



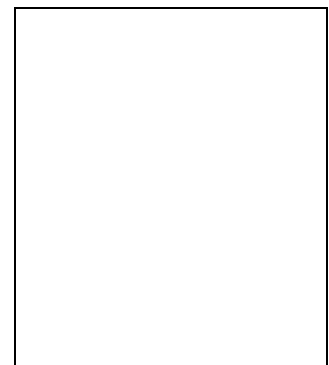
# Qualitätsmanagement



Wenn das die Lösung ist, dann will ich mein Problem zurück!

**Nur zum unterrichtlichen Gebrauch!**

Zusammengetragen von der HP1i SJ 2017/2018



## Inhaltsverzeichnis

1. Vorwort	3
2. Was ist Qualitätsmanagement?	4
3. Grafik des QM-Systems	5
4. Geschichte und Entwicklung im Qualitätsmanagement-System	7
5. Definition neuerer gebräuchlicher Normen und Richtlinien	8
6. Die sieben wichtigsten Veränderungen der ISO 9001	9
7. Verschiedene Modelle	11
8. QM Modelle in der Industrie	13
9. Ablauf des Zertifizierungsprozesses	14
10. Zertifizierungsstellen	16
11. QM-Systeme in der Arbeit mit behinderten Menschen	16
12. Qualitätskriterien und Übertragung auf den HEP	18
13. Prozesseintrierung und Management	20
14. Plan-Do-Check-Act	24
15. Wer zertifiziert die Zertifizierer?	25
16. Qualität ist was der Kunde will	27
17. Kritik am QM-System	27
18. Ausblick: QM-Systeme und weitere Entwicklungen	28
19. Quellenangaben	30

## 1. Vorwort

In Absprache mit der Klasse HP 1i der Fachschule für Heilerziehungspflege und auf Anregung des Fachlehrers entstand der Wunsch, ein eigenes „Kurs-Buch Qualitätsmanagement“ im Fach „Organisatorisch-technologischer Bereich“ (OTB) zu erstellen.

Diese Notwendigkeit ergab sich auch daraus, dass es bisher fast keine adäquaten Lehr-Publikationen speziell für den HEP Bereich gibt, die die speziellen Belange von Studierenden der Fachschule angemessen berücksichtigen.

Nach Lehrplan OTB erfordert die Diversifizierung der Leistungsangebote für Menschen mit Behinderung und die damit verbundenen Anforderungen an die Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger umfassende Kenntnisse sowie Anwendungskompetenzen im organisatorisch-technologischen Bereich.

Durch dieses Buch wird versucht, den Anforderungen an das „Fach“ gerecht zu werden.

Das Kurs-Buch wurde von Studierenden für Studierende erarbeitet und ist nur für **interne Unterrichtszwecke und zur Erprobung gedacht.**

Das gleichzeitige Einüben von Textverarbeitungstechniken und das Recherchieren im Internet sowie die grafische Gestaltung standen dabei mit im Vordergrund.

Anstelle der sonst üblichen Zitationen wurden ausnahmsweise „links“ akzeptiert.

Dank gilt allen Studierenden der Klasse HP 1 i, besonders aber der „Mastergruppe: Sabine Becker, Jessica Bräutigam und Vanessa Labes bei der die diversen Themenbereiche der verschiedenen Arbeitsgruppen gesammelt und EDV-technisch aufbereitet wurden.

In nachfolgenden Referatspräsentationen (Powerpoint) zu den einzelnen Themenbereichen vertiefen die Studierenden das Wissen ihrer Gruppenarbeiten und setzen sich so mit ihrem jeweiligen Lernstoff aktiv auseinander und lernen auch Präsentationstechniken sinnvoll ein zu setzen.

Raimund Schleich

(Fachlehrer OTB)

Olsberg im Januar 2018

## 2. Was ist Qualitätsmanagement?

Was ist Qualitätsmanagement? Um diese Frage zu beantworten zu können, müssen wir uns erst der Frage widmen, Was ist Qualität? Qualität umschreibt die Beschaffenheit eines Produktes oder einer Dienstleistung. Auch Qualität steht im Wandel der Zeit, so dass sich das Verständnis von Qualität und somit auch die Anforderungen von Kunden an die Qualität von Produkten und Dienstleistungen ändern.

Die Anforderungen der Kunden steigen stetig und durch eine Homogenisierung des Marktes und der Vergleichbarkeit durch das Internet ist für Unternehmen schwieriger geworden, Kunden zu gewinnen und zu binden.

Nachdem wir den Begriff „Qualität“ geklärt haben, fällt die Definition von Qualitätsmanagement nicht mehr schwer. Qualitätsmanagement bedeutet die Planung, Lenkung, Kontrolle und Verbesserung von Prozessen und Abläufen mit dem Ziel, eine bestimmte Qualität des Produktes oder der Dienstleistung zu erzielen.

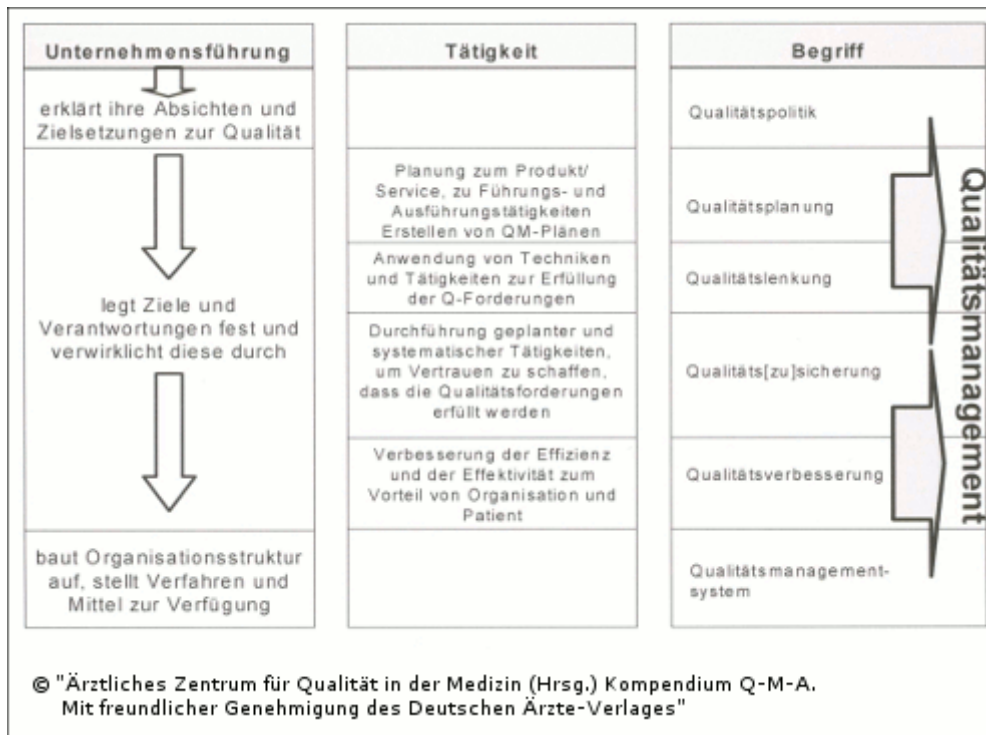
Dies muss aber nicht immer die bestmögliche Qualität sein. Qualitätsmanagement ist das älteste Managementsystem und begann im Zuge der Industrialisierung, als es nicht mehr ausreichte nur die Qualität des Endproduktes zu prüfen, sondern im Vorwege bei den verschiedenen Produktionsschritten schon sicherzustellen, welches Endergebnis man erreichen wollte. In den vergangenen Jahren wurde Qualitätsmanagement dann immer weiterentwickelt und zahlreiche Werkzeuge geschaffen, die den kontinuierlichen Verbesserungsprozess unterstützen.

Das Qualitätsmanagement umfasst also alle Tätigkeiten und Zielsetzungen zur Sicherung der Produkt- und Prozessqualität. Zu berücksichtigen sind hierbei die Aspekte der Wirtschaftlichkeit, Gesetzgebung, Umwelt und Forderungen des Kunden.

### **Aufgaben des Qualitätsmanagements sind:**

- Qualitätsplanung
- Qualitätslenkung
- Qualitätsprüfung
- Qualitätsverbesserung

Laut Definition nach DIN EN ISO 9000:2005: „ Unter Qualitätsmanagement versteht man aufeinander abgestimmte Tätigkeiten zum Leiten und Lenken einer Organisation, die darauf abzielen, die Qualität der produzierten Produkte oder der angebotenen Dienstleistungen zu verbessern.



### 3. Grafik des Qualitätsmanagement

Im gesamten Gesundheitswesen nimmt der Wettbewerb zu. Nur diejenigen werden dauerhaft wirtschaftlichen Erfolg haben, die ihre Organisationsstruktur hinterfragen und optimieren und ganz gezielt die Zufriedenheit des Kunden in den Fokus stellen.

Das Qualitätsmanagement hat zum Ziel, die Qualität der Arbeitsprozesse und des Arbeitsergebnisses zu wahren oder zu erhöhen und die Mitarbeiter- sowie die Kundenzufriedenheit zu verbessern.



Zu den innerbetrieblichen Gründen, die für die Einführung eines Qualitätsmanagements sprechen, zählt eindeutig die Qualitätssicherung durch besser reproduzierbare Leistungen.

Außerdem wird die Leitung in die Lage versetzt, bestimmte Aufgabenbereiche zu delegieren. Hierdurch entsteht Entlastung. Darüber hinaus lassen sich neue Mitarbeiter anhand eines QMS-Handbuchs leichter einarbeiten. Ferner wird das Team bei der Gestaltung betrieblicher Abläufe einbezogen, was zur Steigerung der Zufriedenheit und er Motivation führt.

Aber auch externe Gründe sorgen dafür, dass die Etablierung eines QMS u. U. sogar unausweichlich ist. Das Sozialgesetzbuch (SGB) V verpflichtet in den §§ 135 ff. alle Leistungserbringer im Gesundheitswesen zur Qualitätssicherung. Dies bedeutet allerdings nicht, dass das Qualitätsmanagement-System von einer externen Stelle zertifiziert werden muss.

Ein zertifiziertes Qualitätsmanagementsystem ist ein „Aushängeschild“ für die Praxis, welche erkennbare Wirkung auf Kunden hat.

Qualität und Kundenorientierung wird im Gesundheitswesen zukünftig ein ausschlaggebendes Differenzierungskriterium und damit ein nachhaltiger Wettbewerbsvorteil sein. Darüber hinaus bewirkt das Vorhandensein eines Qualitätsmanagementsystems Vorteile bei der Kreditvergabe durch die Banken.

## 4. Geschichte und Entwicklung im Qualitätsmanagement-System

Die Qualitätssicherung ist so alt wie die Herstellung und der Tausch der Waren. Mit der Zeit entwickelten sich Institutionen, die die Qualität von Produkten sichern sollten.

Im Zuge der Industriellen Revolution entwickelten sich neue Dimensionen. Anfang des 20. Jahrhunderts entwickelte der Ingenieur Frederick Taylor die **wissenschaftliche Betriebsführung**.

Im Vordergrund stand die Qualitätskontrolle: Endprodukte kontrollieren, defekte Produkte aussortieren.

Es kam zu einer Weiterentwicklung zur *statistischen Methode zur Qualitätssteuerung*. Neben der Qualität der Endprodukte wurde nun auch der Fertigungsprozess betrachtet. Prinzip: Qualität vorher in Produkte einbauen, statt später nach Fehlern zu suchen.

Großen Anklang fand die Anwendung von Qualitätskontrollen vor allem im 2. Weltkrieg. In dieser Zeit entwickelten Shewharts und Deming die *statistische Prozesskontrolle*.

Ende des Krieges kam es zu einem Rückgang des Interesses an Qualitätsfragen. Japan wurde zum Vorreiter und setzte beim Wiederaufbau der Wirtschaft auf Qualität.

Nach und nach setzte sich der *Qualitäts-Regelkreis* durch. Hierbei werden Abweichungen analysiert, Ursachen gefunden und abgestellt.

Mit der *Qualitäts-Trilogie* von Juran kam es zu einer weiteren bedeutenden Entwicklung: von der Qualitätssteuerung zur Qualitätssicherung. Jurons Trilogie besteht aus den drei Aspekten **Qualitätsplanung** (Festlegung von Qualitätszielen und Planung von Produktionsprozessen und Qualitätskontrollen), **Qualitätsregelung** (Bewertung des Qualitätsstandes und Ableiten von Maßnahmen) und **Qualitätsverbesserung**.

Durch die Sicherstellung der Qualität wurden viele Industriebereiche von Japan beherrscht und andere Länder fingen an nachzuziehen und intensiv am Qualitätsthema zu arbeiten.

Der Qualitäts-Regelkreis wurde zum PDCA-Zyklus weiterentwickelt. Dabei werden Ziele geplant und es wird überprüft, ob diese bei der Umsetzung erreicht werden. Wenn ja, dann wird die Umsetzung zum neuen Standard verbessert. Wenn es nicht zum Erreichen des Ziels gekommen ist, wird das Problem erkannt und abgestellt.

Es wurden weitere verschiedene Modelle erarbeitet, überarbeitet und weiterentwickelt um Prozesse zu messen, analysieren, zu überwachen und zu verbessern. Das gemeinsame Ziel von allen ist die **Nullfehlerproduktion**.

### Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen

Die Begriffe **Qualitätssicherung** und **Qualitätsmanagement** sind in der Wirtschaft seit vielen Jahrzehnten etabliert.

Im **Gesundheitswesen** jedoch erst seit den 1980er Jahren und ist durch die gesetzliche Forderungen zu einem Thema geworden. Die Anstrengungen, ein

umfassendes Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen zu etablieren, begannen Anfang der 1990er Jahren.

In den 1950er Jahren hatte man schon mit einer **Qualitätskontrolle** begonnen. Diese war rein ergebnisorientiert und stützten sich auf Stichprobenverfahren.

Ziel war es die Strukturen im Gesundheitswesen zu verbessern.

In den 1960er Jahren wurde mit einer systematischen Qualitätssicherung begonnen, die prozessorientiert war. Damals wurden spezielle Qualitätssicherungs-Abteilungen ins Leben gerufen.

Im Rahmen dieser **Qualitätssicherung** wurden zahlreiche Verfahrensanweisungen etabliert.

In der 1990er Jahren entstand ein umfassendes Qualitätsmanagement.

Im Gegensatz zu den vorherigen Verfahren ist dieser Ansatz sowohl Kunden als auch ergebnisorientiert. Alle Mitarbeiter und Geschäftsprozesse werden miteinbezogen. Der **PDCA-Zyklus**

(Plan-Do-Check-Act) kommt zum Tragen. Im Jahr 1999 nahm die Gesundheitsministerkonferenz Empfehlungen auf, durch Qualitätsberichte ein Instrument zur Motivation, Reflexion von Qualität und zur Etablierung künftiger Qualitätsziele aufzubauen. Vorläufer war die Initiative „**Vertrauen durch Qualität**“, die von 5 städtischen Kliniken in München von 1989-1993 durchgeführt wurde.

Von 1989-2001 wurde dann an 4 Kliniken in 10 Verbänden das Demonstrationsprojekt „**Qualitätsmanagement im Krankenhaus**“ durchgeführt.

Durch den Gesetzgeber gab es eine bundesweite Ausschreibung zur Teilnahme an diesem Projekt. So wurden zahlreiche Stabstellen für Qualitätsmanagement etabliert.

Im Jahr 2001 hatten 20% der Akutkrankenhäuser einen **Qualitätsbericht** erfasst – noch freiwillig. Anfang 2004 wurde dem Gemeinsame Bundesausschuss die Aufgabe übertragen, Inhalt und Umfang der dann verpflichtenden strukturierten Qualitätsberichte zu beschließen (**SGB V § 137 Nr. 6**). Teilnehmer dieses Bundesausschusses waren die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen, die Bundesärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft sowie der Deutsche Pflegerat. Im Jahr 2005 wurde die Erstellung des Qualitätsberichtes dann verpflichtend.

Maria Schröder und Bianca Peter

## 5. Definition von gebräuchlichen Normen und Richtlinien

### International Standard Organisation (ISO) Normen:

- ➔ Die ISO ist die Internationale Organisation für Normung (International Organization for Standardization).
- ➔ „ISO“ ist vom griechischen „isos“ abgeleitet.
- ➔ Da der Name im Französischen (OIN) und im Englischen (IOS), den beiden Verkehrssprachen der ISO, verschieden gewesen wäre, entschied man sich für diesen Namen der nicht direkt mit einer Staatsregierung verbundenen Einrichtung.
- ➔ Die ISO wurde 1946 gegründet und nahm 1947 ihre Arbeit auf.



- Das Ziel der Delegierten der 25 Gründungsländer bestand darin, eine international tätige Organisation ins Leben zu rufen, die sich mit der Vereinheitlichung von technischen Lösungen und Verfahren beschäftigt.
- Die ISO weist inzwischen über 150 Mitglieder auf, die deutsche Vertretung in der ISO, die ihren Sitz in Genf hat, ist DIN, das Deutsche Institut für Normung.

### **DIN (Deutsches Institut für Normung e.V.) German Standards Institution**

- Das Deutsche Institut für Normung e.V. (DIN),
- Gegründet 1917 in Berlin, mit Sitz in Berlin.
- Die Normungsarbeit der DIN ist eine technisch- wissenschaftliche Dienstleistung für alle Bürger unseres Landes.
- Normung nutzt der Volkswirtschaft insgesamt.
- Das DIN ist der runde Tisch, an dem sich Hersteller, Handel, Verbraucher, Handwerk, Dienstleistungsunternehmen, Wissenschaft, technische Überwachung, Staat, jedermann, der ein Interesse an der Normung hat, zusammensetzen, um den Stand der Technik zu ermitteln und in Deutschen Normen niederzuschreiben.
- Die Normungsarbeit wird in 4300 Arbeitsausschüssen mit 33.800 ehrenamtlichen Mitarbeitern geleistet.

### **Europäische Normen (EN)**

Eine europäische Norm wird von einer der drei folgenden europäischen Normungsorganisationen entworfen.

- Das CEN (Europäisches Komitee für Normierungen), das für alle Bereiche zuständig ist, außer für Elektrotechnik und Telekommunikation,
- Das CENELEC (Europäisches Komitee für elektrotechnische Normung), zuständig für Elektrotechnik und
- Das ETSI (Europäisches Institut für Telekommunikationsnormen), zuständig für Telekommunikation.

**Beispiel:** Sonnenbrille DIN EN 1836 Persönlicher Augenschutz –Sonnenbrillen und Sonnenschutzfilter für den allgemeinen Gebrauch und Filter für die direkte Beobachtung der Sonne.

## **6. Die sieben wichtigsten Veränderungen in der ISO 9001**

### **1. Strategische Ausrichtung der Organisation**

Das Qualitätsmanagementsystem muss zukünftig in die strategische Ausrichtung der Organisation eingebunden werden. Die oberste Leitung muss dazu sicherstellen, dass die Qualitätspolitik und die Qualitätsziele mit der strategischen Ausrichtung und dem Kontext der Organisation vereinbar sind. Die neue Norm fordert zudem, dass die Unternehmen erfassen, welche internen und externen Belange (z.B. gesetzliche, technische, wettbewerbliche oder soziale Belange) Einfluss auf Ziele, Strategie und Ergebnis des QM-Systems haben.

## **2. Erweiterung der Zielgruppen**

Diese können z.B. Kunden, Mitarbeiter, Lieferanten, Kooperationspartner, Kostenträger etc. sein. Die neue Norm erweitert hier die Kundenorientierung um weitere Zielgruppen, die in den Fokus des Qualitätsmanagements rücken sollen. Dazu soll die Organisation berücksichtigen, welche Auswirkungen die Parteien auf die Konformität von Produkten und Dienstleistungen haben.

## **3. Prozessmanagement wird wichtiger**

Neu ist, dass bei der Festlegung der Prozesse Folgendes bestimmt wird: erwartete Ergebnisse der Prozesse, Leistungsindikatoren zur Prozesslenkung, Verantwortungen und Befugnisse sowie Risiken und Chancen, die die Zielerreichung der Prozesse beeinflussen könnten.

## **4. Verteilung der Verantwortlichkeiten**

Auch im Bereich der Verantwortlichkeiten tut sich etwas. ISO 9001:2015 nimmt die oberste Leitung für das Qualitätsmanagement stärker in die Verpflichtung. Diese soll die Verantwortung für die Wirksamkeit und die Leistungsfähigkeit des QM-Systems tragen und andere Führungskräfte in ihrer Führungsrolle für das QM-System stärken. Die Organisation gewinnt dadurch mehr Spielraum, die Verteilung der QM-relevanten Aufgaben flexibel vorzunehmen. Bestehende Strukturen, die eine spezielle verantwortliche Person beinhaltet, können aber natürlich beibehalten werden.

## **5. Risikomanagement**

Völlig neu aufgenommen in die ISO 9001:2015 wurde die Forderung nach einem systematischen Umgang mit Risiken und Chancen. Organisationen müssen zukünftig Risiken und Chancen identifizieren, analysieren, bewerten sowie Gegenmaßnahmen planen, umsetzen und ihre Wirksamkeit kontrollieren.

## **6. Wissensmanagement**

Wissen ist in der heutigen Wirtschaft ein entscheidender Erfolgsfaktor. Die Revision der ISO 9001 trägt diesem Umstand Rechnung und fordert einen systematischen Umgang mit Wissen. Dazu gehört, das notwendige Wissen zur Durchführung der Prozesse festzuhalten, aufrechtzuerhalten und für alle Mitarbeiter verfügbar zu machen.

## **7. Dokumentation – Papier-QM-Handbuch war gestern**

Die Norm passt sich hier heutigen Unternehmensrealitäten, in denen Dokumentationen häufig EDV- oder webbasiert abgebildet werden, an. Ein ausgedrucktes Handbuch ist dafür nicht mehr zwingend erforderlich und praktikabel. Änderungen gibt es auch hinsichtlich der früheren Unterscheidung von Dokumenten und Aufzeichnungen. Diese werden nicht mehr unterschieden. Es wird stattdessen von dokumentierter Information gesprochen, die in der EDV hinterlegt werden soll.

## 7. Verschiedene Modelle und QM-Modelle in der Industrie

Es gibt 12 verschiedene QM Modelle im Vergleich:

DIN EN ISO 9001, EFQM, KTQ, QEP, ZefA, VDA6.1, ISO/TS169449, EN9100, ENISO13485, TL9000, EPA, KPQM

### DIN EN ISO 9001

- Deutsche Industrienorm Europäische Norm International Standard Organisation  
Verbreitet ist diese Weltweit. Das Ziel ist es die Zertifizierung und die Normfüllung.  
Dieses QM Modell ist nur Teilweise Mitarbeiter und Patienten Orientiert.  
Die Zertifizierungsgültigkeit beträgt in der Regel 3 Jahre dennoch wird Jährlich ein Überwachungsaudit stattfinden.

Der inhaltliche Aufbau dieses QMs ist unterteilt in fünf Kapitel

- Verantwortung der Leitung
- Management der Ressourcen
- Produktrealisierung
- Messung, Analyse und Verbesserung

### EFQM

- European Foundation for Quality Management
- Ist europaweit vertreten
- Die Mitarbeiter und Patientenorientierung ist vorhanden
- Keine jährliche Überprüfung
- Der inhaltliche Aufbau dieses QMs sind:
- Fünf Befähigter Kriterien:
  - o Führung
  - o Politik und Strategie
  - o Mitarbeiter
  - o Partnerschaft und Ressourcen
  - o Prozesse
- Ergebniskriterien  
Kunden und Mitarbeiterbezogene Ergebnisse
  - o Gesellschaftlich
  - o Schlüsselbezogene Ergebnisse

### KTQ

- Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
- Bundeweit verbreitet
- Mitarbeiter und Patientenorientierung
- keine jährliche Überprüfung

- Inhaltlicher Aufbau des QM Modells:
  - o Patientenorientierung in der Praxis
  - o Führung der Praxis
  - o Mitarbeiterorientierung
  - o Sicherheit in der Praxis
  - o Informationswesen
  - o Aufbau des QM in der Praxis

## **QEP**

- Qualität und Entwicklung in Praxen
- Bundesweit verbreitet
- Mitarbeiter und Patientenorientierung
- keine jährliche Überprüfung
- Inhaltlicher Aufbau des QM Modells:
  - o Patientenversorgung
  - o Patientenrechte
  - o Mitarbeiter und Fortbildung
  - o Praxisführung und Organisation
  - o Qualitätsentwicklung

## **ZetA (Zertifizierte Apotheken)**

- -in Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen verbreitet
- -Zertifikatsgültigkeit: 3 Jahre
- jährliche Überprüfung
- jährliche Selbstbewertung
- Nachweis über Fortbildung der Apothekenteams
- Nachweis über Intern und Externe Überprüfung der Beratungsqualität
- Inhaltlicher Aufbau des QM-Modells:
  - o QM-Systems
  - o Infrastruktur
  - o Kundenorientierung
  - o Mitarbeiter
  - o Gesellschaft

## 8. QM-System in der Industrie

### VDA6.1 (Automobilbau)

- Verband der europäischen Automobilhersteller
- Veranstalter der Internationalen Automobilausstellung
- Aufgaben
- Interessenverteilung
- Meinungs austausch zwischen Mitgliedern
- Erarbeitung von Standard
- Empfehlung für logistische Verfahren

### EN9100 (Luftfahrt)

- Qualitätsmanagement-Systeme für Organisation in der Luftfahrtindustrie der Raumfahrt und der Verteidigungsindustrie
- Es gibt verschiedene Unterteilungen
- Qualität und pünktliche Lieferleistung muss regelmäßig überwacht werden
- die Anforderung eine langfristige Produkterhaltung und Nachhaltigkeit der Produktdokumentation

### EN ISO13485 (Medizintechnik)

- In großen Teilen mit ISO 9001 identisch
- Produktsicherheit
- Erfüllung der Anforderung an Produkt durch die Wirksamkeit der eingeführten Prozesse sichergestellt werden
- Aufbau:
  - o Herstellung und Inverkehrbringen von Medizinprodukten
  - o Medizinische IT
  - o Sicherheitsvorkehrungen von Speicherung von patientenbezogenen Daten

### TL 9000 (Telekommunikation)

- Basiert auf ISO9001 Standard
- zwei Handbücher:
  1. Prozessanforderung
  2. Systematische Messung der Qualitätsperformance

## 9. Ablauf des Zertifizierungsprozesses

Der Zertifizierungsprozess beginnt phasenartig zunächst intern bei der Analyse der Geschäftsprozesse, Aufbau der QM-Dokumentation, Implementierung der Erfordernisse der Norm sowie Prüfung durch Internen Audits<sup>1</sup>.

Nach Auswahl des geeigneten Zertifizierers erfolgt die Dokumentenprüfung, Zertifizierungs-Audit und die Zertifikatserteilung durch eine benannte Stelle (z.B. TÜV).

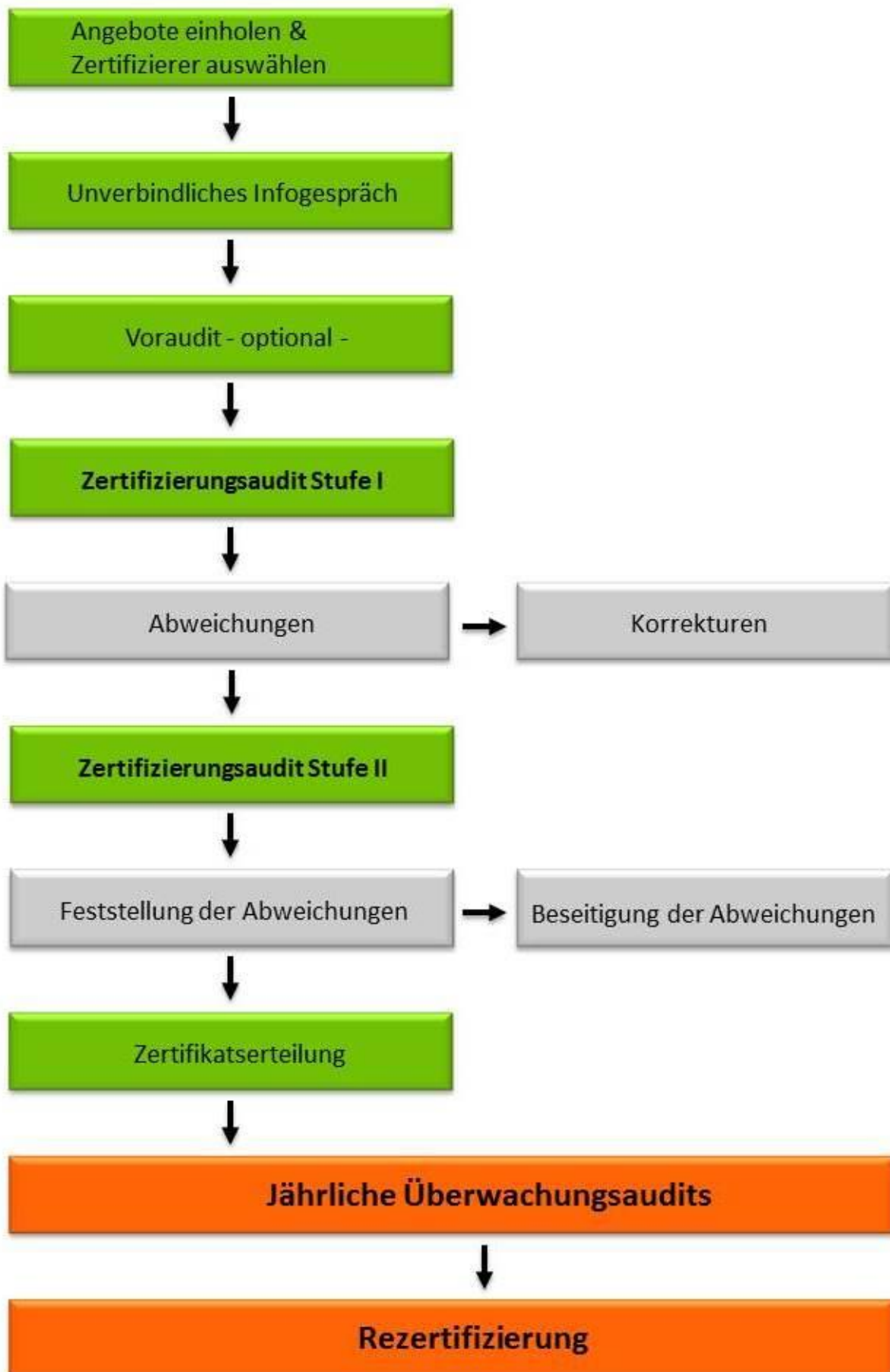
Ein Zertifizierungsprozess hat grundsätzlich folgenden Ablauf

- Anmeldung zur Zertifizierung
- Zusendung der notwendigen Antragsunterlagen/Anmeldebestätigung an Teilnehmer
- Antragsprüfung und Zulassung sowie Versand der Rechnung
- Teilnahme an der Prüfung
- Rezertifizierung (soweit zutreffend) überwiegend nach drei Jahren; Information des Zertifikatsinhabers durch die DGQ Personenzertifizierungsstelle sechs Monate vor Ablauf der Gültigkeit des Zertifikats

Wenn die Prüfung erfolgreich bestanden wurde, wird das DGQ-Zertifikat umgehend zu dem Betrieb gesendet. Bei nicht bestandener Prüfung gibt es die Möglichkeit, die Prüfung einzusehen und den betreffenden Prüfungsteil zu wiederholen. Wenn Einspruch einlegen wird gegen eine Entscheidung oder sich beschwert wird, gibt es eine Darstellung der entsprechenden Möglichkeiten und Vorgehensweisen.

---

<sup>1</sup> Ein Audit untersucht, ob Prozesse, Anforderungen und Richtlinien die geforderten Standards erfüllen.



## 10. Zertifizierungsstellen

In der Informationssicherheit ist eine Zertifizierungsstelle eine Organisation, die digitale Zertifikate herausgibt. Ein digitales Zertifikat dient dazu, einen bestimmten öffentlichen Schlüssel einer Person oder Organisation zuzuordnen. Diese Zuordnung wird von der Zertifizierungsstelle beglaubigt, indem sie sie mit ihrer eigenen digitalen Unterschrift versieht.

Die Aufgabe einer Zertifizierungsstelle lautet, diese digitalen Zertifikate herauszugeben und zu überprüfen. Sie trägt dabei die Verantwortung für die Bereitstellung, Zuweisung und Integritätssicherung der von ihr ausgegebenen Zertifikate.

Eine Zertifizierungsstelle kann ein spezielles Unternehmen sein oder eine Institution innerhalb eines Unternehmens, das einen entsprechenden eigenen Server installiert hat (zum Beispiel mit OpenSSL). Auch öffentliche Organisationen oder Regierungsstellen können als Zertifizierungsstelle dienen, zum Beispiel in Deutschland die Bundesnetzagentur.

## 11. QM-Systeme in der Arbeit mit behinderten Menschen

### **Übertragung eines Qualitätsmanagementsystems in den Dienstleistungsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM)**

Seit Mitte der neunziger Jahre hat der Themenkomplex Qualitätsmanagement auch eine Bedeutung für die Arbeit in Werkstätten mit Menschen mit Behinderung erlangt. Diese Entwicklung ist eine Konsequenz aus der Zusammenarbeit mit der Industrie, die eine enge Anbindung an den freien Markt und damit eine unmittelbare Weitergabe der Kundenforderungen mit sich bringt.

#### **Aufgabe einer Leitung im Unternehmen:**

- Ist in allen Bereichen, wie z.B. Beschaffung, Produktion und Vertrieb, die Qualitätsfähigkeit der Organisation zu überprüfen.
- Dabei kommt den Werkstätten durch ihre Aufgabenstellung eine ihnen eigene Situation zu, die in § 54 des SchwbG festgeschrieben ist:
  1. Behinderte in das Arbeitsleben einzugliedern
    - Bieten Menschen mit Behinderungen (MmB) einen Arbeitsplatz oder Gelegenheit zur Ausübung einer geeigneten Tätigkeit
  2. Behinderten ermöglichen, ihre Leistungsfähigkeiten zu entwickeln, zu erhöhen oder wiederzugewinnen
    - Leistungsvermögen angemessenes Arbeitsentgelt zu erreichen



- Breites Angebot an Arbeitsplätzen & Plätzen für Arbeitstraining, soweit über eine Ausstattung mit begleitenden Diensten verfügen
3. Behinderten unabhängig von der Art oder Schwere der Behinderung offen stehen, sofern sie in der Lage sind, ein Mindestmaß wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung zu erbringen
- Aufgrund dieses gesetzlichen Auftrages bieten WfbM in der Regel ein breites Spektrum an Produktions- und Dienstleistungen an
  - Teilbereiche in ein QMS integrieren und zertifizieren lassen
  - Die WfbM bilden das Ende einer Zulieferkette
  - Zertifizierung wird notwendig, wenn Kunden einen Nachweis über ein funktionierendes QMS durch ein Zertifikat fordert

### **Projekterfahrungen aus dem WfbM-Bereich:**

Um ein QMS in Werkstätten für Behinderte zu etablieren, wird in folgenden Schritten vorgegangen:

**Vorbereitungsphase:** Schulungen, Informationsveranstaltungen

**Planungs- und Konzeptphase:** Bildung werkstattübergreifender Arbeitskreise und werkstattinterner Projektgruppen

**Umsetzungsphase:** auf WfbM abgestimmte QM-Dokumentation, Maßnahmenplanung wird entwickelt

**Zertifizierungsphase:** Voraudit und Zertifizierungsaudit

**Weiterführungsphase:**

- eine intensive Auseinandersetzung mit dem Unternehmen kann eine positive Auswirkung auf die Identifikation des Personals mit seinem Arbeitgeber haben
- dies kann auch zu einem Anstoß zur Qualifikation und Steigerung der Arbeitsqualität geben
- ein QM-System beinhaltet die Gewährleistung von Arbeitsqualität und Humanqualität → d.h., dass alle Menschen mit Behinderung mit all ihren Ressourcen und Defiziten im Mittelpunkt stehen

### **Vor- und Nachteile bei der Einführung eines QMS (Kritik)**

#### Vorteile:

- eindeutige Abklärung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten mindert „Reibungsverluste“
- Organisationen und Prozesse werden Transparenter
- Wettbewerbspositionen können erhalten oder ausgebaut werden
- der Mensch mit Behinderung steht im Mittelpunkt

### Nachteile:

- zu geringe Berücksichtigung der Produktqualität
- hoher Dokumentationsaufwand
- geringe Berücksichtigung der Interessen und Bedürfnisse von Kunden und Mitarbeiter
- Produktionsdruck für Mitarbeiter
- Schwierigkeit der Umsetzung
- Wohnheime grenzen sich von der WfbM ab
- Schwierigkeiten der Umsetzung von Humanqualität

## **12. Qualitätskriterien und Übertragung auf den HEP**

### Ziele und Zielerreichung

1. Der HEP legt die Situation der Organisation konzentriert dar und beschreibt klare Zukunftsziele.
2. Der HEP präsentiert ein robustes, fertig ausgehandeltes Kernzielsystem zur Ausrichtung von Arbeitsprozessen und Strukturen. Insbesondere die Veränderungsziele werden im HEP definiert und kommuniziert.
3. Trotz möglicher konkurrierender Ziele von Prinzipal und Agent sind die Ziele im HEP enthalten und scheinen operationalisierbar.
4. Externe Anforderungen (z.B. privater Bezugsgruppen etc.) werden im HEP in eine handhabbare Anzahl strategischer Ziele übersetzt, die dazu geeignet sind, in Form von Zielverhandlungen, Unterverträgen o.ä. nach innen getragen zu werden.
5. Zusätzlich zu den externen Zielvorgaben setzt die Hochschule eigene Akzente im Sinne einer Profilbildung.
6. Zu den Hochschulzielen potenziell kompatible Profile von privaten Stiftungen, Gesellschaften, Vereinen und staatlichen Einrichtungen werden in den HEP impliziert und bereits greifbare Kooperationen aufgeführt.
7. Der HEP legt Regeln für Best oder Worst Cases fest, die eine Anpassung der HEP-Ziele aufgrund veränderter Rahmenbedingungen ermöglichen.
8. Der HEP legt die wichtigsten Maßnahmen zur Erreichung der Ziele dar. Auf detaillierte Ausführungen wird im Interesse der Schlantheit und Lesbarkeit des Dokuments verzichtet.
9. Der HEP definiert Meilensteine und Evaluationszeiträume für die zu erreichenden Ziele und verpflichtet die Organisationseinheiten zur Erarbeitung eines Projektmanagements. Des Weiteren wird definiert [grob, kein detailliertes Projektmanagement]:
  - Maßnahme: Was ist zu tun?
  - Bis wann ist es zu tun?
  - Durch wen ist es zu tun?

## Kommunikationsfunktion

10. Der HEP erfüllt die Kriterien eines erfolgreichen Textes:

- Textanfang und -ende motivieren zum Weiterlesen bzw. Erinnern.
- Inhalt und Form gehen angemessen auf die Bedürfnisse der Bezugsgruppen ein.
- Der Text ist übersichtlich, konsistent, logisch mit Zwischenüberschriften gegliedert und bedient sich geeigneter Visualisierungen.
- Abstrakte Inhalte werden anschaulich dargestellt.
- Die Form passt zur Organisationskultur.

11. Der HEP bietet den relevanten Bezugsgruppen so viel Orientierung wie nötig („Roter Faden“) für die Arbeit der kommenden Planungsperiode und so wenig wie möglich, sodass andere Personen keinen Zugang zu Informationen erhalten.

12. Der HEP informiert über seine gemeinsame Erarbeitung, schweigt aber über Details zum Verhandlungsprozess und über Zwischenbewertungen einzelner Akteure.

13. Der HEP lässt zwecks Legitimation erkennen, dass während der Strategieentwicklung durch Einbindung der Klienten (und anderer Bezugsgruppen) ein angemessenes Niveau aufgebaut wurde, fachliche Interessen angemessen berücksichtigt wurden und die Gleichbehandlung der unterschiedlichen Klienten gewährleistet wurde.

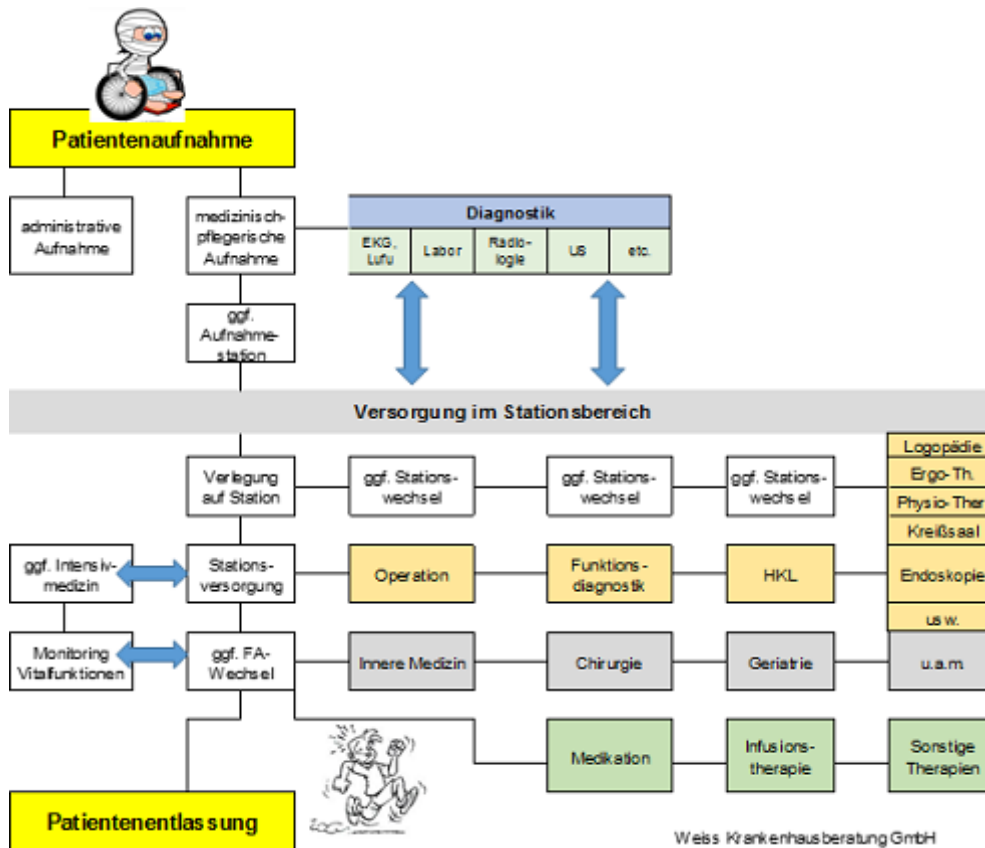
14. Der HEP motiviert die Agenten (und weitere Bezugsgruppen), zur Zielerfüllung beizutragen, indem

- bei externen Vorgaben/Herausforderungen eine plausible Ergebnisbeteiligung der Klienten hinsichtlich ihres Beitrags zur Zielerfüllung ermöglicht wird.
- die internen Ziele ausreichend konkret und verpflichtend sind, den Klienten aber gleichzeitig Mittel und

Handlungsspielräume zugesprochen werden.

15. Der HEP gibt positives und negatives Feedback zu vorangegangenen Strategiephasen und schafft einen Überblick über den Fortschritt.

### 13. Prozessreorientierung und Management erklärt an einem Krankenhausmodell



Das Prozessmanagement erfasst alle klinischen Prozesse, die zur Patientendurchlaufsteuerung beitragen.

**Diese Prozessdurchlaufsteuerung orientiert sich an dem Patienten.**

Eine optimale Patientendurchlaufsteuerung beginnt mit einer bedarfsgerechten Belegungssteuerung, die zentral gemanagt wird.

Patientenaufnahme:

- Zentrales Belegungsmanagement, Koordination aller stationären Neuaufnahmen, Notaufnahmen, internen Verlegungen und Terminvergaben für geplante Aufnahmen
- Zentrale Patientenaufnahme: der Patient erhält fachkompetente Informationen über den weiteren Verlauf des Krankenhausaufenthalts.
- Stationsebene, Zuteilung einer Pflegefachkraft die für den Patienten von der Aufnahme bis zur Entlassung zuständig ist. Sie gibt wichtige Informationen an Pflege- und Behandlungsteams weiter.
- Einleitung von Diagnostik und Labor

→ Informationen werden an die entsprechenden Stationen und Fachbereiche weitergeleitet.

Stationen:

→ Arbeiten eng mit Fachärzten zusammen, orientieren sich an den Behandlungsmaßnahmen.

→ geben Informationen bei Verlegungen weiter

Ärzte / Therapeuten:

→ Erhalten ein Bündel von Informationen durch die Patientenaufnahme, dem Labor und den Stationen.

→ Arbeiten mit anderen Fachbereichen und den Stationen eng zusammen.

↓

Entlassung

**Das Prozessmanagement verlangt ein Organisationsverständnis von allen Mitarbeitern, bei dem die Grenzen und Gräben zwischen verschiedenen Abteilungen und Hierarchien überwunden werden. (*Abbau der Hierarchie*)**

***Das bedeutet: „Die linke Hand weiß, was die rechte gestern getan hat!“***

An diesem Beispiel ist deutlich zu erkennen, wie eng die einzelnen Mitarbeiter zusammenarbeiten.

Jeder Abteilung, jeder Mitarbeiter arbeitet eigenverantwortlich, die Informations- und Kommunikationswege sind verkürzt und verbessert worden. Das Tagesgeschäft kann so viel schneller und effektiver abgewickelt werden.

Ganz gleich aus welchen Bereichen oder welche berufliche Qualifikation der einzelne Mitarbeiter hat. Alle gemeinsam haben das Ziel, die bestmögliche Versorgung des Patienten.

### **Ein Beispiel aus der Behindertenhilfe:**

**Flache Hierarchie bedeutet:**

***Prozessorientierte Behindertenhilfe fördert Teilhabe***

Das St. Josefshaus Herten hat – unter hoher Beteiligung der Mitarbeitenden – seine Organisationsstrukturen stark überarbeitet. Für die Bewohner bringt dies mehr Wahl- und Teilhabemöglichkeiten.

Die Behindertenhilfe des St. Josefshauses Herten gliedert sich in die Kernbereiche Lernen, Wohnen und Arbeiten - dabei deckt die Großeinrichtung 80 Prozent des Wohnbedarfs der Menschen mit Behinderung im Landkreis Lörrach ab. Betreutes

Wohnen, Eingliederung und Normalisierung sind stark wachsende Bereiche. Angesichts des aktuellen Paradigmenwechsels in der Behindertenhilfe - hin zu Selbstbestimmung und Teilhabe, Integration und Normalisierung - sowie einer wachsenden Zahl älterer Menschen mit Behinderung sind innovative Wohnformen und Angebote gefragt.

Um die Entwicklung von Lebensperspektiven und Teilhabe effizient zu gestalten, initiierte das Management des St. Josefshauses im Februar 2008 ein Veränderungsprojekt unter dem Arbeitstitel "Fit für die Zukunft" im Bereich Wohnen.

Mitarbeitende wissen, wo Potenziale liegen

*Circa 30 Mitarbeitende analysierten in drei Projektteams die Kernprozesse verschiedener Wohnbereiche. Sie tauschten Erfahrungen aus, diskutierten und generierten Vorschläge, um die Abläufe zu optimieren. In anderthalb Monaten begründeten sie fast 200 Verbesserungsmöglichkeiten, von denen 170 binnen weniger Wochen zu kleinen und großen Resultaten im gesamten St. Josefshaus geführt haben. In der Folge kamen über 100 weitere Mitarbeiter(innen) ins Projekt, wobei Kleingruppen die verabschiedeten Maßnahmen engagiert umsetzten. Bezüge zu zahlreichen internen Dienstleistern - beispielsweise Gesundheitsdienst, Hauswirtschaft oder Verwaltung - wurden in Schnittstellen-Workshops übergreifend neu organisiert.*

*Von der Wohngruppe zum eigenverantwortlichen Team*

**Die Wohngruppenleiter(innen) entwickelten Ideen für mehr Handlungsspielraum und Entscheidungskompetenz, zu ausgedehnter Personalverantwortung, zur Einführung von Vertrauensarbeitszeit.**

Mittlerweile setzt sich eine Organisationsstruktur durch, die auf Teams in der Größe von zwei bis vier ursprünglichen Wohngruppen beruht; anstelle der früheren 69 Gruppenleiter(innen) gibt es in der Teamstruktur 26 Teamleiter(innen). Diese führen große Teams, planen deren Personalbedarf und -einsatz, stellen neue Teammitarbeiter(innen) ein und verantworten die Personalentwicklung. Über Zielplanungskonferenzen sind sie in die Entwicklung des St. Josefshauses aktiv eingebunden, sorgen für das Controlling von Budgets und stellen in ihrem Team die gesamte Betreuung und Entwicklung der Menschen mit Behinderung sicher.

In der alten Organisationsstruktur war der Wohngruppenleiter so etwas wie der Kopf einer kleinen Familie. Die heutigen Teamleiter(innen) sind Familienoberhaupt, Personalentwickler und Manager in einem.

Die Bewohner(innen) profitieren vom Veränderungsprozess: Durch die Teamorganisation erweitert sich ihr persönliches Wohnumfeld erheblich. Mehr Kontakte, Freizeitoptionen und Freiräume können geboten werden. Das Wunsch- und Wahlrecht der Menschen mit Behinderung wird unterstützt, so sind gemeinschaftsorientierte und individuelle Strukturen gleichermaßen möglich. Kontinuierlich und flexibel zugleich sind die angebotenen Assistenzleistungen.

Der Nutzen für das St. Josefshaus zeigt sich darin, dass jede(r) Mitarbeitende mehrere Prozesse aktiv mitgestaltet, so dass die Fachlichkeit bei den Mitarbeitenden steigt und Verbesserungen viel schneller Eingang in das Tagesgeschäft sowie die

vorhandenen Systeme finden. Die gesamten Informations- und Kommunikationswege können aufgrund der Team- und gleichzeitigen Prozessorientierung verkürzt werden.

Als letzter Baustein wurden das Leitbild und die christlichen Werte der Einrichtung in einer Runde aus Führungskräften untersucht. Künftig werden zahlreiche christliche Angebote die Organisationsentwicklung zum Wohl der Menschen mit Behinderung unterstützen.

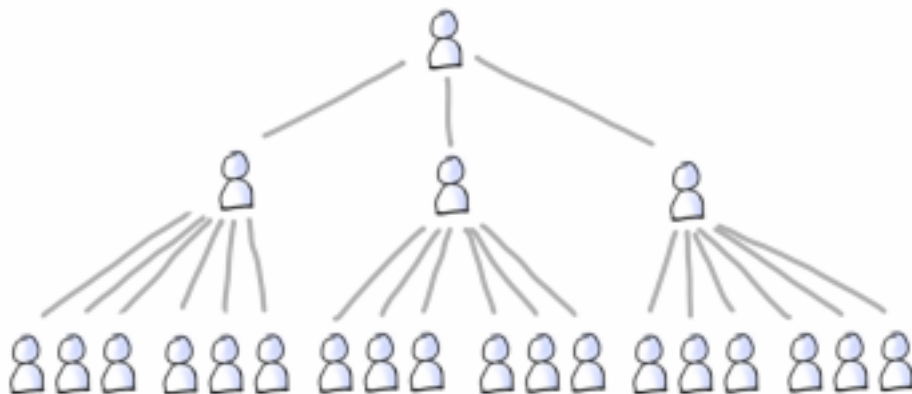
Autor/in: Dr.-Ing. Jan Erik Burghardt, Tobias Spreter, Ausgabe 10/2009

Wie an diesem Beispiel der Caritas St. Josefshaus in Herten deutlich wird, sind die Auswirkungen von Hierarchieabbau innerhalb der Organisationsstrukturen sehr positiv zu bewerten.

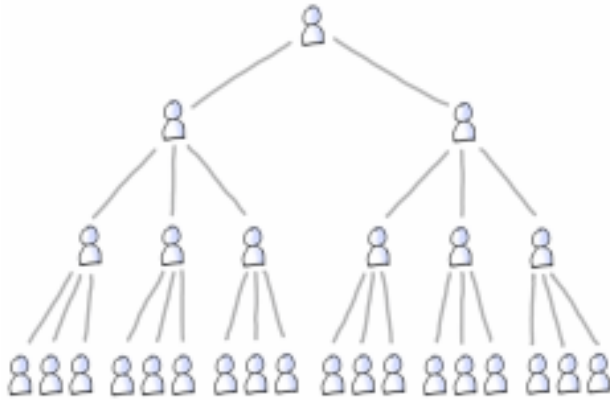
Hier wird der Wandel von einer steilen Hierarchie zur flachen Hierarchie sichtbar.

**Eine flache Hierarchie** beschreibt eine hierarchische Organisationsstruktur, in der im Gegensatz zur steilen Hierarchie Ranghöhere wenige Eingriffe in Entscheidungen Rangniedriger vornehmen. Diese Organisationsstruktur setzt verstärkt auf Eigeninitiative und Eigenverantwortung.

Merkmale: ein kollegiales Miteinander wird gelebt, man geht auf „Augenhöhe“ miteinander um.



**Eine steile Hierarchie** bedeutet, klar abgegrenzte Hierarchiestufen und Kompetenzen, generell autoritärer Führungsstil. Rangniedrige haben wenig Entscheidungsfreiheit.



Jessica Bräutigam

## 14. PLAN-DO-CHECK-Act

### **Plan**

der jeweilige Prozess muss vor seiner eigentlichen Umsetzung geplant werden.

Es umfasse das Erkennen von Verbesserungspotentialen, die Analyse des aktuellen Zustandes, sowie das Entwickeln eines neuen Konzeptes.

### **Do**

das Ausprobieren, bzw. Testen und praktische Optimieren des Konzeptes mit schnell realisierbaren, einfachen Mitteln an einem einzelnen Arbeitsplatz.

### **Check**

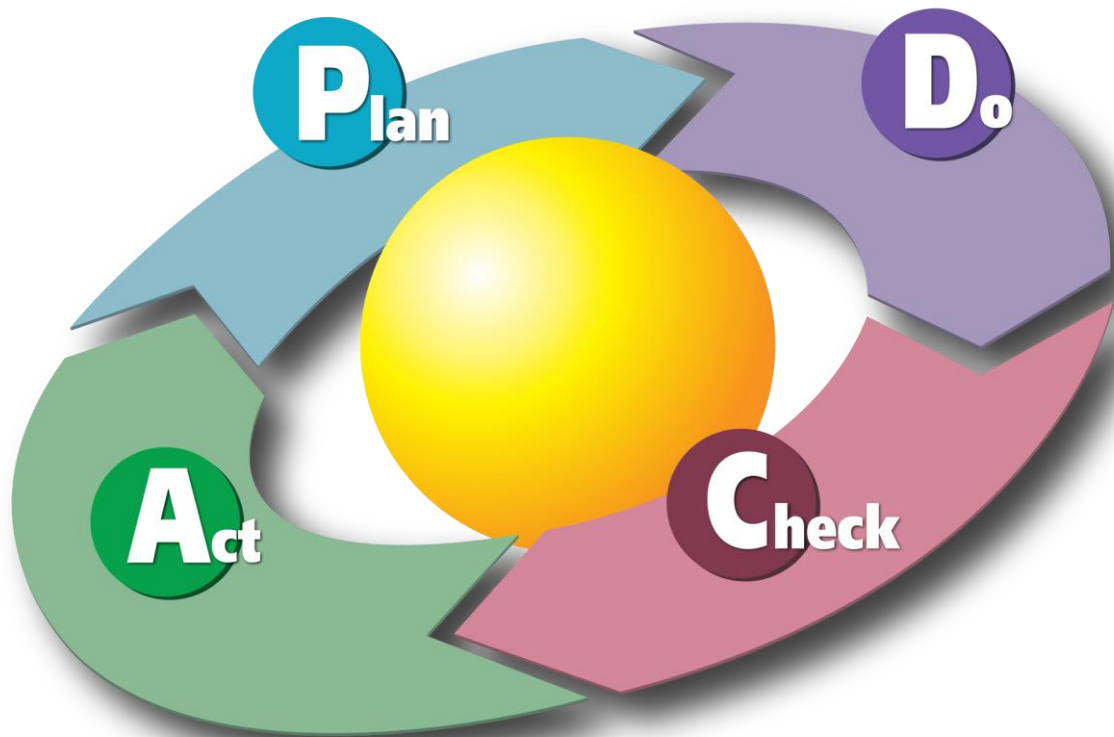
der im Kleinen realisierte Prozessablauf und seine Resultate werden sorgfältig. Überprüft und bei Erfolg für die Umsetzung auf breiter Front allgemein freigegeben.

### **Act**

die neue allgemeine Vorgabe wird eingeführt, festgeschrieben und regelmäßig auf Einhaltung überprüft (Audits). Hier handelt es sich um eine „große Aktion“, die im Einzelfall umfangreiche organisatorische Aktivitäten (z.B. Änderung von Arbeitsplätzen, NC-Programmen, Stammdaten, Durchführung von Schulungen, Anpassung von Aufbau- und Ablauforganisation) sowie erhebliche Investitionen umfassen kann.



**Die Verbesserung dieses Standards beginnt wiederum mit der Phase**



Sabine Becker

## **15. Wer zertifiziert die Zertifizierer?**

Mit der Zertifizierung ihres QM-Systems können Bildungsorganisationen den Nachweis erbringen, dass sie nach ISO 9001, ISO 29990 oder anderen Regelwerken arbeiten und können so wettbewerbsstark auf dem Markt agieren. Die Zertifizierung von QM-Systemen übernehmen akkreditierte Zertifizierungsorganisationen, die die Systeme mit anerkannten Normregelwerken abgleichen und bewerten. Bevor Organisationen jedoch das Zertifikat in den Händen halten können, sind einige Schritte zu beachten, um das Zertifizierungsverfahren erfolgreich vorzubereiten.

Der Begriff **Akkreditierung** wird in verschiedenen Bereichen benutzt, um den Umstand zu beschreiben, dass eine allgemein anerkannte Instanz einer anderen das Erfüllen einer besonderen (nützlichen) Eigenschaft.

### **1. Auswahl einer Zertifizierungsgesellschaft**

Die Zertifizierung des QM-Systems sollte eine unabhängige und akkreditierte Zertifizierungsgesellschaft übernehmen. Akkreditiert bedeutet, dass der Zertifizierer von einem Akkreditierer auf die Einhaltung bestimmter Regeln überwacht wird. Diese Regeln sind für alle akkreditierten Zertifizierungsgesellschaften weltweit verbindlich und in der ISO/IEC 17021 festgelegt. Sie beinhaltet beispielsweise die Qualifikation die Durchführung, Dokumentationen und den Inhalt von Zertifikaten. Die Einhaltung überwacht in Deutschland die Deutsche Akkreditierungsstelle (DAkkS). Die Hauptkriterien für die Auswahl eines Zertifizierers sind Fachkompetenz,

Unabhängigkeit, Akzeptanz auf dem Markt und die flächendeckende Tätigkeit lokal vor Ort und national bzw. global.

## **2. Vorbereitung auf die Zertifizierung**

Vor dem Zertifizierungsaudit besteht für Organisationen die Möglichkeit ein Voraudit oder auch Qualitäts-Check-Up genannt, in Anspruch zu nehmen. Dabei kommt ein Auditor ins Haus der Organisation und prüft mit anschließender Berichterstellung alle vorliegenden Dokumente und Verfahrensanweisungen. Im Bericht wird dann eine Aussage darüber getroffen, wo Schwachstellen im QM-System liegen und welche notwendigen Schritte die Organisation für eine Zertifizierung noch einleiten muss. Diese Leistungen sind jedoch optional und können je nach Bedarf in Auftrag gegeben werden.

## **3. Durchführung des Zertifizierungsaudits**

Vor dem Zertifizierungsaudit wird zwischen Auditor/in und dem Unternehmen ein Auditplan abgestimmt. Dieser enthält

- Auditart
- Stand der Managementdokumentation
- QM-Beauftragter des Unternehmens
- Namen der Auditoren
- Auditbeginn (Datum, Uhrzeit)
- Termine, Zeitpunkte, Orte
- Namen, Rollen und Verantwortlichkeiten der Begleitpersonen
- Auditierete Prozesse
- Pausen

Ziel des Audits ist es, die Wirksamkeit des Managementsystems auf Grundlage der geltenden Norm zu bewerten. So beinhaltet das Zertifizierungsaudit folgende Punkte:

- Informationen über die Konformität mit den Anforderungen der Norm
- Leistungsüberwachung der Ziele der Hauptleistungen der Organisation
- Das Managementsystem und die Leistungsfähigkeit des Kunden in Bezug auf die Einhaltung von Vorschriften
- Funktionsfähige Steuerung der Prozesse
- Verantwortung der Leitung
- Interne Audits und Managementbewertung

Das Audit selbst erfolgt durch Befragung der Mitarbeiter, Einsichtnahme relevanter Dokumente, Richtlinien und Betriebsbegehungen. Nach Beendigung des Audits wird das Unternehmen in einem Abschlussgespräch über das Ergebnis unterrichtet und in einem Auditbericht dokumentiert. Soweit es aufgrund der Ergebnisse nötig ist, wird ein Termin für ein Nachaudit festgelegt. Bis dahin können mögliche Abweichungen beseitigt werden.

## **4. Zertifikatserteilung, Überwachungs- und Rezertifizierungsaudit**

Nach positiver Prüfung des QM-Systems und Behebung aller Abweichungen wird das Zertifikat von der Zertifizierungsgesellschaft erstellt. Dieses ist üblicherweise 3

Jahre gültig, wenn die jährlichen Überwachungsaudits zu einem positiven Ergebnis führen. Beim Überwachungsaudit werden die wesentlichen Normforderungen geprüft sowie die Wirksamkeit der Korrekturmaßnahmen zu den Abweichungen aus den vorherigen Audits bewertet. Vor Ablauf der Gültigkeitsdauer ist ein Rezertifizierungsaudit zur Verlängerung des Zertifikats durchzuführen. Hierbei wird die Wirksamkeit des gesamten QM-Systems, wie im ersten Zertifizierungsaudit geprüft.

Joseph Weingarten, Lea Sondermann, Jens Balkenhol

## **16. Qualität ist was der Kunde will (fehlt)**

### **17. Kritik am QM-System**

Fehler bei der Einführung eines QM-Systems:

Oft werden viele Fehler bei der Einführung eines QM-Systems gemacht. Die Nutzung dieses Systems wird nicht erkannt oder wird mit einem hohen Zeit und Kostenaufwand verbunden. Der größte Fehler liegt allerdings bei der Einführung und Zertifizierung des QM-Systems.

#### **Einführung eines QM-Systems seitens der Geschäftsführung:**

Die Geschäftsführung entscheidet sich oft nicht freiwillig für ein QM-System. Wenn dies jedoch der Fall ist kann dieses schnell unter Druck geraten. Auch ist es so dass die Leitung einer Einrichtung diesen Schritt beschließt aber oft nicht weiter fördert. Um überhaupt das QM-System zu akzeptieren, sollte eine ständige Verbesserung und Wirksamkeit zu erkennen sein.

#### **Sich nicht mit dem QM-System identifizieren:**

Wenn Mitarbeiter sich nicht mit dem QM-System identifizieren können, liegt es häufig daran, dass sie vom Sinn und Nutzen nicht überzeugt sind. Nicht ausreichen hierzu sind z.B. die Informationen über ein QM-System oder die fehlende Kommunikation. Um dieses zu vermeiden, sollten die Meinungen sowie Unterschiede zum QM-System diskutiert werden.

#### **Fehler bei der Einführung des QM-Systems-planlos vorgehen**

Oft fehlt überhaupt ein generelles Wissen über das QM-System. Die meisten Menschen wissen nicht, wie man so ein Projekt planen kann. Hierzu gibt es nun acht Phasen zur Bewältigung dieses Problems. Diese sind: Projektvorbereitung,

Schulung, Ist-Analyse, Soll-Konzeption, Dokumentation, internes Audit, Zertifizierung und Weiterentwicklung.

### **Kosten und Zeitaufwand werden unterschätzt**

Die Kosten für ein QM-System werden oft zu knapp kalkuliert und deshalb ist eine gute Kostenplanung entscheidend. Auch sollen Kosten wie Personal, Beratungskosten und Zertifizierungskosten berücksichtigt werden. Ein weiteres Problem ist, dass Mitarbeiter oft nicht für Schulungen freigestellt werden. Ziel ist es das die Unternehmen auf allen Ebenen Schulungen anbieten um Kenntnisse in QM-Techniken, Umgang mit Qualitätsmanagementhandbüchern und Audits zu erwerben.

### **Nach der Zertifizierung**

Nach der Zertifizierung wird wieder oft das QM-System vernachlässigt. Es kann nur zu einer Verbesserung führen, wenn man mindestens einmal jährlich die Managementbewertung durchführt.

### **Kritik am Qualitätsmanagement**

#### **Für Schulen**

- Lehrkräfte sehen Probleme bei der Konkretisierung der abstrakten Formulierungen
- Texte sind unverständlich formuliert
- Modelle werden als schulfremd wahrgenommen da sie aus der Wirtschaft stammen
- Individuelle Ansprüche werden nicht berücksichtigt
- Mangel an Informationen sowie fehlende Verbindlichkeiten
- Anknüpfungspunkte an bisherige QM-Bemühungen fehlen

#### **In sozialer Arbeit**

- Hoher Druck auf Träger, Mitarbeiter den Forderungen zu entsprechen
- Hohe Kosten des Verfahrens

## **18. Ausblick: QM-Systeme und weitere Entwicklungen**

### **DIN EN ISO 9001**

- Kundenorientiertes Modell

- Häufig verwendetes Modell
- In allen Branchen anwendbar
- Forderungen: Qualitätsmanagementsystem, Verantwortung der Leitung, Management der Ressourcen, Produktrealisierung und Messung, Analyse und Verbesserung

## **EFQM**

- European Foundation for Quality Management
- International anerkanntes Qualitätsmodell
- Auf alle Organisationen übertragbares Modell
- 5 Kriterien: Führung, Politik und Strategie, Mitarbeiter, Partnerschaften und Ressourcen, Prozesse
- 4 Ergebniskriterien: Kundenbezogene Ergebnisse, Mitarbeiterbezogene Ergebnisse, Gesellschaftsbezogene Ergebnisse, Schlüsselergebnisse der Organisation

## **GBM**

- Gestaltung der Betreuung von Menschen mit Behinderungen
- Verfahren zur Planung und Organisation der Betreuung im Wohnen, der WfbM und der Förderstätte
- Es handelt sich um ein Arbeitsmittel zur Bedarfserhebung und Betreuungsplanung sowie Erstellung eines koordinierten Gesamthilfeplans

## **KTQ**

- Kooperation für Transparenz und Qualität
- Ziel ist die Optimierung von Prozessen innerhalb der Patientenversorgung
- Kategorien: Patientenorientierung, Mitarbeiterorientierung, Sicherheit, Kommunikations- und Informationswesen, Führung, Qualitätsmanagement

Kristin Henze und Michaela Kasdorf

## 19. Quellenangaben:

[2] <http://www.loesungsfabrik.de/info/was-ist-qualitaetsmanagement>

[2]

<http://www.wirtschaftslexikon24.com/d/qualitaetsmanagement/qualitaetsmanagement.htmc/>

[2] [http://www.aezq.de/aezq/kompodium\\_q-m-a/2-definitionen-und-konzepte-desqualitaetsmanagements](http://www.aezq.de/aezq/kompodium_q-m-a/2-definitionen-und-konzepte-desqualitaetsmanagements)

[3] <http://www.gesundheitsmarktplatz.com/node/194>

[4] <http://www.springer.com/978-3-540-89084-3>

[4] [http://www.paeger-consulting.de/html/geschichte\\_qm.html](http://www.paeger-consulting.de/html/geschichte_qm.html)

[5] [www.din.de](http://www.din.de)

[6] [www.wikipedia.de](http://www.wikipedia.de) Stichwort: Internationale Organisation für Normung

[7/8] [www.din.de](http://www.din.de)

[7/8] [www.beuth.de](http://www.beuth.de)

[7/8] [www.efqm.org.de](http://www.efqm.org.de)

[7/8] [www.deutsche-efqm.de](http://www.deutsche-efqm.de)

[7/8] [www.ktq.de](http://www.ktq.de)

[7/8] [www.kbv.de/QM](http://www.kbv.de/QM)

[7/8] [www.zetA-apotheke.de](http://www.zetA-apotheke.de)

[9/10/11] <http://www.gruene-werkstatt.de/leitfaden/seiten/3076.htm>

[12] [https://www.hs-osnabrueck.de/fileadmin/HSOS/Studium/Studienangebot/Studiengaenge/Masterstudienengaenge/WiSo/Hochschul- und Wissenschaftsmanagement/Kolloquium/14/Rank\\_HEP-Checkliste.pdf](https://www.hs-osnabrueck.de/fileadmin/HSOS/Studium/Studienangebot/Studiengaenge/Masterstudienengaenge/WiSo/Hochschul- und Wissenschaftsmanagement/Kolloquium/14/Rank_HEP-Checkliste.pdf)

[13] Caritas-Krankenhaus St. Josef, Weiss Krankenhausberatung GmbH

[14] <https://de.wikipedia.org/wiki/Demingkreis>

[15] <http://www.certqua.de/qm-blog/4-schritte-wie-sie-die-zertifizierung-ihres-qm-systems-erfolgreich-vorbereiten-koennen/>

[15] [https://de.wikipedia.org/wiki/Akkreditierung\\_\(Wirtschaft\)](https://de.wikipedia.org/wiki/Akkreditierung_(Wirtschaft))

[16/17] [http://www.certqua.de/web/de/ueber-uns/news\\_und\\_presse/newsletter\\_okt\\_2013/h%C3%A4ufigste\\_fehler.php](http://www.certqua.de/web/de/ueber-uns/news_und_presse/newsletter_okt_2013/h%C3%A4ufigste_fehler.php)

**Notizen / Anmerkungen:**