukunftsvorsorge. Wird der KHL in dieser Situation der „Schwarze Peter“ für Fehlentwicklungen im IQ-Bereich zugeschoben, ist dies jedoch zurückzuweisen. Sie ist aufgrund der aufgezeigten konzeptionellen und instrumentellen Defizite bislang gar nicht in der Lage, ihre IQ-Aufgabe bedarfsgemäß zu erfüllen.

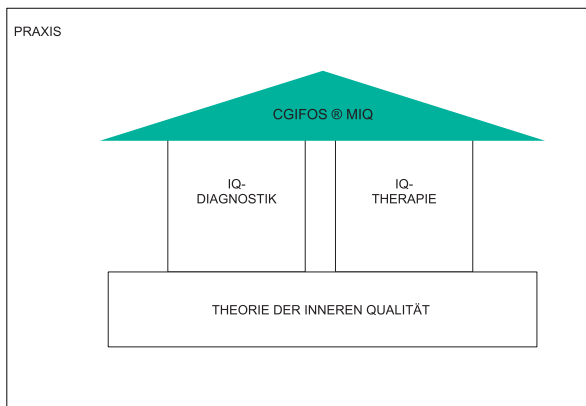
Dabei ist „gute IQ“ an sich gar nicht schwierig. Die Beschäftigten auch und gerade in Krankenhäusern „können“ in weit überwiegender Mehrzahl gute IQ. Viele sind intrinsisch motiviert, fachlich hoch qualifiziert und stehen beruflich wie privat fest im Leben. Zudem ist ihnen eine gute IQ oftmals geradezu ein Herzensanliegen. Wenn sie die IQ-Regeln dennoch nicht erfüllen, dann können die Ursachen hierfür allgemein dreierlei sein (vergleiche Abbildung 1): (1) suboptimale IQ als solche, (2) suboptimale ÄQ, (3) suboptimale IQ und ÄQ. Möglich ist, dass sie die Vorgaben aufgrund der IQ/ÄQ-Rahmenbedingungen oder des jeweiligen persönlichen Profils nicht erfüllen „können“. Es kann aber auch sein, dass sie die Regeln aus rationalem Kalkül oder aus Affekt nicht erfüllen „wollen“ und dies im Einzelfall moralisch sogar als gerechtfertigt erachten, wie etwa wenn sie den Eindruck haben, als Gute zu Dummen zu werden („lieber böse als blöd“). Beides, sowohl das „können“ wie auch das „wollen“, ist also geeignet herbeizuführen. Mit diesem Ziel ist die Gestaltung des Managements an den Merkmalen der Menschen zu orientieren – an dem wie sie sind, nicht an dem wie sie, aus welchen Überlegungen heraus auch immer, sein sollen. Letzteres ist nicht zielführend – zumal in der modernen Arbeitswelt, im Rahmen derer Beschäftigte Freiräume haben, die sie eigenverantwortlich nutzen können und sollen. Wird diesen Anforderungen nicht entsprochen, ist dies dysfunktional und kann zu einer eigendynamisch sich beschleunigenden Abwärtsspirale führen, in ungünstigen Fällen eine Organisation sogar zum „Kippen“ bringen. Zwei Fälle sind möglich: (1) das System „explodiert“. Die Probleme brechen auf. Eine teils unkontrollierbare Dynamik entwickelt sich. (2) das System „implodiert“. Die Probleme bleiben verdeckt. Die Organisation blutet aus. Die dritte Möglichkeit ist, die KHL in der Bewältigung der Herausforderungen in der IQ-Dimension bedarfsgemäß zu unterstützen, was das Ziel und Anliegen der am CGIFOS Institute entwickelten Konzeption des Managements Innerer Qualität ist.

### Problemlösung mit MIQ

Wenn IQ und ÄQ für die Qualität und den Erfolg einer Organisation gleichermaßen wichtig sind, liegt nahe, die IQ auch ana-



Abbildung 4: MIQ-Fundierung



© CGIFOS Institute

log zur ÄQ zu managen. Dies erfolgt bislang nicht. Lange Zeit war nicht einmal das Phänomen der IQ begrifflich gefasst. Nun ist diese Möglichkeit mit MIQ gegeben. Die MIQ-Gestaltung ist an im ÄQ-Bereich bewährten Konzeptionen orientiert, wozu etwa das System der Integrierten Ergebnisplanung und -kontrolle (IPK) gehört. Entscheidende Voraussetzung hierfür ist, die IQ pragmatisch und zuverlässig messen zu können, was ein differenziertes Verständnis des IQ-Phänomens voraussetzt (vergleiche unten: IQ-Theorie). Zudem ist in der MIQ-Gestaltung angelegt, dass Organisationen an das neue Denken und Handeln geeignet heranzuführen sind, gleichsam eine IQ-Transformation erforderlich ist. Weitere Gestaltungselemente sind in Stichworten: Strategisches Management, Integriertes Management, Mechanism Design, Empowerment etc. MIQ ist ein umfassendes Managementsystem zur wirksamen und nachhaltigen Herbeiführung guter IQ in diesem Sinne, das vielfältige Aufgaben, Funktionen, Systeme und Instrumente umfasst und integriert.

MIQ kommt aus der Praxis und ist für die Praxis. Konstitutiv ist die am CGIFOS Institute entwickelte Theorie der Inneren Qualität sowie die auf dieser aufbauenden IQ-Diagnostik und IQ-Therapeutik. Die praktische Umsetzung von MIQ gemäß der CGIFOS Standards ist CGIFOS® MIQ (vergleiche ► **Abbildung 4**). Zentrale Zielgruppe von MIQ ist die Krankenhausleitung. Sie befindet sich zu einem über die MIQ-Ausgestaltung im Rahmen der Führungsorganisation gemäß Bedarf (Kosten/Nutzen). Zum anderen ist MIQ das Instrument, mit Hilfe dessen ihr über die IQ-Lage und die -Entwicklung berichtet wird und sie über die IQ-Ziele und -Meilensteine und die zu deren Erreichung eingesetzten Programme und Maßnahmen entscheidet. MIQ für die Krankenhausleitung zum Vorteil aller – Patienten, Krankenhausbeschäftigte, Krankenhausorganisation, Krankenhausträger, Gesellschaft, nicht zuletzt auch der Krankenhausleitung selbst. MIQ kann und soll das bisherige Managementsystem der Äußerer Qualität (MÄQ) nicht ersetzen, sondern ergänzen. Bewährtes bleibt unverändert. Wichtiges Neues kommt hinzu (vergleiche ► **Abbildung 5**). Innere und Äußere Qualität werden integriert gestaltet und gelenkt. Die optimale

Abbildung 5: Management Innerer und Äußerer Qualität



© CGIFOS Institute

Gesamtqualität wird in der Balance zwischen IQ und ÄQ wirksam und nachhaltig herbeigeführt. Der für MIQ zu leistende Aufwand ist vergleichsweise gering, in Relation zu MÄQ geradezu unbedeutend. Nach Lage wird von Anfang an sogar „mit weniger mehr“ erreicht. MIQ – im Grunde keine Option, sondern ein ökonomisch-rationales wie ethisches Muss.

**Periodische Messung der Inneren Qualität als operatives Rückgrat**

Operatives Rückgrat und zugleich wichtiges Kontroll- und Anreizsystem von MIQ ist die periodische IQ-Messung. Sie basiert u. a. auf einer spezifisch entwickelten Mitarbeiterbefragung, die auf der Anwenderseite gezielt einfach und fokussiert gehalten ist. Die Befragung umfasst zwei Fragen. Der Zeitbedarf für deren Beantwortung liegt bei ca. zwei Minuten. Der Aufwand ist also minimal. Ermöglicht wird das Vorgehen durch die IQ-Theorie. Sie ist „außerhalb“ des Fragebogens, was dessen konzentrierte und für die Beschäftigten einfach zu handhabende Form erst ermöglicht. Diese Einfachheit wiederum hat nicht nur den Vorteil, dass die Messungen auf Anwenderseite mit geringem Aufwand durchzuführen sind, es werden damit bei Bedarf auch selbst kurzfristige Wiederholungen praktisch möglich (vierteljährlich, monatlich etc.), wie etwa im Fall einer kritischer IQ-Lage oder neuer IQ-Programme mit unsicherer Wirkung etc. Zudem wird durch diese Einfachheit tendenziell die Bereitschaft zur Teilnahme an der Messung erhöht und damit in der Regel auch die Qualität der Information optimiert. Die sachgerechte Auswertung der Antworten erfordert allerdings die Vertrautheit mit der IQ-Theorie. Ansonsten sind Fehlinterpretationen unumgänglich. Ziel ist die bedarfsgemäße Herausarbeitung der handlungsrelevanten Managementinformation. Eine kritische Lücke des bisherigen KHL-Reportings wird geschlossen.

**Was gemessen wird, kann auch gesteuert werden**

Die IQ-Diagnose ist Basis der IQ-Therapie, welche sich wiederum in mehrere Bereiche gliedert, wozu an zentraler Stelle die integrierte Planung und Kontrolle gehört:

- Die Stärken und Schwächen der IQ-Lage und deren Ursachen werden identifiziert.
- Ziele und Meilensteine werden formuliert. ►

Abbildung 6: MIQ-Umsetzung in drei Phasen

GRUNDENTSCHEIDE

1	2	3
IQ-/MIQ-Einführung	Primärer Handlungsbedarf	Kontinuierliche Verbesserung
erste IQ-Messung und -Analyse	MIQ-Aufbau	periodische Messung
ca. 2 bis 3 Monate	ca. 1 Jahr	

© CGIFOS Institute

- Die zur Zielerreichung erforderlichen Handlungsprogramme werden entwickelt, verabschiedet und umgesetzt.
- Die Wirkung der Maßnahmen und Programme wird periodisch überprüft; Fortschreibungen und Sonderanalysen erfolgen nach Bedarf.
- Neu auftretende Probleme werden früh erkannt.
- Die Krankenorganisation als Ganzes wird kontinuierlich auf die angestrebte IQ hingeführt.

Auch MIQ ist natürlich keine Wunderwaffe. Manche Probleme sind schnell zu lösen. Andere brauchen Zeit. Auf Seiten der ÄQ ist dies nicht anders. Selbst Rückschläge sind möglich. Krankenhäuser sind soziale Systeme, keine Maschinen. Gute IQ erfordert stetes Bemühen. MIQ ist ein kontinuierlicher Prozess und keineswegs nur Chefsache. Entscheidend ist das Kommitment aller, gleichsam ein „Sozialer Vertrag“ zu guter IQ der Krankenhausorganisation.

## MIQ-Umsetzung - effizient und effektiv

MIQ steht für neues Denken und Handeln. Die MIQ-Umsetzung ist hierauf ausgelegt. Sie umfasst drei Phasen (vergleiche ► **Abbildung 6**):

- Phase 1: Projektorganisation, IQ-/MIQ-Einführung, Vorbereitung und Durchführung der ersten IQ-Messung und -Analyse, Grundentscheide
- Phase 2: Primärer Handlungsbedarf – Aufbau der IQ-Funktion, Lösung drängender Probleme
- Phase 3: Kontinuierliche Verbesserung

In Phase 1 ist MIQ normalerweise als Projekt organisiert. Die Projektmitglieder werden in das Konzept der Inneren Qualität und deren Managements eingeführt (Workshop mit Praxisbeispielen). Anschließend wird das IQ-/MIQ-Konzept in die Organisation hinein kommuniziert und die erste IQ-Messung vorbereitet und durchgeführt. Die Ergebnisse werden ausgewertet. Die IQ-Lage wird festgestellt. Nun kann über das konkrete weitere Vorgehen auf fundierter Basis befunden werden – hier Grundentscheide genannt. Empfohlen wird, hierzu ein Strategiepapier unter Einbezug von Kosten-Nutzen-Aspekten zu entwickeln (ca. fünf Seiten), dieses im Führungskreis unter der Mitarbeitervertretung zu diskutieren, ggf. fortzuentwickeln und letztlich zur einvernehmlichen Verabschiedung zu bringen. Zur

MIQ-Philosophie gehört hierbei generell, die Organisation „dort abzuholen, wo sie ist“. Die erste IQ-Messung ist gleichsam der historische Fußabdruck aus der Zeit „vor MIQ“. Nun beginnt eine neue Epoche. Entscheidend ist weniger die IQ-Güte „heute“, sondern die erfolgreiche Erreichung der gemeinsam vereinbarten IQ-Meilensteine und -Ziele. Typische Fragen hinsichtlich der Grundentscheide sind: Warum ist eine gute IQ für uns wichtig? Was ist unser Anspruch? Was sind die Anforderungen heute und in der Zukunft? Wie „teuer“ ist schlechte Innere Qualität? Was sind unsere bisherigen Erfahrungen (Fallbeispiele)? Was ist für die Zukunft zu erwarten? Wie ist unsere IQ-Lage? Wie hoch oder dringend ist der Handlungsbedarf? Was sind unsere A-, B-, C-Ziele? Was sind unsere Erfahrungen mit bisherigen Programmen? Wie ist ihre Wirkung? Was ist der Vorteil von MIQ? Was brauchen wir, damit wir unsere Ziele mit MIQ wirksam erreichen können? Welche Kapazitäten, Budgets, Funktionen, Systeme und Instrumente sind erforderlich? Wie ist das Aufwand-Nutzen-Verhältnis? „Wer“ macht „was“ bis „wann“ und „wie“? usw. Nach Vorlage der Grundentscheide werden diese in den Phasen 2 und 3 Schritt für Schritt realisiert. Die Gesamtqualität der Organisation wird kontinuierlich verbessert. Neu auftretende Probleme werden früh erkannt. Die Prozesssicherheit ist hoch. Das Vorgehen ist effizient und effektiv. MIQ ist Sache aller. Jeder ist aufgefordert mitzumachen, sich zu engagieren. Das Ziel ist ein WIR, von dem letztlich vor allem auch das ICH profitiert. Wer gute IQ will, kann sie mit MIQ nunmehr erreichen. Der Wandel ist tiefgreifend. Krankenhausqualität und Krankenhausmanagement werden neu definiert. MIQ zum Vorteil aller.

## Literatur

- Brenzel, G.: Innere Qualität – Herausforderungen aus pflegerischer Perspektive. In: das Krankenhaus. März 2013, Seite 253 ff.
- ders., Müller, M.-L.: Arbeitgeberqualität im Spiegel der Mitarbeiter. Gute Innere Qualität kommt zuerst! Hauptstadtkongress, Berlin, 2017
- Chaux de la, D.: Moderne IT. In: Rechkemmer, K. (Hrsg.): Management Innerer Qualität. Krankenhäuser, Rehakliniken, Soziale Einrichtungen. Stuttgart, 2015, Seite 104 ff.
- Fischer, R.: Innere Qualität – Fallbeispiel der Messung, Analyse und Steuerung. CGIFOS-Konferenz: Innere Qualität. 2012. Stuttgart-Hohenheim
- ders.: Von der Idee zur Lösung. In: Rechkemmer, K. (Hrsg.): Management Innerer Qualität. Krankenhäuser, Rehakliniken, Soziale Einrichtungen. Stuttgart, 2015, Seite 95 ff.
- Homann, K.: Innere Qualität als Produktionsfaktor?! CGIFOS-Konferenz: Innere Qualität. 2012. Stuttgart-Hohenheim
- Marckmann, G.: Praxisbuch Ethik in der Medizin. Berlin, 2015
- ders.: Gesellschaftlicher und technologischer Wandel: Muss sich die Universitätsmedizin neu erfinden? Frühjahrsforum der Deutschen Hochschulmedizin 2016, Berlin, Universitätsmedizin 2025: Wohin geht die Entwicklung?
- ders.: Qualitätssicherung – eine medizinethische Verpflichtung? Festveranstaltung 20 Jahre BAQ, Hans-Seidel-Stiftung, München, 2016
- Rechkemmer, K.: Teamkultur bestimmt Arbeitsplatzqualität. In: das Krankenhaus, Juli 2017 / 1, Seite 576 ff.
- ders.: MIQ MANAGEMENT INNERER QUALITÄT. Innere Qualität von Organisationen am Beispiel Krankenhaus, 9. Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses, Berlin, 2017

## Anschrift des Verfassers

Prof. Dr. Kuno Rechkemmer, Leiter, CGIFOS Institute GmbH, Curiestraße 2, 7563 Stuttgart. [www.CGIFOS.de](http://www.CGIFOS.de), [info@CGIFOS.de](mailto:info@CGIFOS.de)