

Qualitätszirkel als Instrument partizipativer Unternehmensstrategie

W. Bänfer

Qualitätszirkelarbeit

Entstehung

Nach dem zweiten Weltkrieg galt japanische Ware auf dem Weltmarkt als minderwertig. Auf Initiative des Generals McArthur, Oberkommandierender der amerikanischen Streitkräfte in Japan, wurde unter anderem der Statistiker Edward W. Deming nach Japan eingeladen. In Zusammenarbeit mit der 1948 gegründeten JUSE (Japanese Union of Scientists and Engineers) hielt er ab 1950 Vorträge vor leitenden Ingenieuren zum Thema statistische Qualitätskontrolle. Die Methoden von Dr. Joseph M. Juran, der ab 1954 Vorträge in Japan zum Thema „Management of Quality Control“ hielt, verhalfen der Idee zu nationalem Durchbruch. Qualitätskontrolle wurde als nationale Aufgabe verstanden und in den Medien verbreitet. Als „Vater“ der Quality-Control-Circle (QCC) gilt Dr. Kaoru Ishikawa von der Universität Tokio.

1962 wurde von JUSE der erste QCC offiziell registriert. Anfang der 80er Jahre waren es in Japan schon eine Million Zirkel mit zehn Millionen Mitgliedern, so daß bereits jeder vierte Arbeitnehmer in Qualitätszirkeln mitarbeitete.¹ Obwohl seit 1967 QCC-Leiter aus Japan regelmäßig Auslandsreisen vornahmen, um sich mit Kollegen der westlichen Welt auszutauschen, verlief die japanische Entwicklung beinahe unbemerkt. 1965 wurde dieses Konzept zwar von der American Society for Quality Control (ASQC) vorgestellt, und 1967 erschien ein einzelner Artikel von Juran zum Phänomen der QCC, es dauerte jedoch bis zum November 1974, bis die ersten Quality Circles (QC) in den USA bei der Lockheed Missiles and Space Company sowie der Honeywell Inc. eingeführt wurden. Die Idee setzte sich am Anfang nur mühsam durch. Erst 1979 begann ein regelrechter QC-Boom. 1985 existierten in den USA bereits 95 000 QC.²

Die ersten westeuropäischen QC wurden 1978 in Großbritannien (Rolls Royce) und bei Volvo in Schweden eingeführt. In Deutschland wurde, da man das japanische Modell für nicht übertragbar hielt, das Konzept der Lernstatt entwickelt. Nachdem diese Form der Kleingruppenarbeit aber nicht die gewünschte Breitenwirkung erzielte, setzte sich ab 1980 auch in der BRD die QC-Methode durch. Zink geht von 5 000 Qualitätszirkeln (QZ) im Jahr 1985 aus.³ 1989 hatten nach einer empirischen Untersuchung zwei Drittel der 100 größten Industrieunternehmen diese Methode geplant oder eingeführt.⁴

Stand zunächst eine Verbesserung der Produktqualität im Vordergrund, so hat sich diese Prämisse oft in eine Verbesserung der gesamten

Arbeitsqualität erweitert. Für die Entwicklung der BRD lassen sich in den letzten zehn Jahren drei verschiedene Phasen beobachten⁵: In der ersten Phase, den Anfängen der „Japanhysterie“ Anfang der achtziger Jahre, war das QZ-Konzept eng an das japanische Modell angelehnt und hauptsächlich in großen Produktionsbetrieben angesiedelt. Die zweite Phase war bestimmt durch eine Ausweitung vornehmlich auf mittelständische und Dienstleistungsunternehmen. Die dritte Phase erfaßt nun auch den administrativen Bereich, hier überwiegend die Verwaltung von Industriebetrieben, die im Produktionsbereich gute Erfahrungen mit Qualitätszirkeln gemacht haben.

In letzter Zeit läßt sich eine Ausweitung der Qualitätszirkel-Konzepte auf den Nonprofit-Bereich beobachten, unter anderem auch auf das Gesundheitswesen. Qualitätszirkel versuchen sich als eigenständige Form der Kleingruppenarbeit angesichts knapper Ressourcen, aber auch zunehmend artikulierter Unzufriedenheit mit belastenden Arbeitsbedingungen (burning out, Pflegenotstand) als Alternative zu etablieren. Ob dieses Modell die hochgesteckten Erwartungen erfüllen kann und sich auf das Gesundheitswesen übertragen läßt, soll auf den folgenden Seiten eingehender beleuchtet werden.

Gestaltungselemente

Der Grundgedanke dieses Ansatzes ist, daß Probleme dort am ehesten erkannt und bearbeitet werden können, wo sie tatsächlich auftreten. Die Nutzung der „Intelligenz vor Ort“, der Kreativität und des Engagements der Mitarbeiter ermöglicht eine aktive Gestaltung des Arbeitsplatzes und soll der Tendenz einer „Inneren Kündigung“ entgegenwirken. Das QC-Konzept ist also weniger eine Methode der Mitarbeiterkontrolle als ein Instrument der Personalentwicklung. Deswegen ist die Übersetzung des englischen Begriffes „quality“ mit „Qualität“ mißverständlich, weil die englische

Definition vom Verständnis her weiter gefaßt ist.

Je stärker es im Idealfall gelingt, möglichst viele oder gar alle Mitarbeiter einzubeziehen, desto erfolgreicher wird die Umsetzung sein. Dabei soll allerdings vor zu großer Euphorie gewarnt werden: Trotz einiger spektakulärer Einzelfälle geht es hauptsächlich um eine Beseitigung des „Sands im Getriebe“, die aber oft genug (der Teufel steckt bekanntlich im Detail) zu Unzufriedenheit und Ineffizienz führt. Bei einem so weit gefaßten Qualitätsbegriff gehen denn auch die Meinungen in der Literatur auseinander, was denn nun eigentlich ein Qualitätszirkel sei und wie er sich zum Beispiel vom betrieblichen Vorschlagswesen abgrenzen läßt. Eine plausible Definition liefert dazu Deppe⁶. Demnach ist ein Qualitätszirkel eine

auf Dauer angelegte Kleingruppe, in der Mitarbeiter einer hierarchischen Ebene mit einer gemeinsamen Erfahrungsgrundlage in regelmäßigen Abständen auf freiwilliger Basis zusammenkommen, um Themen des eigenen Arbeitsbereiches zu analysieren und unter Anleitung eines geschulten Moderators mit Hilfe spezieller Problemlösungs- und Kreativitätstechniken Lösungsvorschläge zu erarbeiten und zu präsentieren,

diese Vorschläge selbständig oder im Instanzenweg umzusetzen und eine Ergebniskontrolle vorzunehmen, wobei die Gruppe als Bestandteil in den organisatorischen Rahmen des Qualitätszirkelsystems eingebunden ist und zu den anderen Elementen Kommunikationsbeziehungen unterhält.

In der Praxis kommt es aber durchaus vor, daß Qualitätszirkel zeitlich befristet eingesetzt, auf die mittlere Hierarchieebene ausgedehnt oder sogar Themen von außen vorgegeben werden. Zu groß ist oft die Angst der Unternehmensleitung vor Mißbrauch durch die Belegschaft und zu stark verwurzelt die Orientierung am kurzfristigen und sichtbaren „Erfolg“. Gerade weil die „Grundidee (der Qualitätszirkel) banal“ ist⁷, ist sie für jedermann leicht nachzuvollziehen, sie trifft außerdem auf ein reales und zunehmendes Bedürfnis der Arbeitnehmer nach Identifikation und Selbstverwirklichung. Daß dies nicht nur mit dem Unternehmenserfolg vereinbar, sondern sogar eine wesentliche Voraussetzung für denselben ist, spricht sich mittlerweile auch in deutschen Chefetagen herum. Das Organigramm eines Qualitätszirkels in der Industrie läßt sich folgendermaßen darstellen (Abb. 1).

Bei der Implementierung von QZ werden idealtypisch folgende Phasen durchlaufen⁸:

Informationsphase

- Informationssammlung und Auswertung
- Präsentation bei der Unternehmensleitung
- Grundsatzentscheidung, Pilotprogramm

Versuchsphase

Vorbereitungsphase

- Information und Einbeziehung der Führungskräfte und des Betriebsrates
- Bildung eines Steuerungsteams
- Auswahl eines Koordinators
- Auswahl des Versuchsbereichs
- gezielte Informationsbeschaffung
- Erarbeitung des unternehmensspezifischen Programmkonzepts für den Pilotbereich
- Entwicklung der Ausbildungsunterlagen
- breite Information aller Mitarbeiter
- Auswahl der Moderatoren
- Ausbildung der Moderatoren und des Koordinators
- Auswahl der Mitglieder, Bildung der Qualitätszirkelgruppen
- Ausbildung der Mitglieder

Durchführungsphase

- Durchführung des Pilotprogramms

Auswertung des Pilotprogramms
Entscheidung über Programmausweitung

Ausweitungphase

Durchführung des Ausweitungsprogramms

Sicherungsphase

Durchführung von Erhaltungs- und Sicherungsmaßnahmen.

Probleme bei der Implementierung faßt Antoni⁹ wie folgt zusammen:

- fehlende Unterstützung durch das Management, insbesondere durch das mittlere Management
- Schwierigkeiten mit dem Betriebsrat beziehungsweise mit den Gewerkschaften
- Rollenkonflikte der QZ-Mitglieder
- unzureichende Rückmeldung und Umsetzung der Lösungsvorschläge
- unzureichende Teilnahmemotivation.

Für den Erfolg von QZ werden zwei sehr wesentliche Gründe erwähnt:

- ausreichende Delegation von Verantwortung und Eigenständigkeit an die Zirkel
- qualifizierte Ausbildung der Moderatoren und Zirkelteilnehmer.

In der oft konflikthaften Startphase wird besonders die Hilfe externer Berater gebraucht, die als change-agents Organisations- und Strukturbarrieren überwinden helfen. Die Schwierigkeit ist meist, ein für alle befriedigendes Gleichgewicht zwischen Kontrolle (Steuerung) und Flexibilität (Freiräume) zu ermöglichen.

Methoden

Die Grundlagen des Qualitätszirkel-Konzepts basieren auf westlichen Theorien. Hierbei werden insbesondere erwähnt¹⁰:

- Theorien der Arbeitszufriedenheit von Herzberg und daraus abgeleitete Managementmethoden
- Statistische Kontrollen von Deming

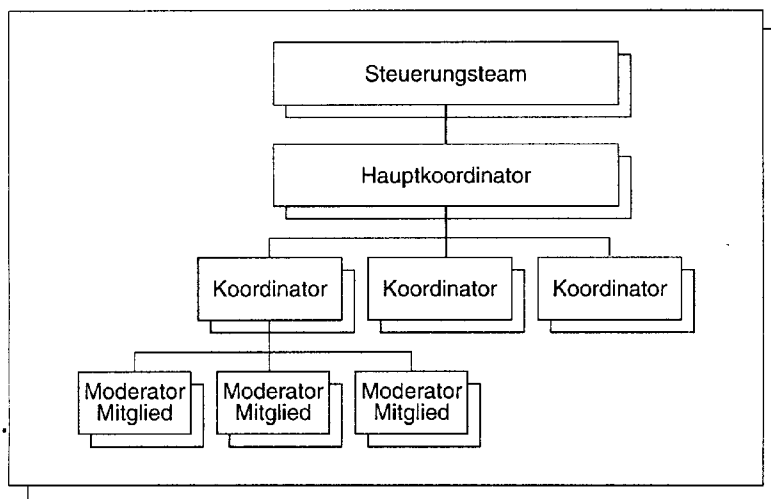


Abb. 1

Totale Qualitätskontrolle von Juran
 Motivationstheorie von Maslow
 Arbeitsstudien von Taylor und Gilberth.

Ähnlich vielfältig sind auch die angewandten Methoden, die nicht nur in der QZ-Arbeit, sondern generell in der Gruppenarbeit angewendet werden. Es lassen sich vier methodische Bereiche unterscheiden¹¹:

Techniken der Datenermittlung (Checklisten, Strichlisten, Fehlersammelkarten usw.). Sie dienen der Sammlung und Ermittlung von Informationen. Diese sollen die Grundlage für eine spätere Analyse des Problems bilden und deshalb vollständig und systematisch erfaßt werden.

Techniken der Datenanalyse (Ursache/Wirkung-Diagramm, Paretodiagramm usw.). Bei diesen Methoden hat eine Entscheidung in Richtung des zu bearbeitenden Problems in der Regel stattgefunden. Die häufig bereits vorliegenden Daten werden zusammengefaßt und im Hinblick auf den Problemlösungsweg untersucht.

Kreativitätstechniken (Brainstorming, Brainwriting). Damit sind Methoden angesprochen, die mit Hilfe der Phantasie und der Assoziation originelle und unkonventionelle Ideen fördern und ermöglichen. Sie stellen eine wichtige Ergänzung der bisher vorgestellten Methoden dar oder sind oft ein wesentliches Element davon.

Techniken der Datenaufbereitung/-präsentation. Diese im strengen Sinne nicht zur Gruppenarbeit gehörenden Methoden sind oft genug zum Beispiel bei einer Managementpräsentation von essentieller Wichtigkeit und haben bei unprofessioneller Gestaltung schon so manches hoffnungsvolle Projekt scheitern lassen.

Unter Zuhilfenahme von Datenaufbereitungsverfahren reichen insgesamt wenige Methoden für

eine Vielzahl möglicher Anwendungsfälle und Problemlösungen aus. Für den Angestelltenbereich empfehlen sich oft auch Methoden aus Bereichen der empirischen Sozialforschung oder auch der Psychologie.

Vergleichbare Arbeitsansätze

In der Literatur finden sich eine ganze Reihe von Namen und Konzepten, die zum Teil erheblich vom QC-Gedanken abweichen oder für spezielle firmenspezifische Belange abgewandelt werden, so zum Beispiel Arbeitsteams, Kommunikationskreise, Treffpunkt i, Problemlösungsgruppen usw. Näher eingegangen werden soll hier auf die in der deutschen Literatur vorrangig erwähnten und durchaus Eigenständigkeit besitzenden Modelle der Werkstattzirkel und der Lernstatt.

Werkstattzirkel (WZ)

Das WZ-Konzept wurde 1980 von dem Beratungsunternehmen Metaplan in Quickborn entwickelt. Es geht zwar von der QZ-Idee aus, weist aber doch einige wesentliche Unterschiede auf¹²:

WZ sind ausschließlich für den Einsatz im Produktionsbereich bestimmt.

Die Teilnehmer werden nach ihrer Betroffenheit vom Thema ausgewählt.

WZ werden nach fünf bis sechs Sitzungen zwangsweise wieder aufgelöst, gleichgültig ob bis zu diesem Zeitpunkt eine Problemlösung erreicht wird oder nicht.

Die Gruppen setzen sich häufig aus Mitarbeitern unterschiedlicher hierarchischer Stellung zusammen.

Sitzungsablauf, Arbeitsmethoden und -materialien werden vom Management vorkonstruiert.

Die zu bearbeitenden Projekte werden vom Management vorgegeben.

Mit Ausnahme einer Ausbildung der Gruppenleiter – in

der erforderlichen Gesprächstechnik – finden keinerlei Ausbildungsaktivitäten statt.

Im Laufe der Zeit erfuhr dieser Ansatz zahlreiche Modifikationen. Geblieben sind aber nach wie vor die zeitliche Begrenzung und die Themenvorgabe durch das Management.

Lernstatt

Die Arbeitsgruppe CAD (Cooperative Arbeitsdidaktik) entwickelte 1974 das Lernstatt-Projekt in Zusammenarbeit mit der Industrie (BMW, Hoechst und MAN). Im Vordergrund standen zunächst die kulturelle Integration ausländischer Arbeitnehmer und die Spracherziehung.

Durch umfassende Information und durch integrative Angebote sollte eine stärkere Identifikation mit dem Unternehmen hergestellt werden. Diese Gruppen wurden in der Regel nach drei Monaten wieder aufgelöst. Im Laufe der Zeit wurden die Maßnahmen für alle Interessierten geöffnet und das Angebot ausgeweitet. In den Mittelpunkt rückten nun mehr die Persönlichkeitsentwicklung und die Veränderung der Arbeitskultur, auch konkrete Probleme des eigenen Arbeitsbereiches wurden thematisiert. Die von der Lernstatt erwartete Initialzündung stellte sich jedoch nicht ein, in der Fachöffentlichkeit wurde dieser Ansatz vom QC-Boom in den Hintergrund gedrängt. Gleichwohl wird er in einigen Betrieben (zum Beispiel BMW) weiterhin mit Erfolg angewendet. Zu beobachten ist eine allmähliche Annäherung, ja sogar eine fast vollständige Kongruenz mit den Idealen des Qualitätszirkel-Konzeptes.

Es lassen sich zusammenfassend also drei grobe Entwicklungslinien anführen¹³:

Konzepte, die sich – mit unterschiedlichen Abstrichen – an das japanische Quality-Circle-Konzept anlehnen (zum Beispiel Qualitätszirkel) Konzepte, die zwar die prinzipielle Idee der Einbeziehung der Mitarbeiter der ausführenden

den Ebene in die betriebliche Schwachstellenforschung aufgreifen, sich jedoch vom Quality-Circle-Konzept – wegen angeblich fehlender Übertragbarkeit auf deutsche Verhältnisse – distanzieren (zum Beispiel Werkstattzirkel)

Konzepte, die ursprünglich zwar unter anderen Intentionen entwickelt wurden, die jedoch ohne weiteres die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Quality-Circle-Arbeit liefern (zum Beispiel Lernstatt).

Qualitätszirkel im Nonprofit-Bereich

Wie bereits zu Beginn erwähnt, läßt sich mittlerweile auch im nicht-industriellen Bereich die Anwendung von Qualitätszirkeln beobachten, so zum Beispiel in der Verwaltung oder im Dienstleistungsbereich. Die Liste ließe sich noch erheblich erweitern, festzustellen bleibt: „Das Konzept der Qualitätszirkel, ursprünglich vorgesehen für den Produktionsbereich mit der klassischen Arbeitsmethode der Fließfertigung, ist auch übertragbar in andere Arbeitsbereiche“¹⁴, so zum Beispiel in Versorgungsbetrieben, in den Erziehungsbereich (Schulen, Universitäten), also prinzipiell in alle Bereiche des öffentlichen Lebens.

Nach Antoni/Bartscher/Bungard lassen sich zwischen Produktions- und Nonprofit-Bereich drei wesentliche Unterschiede ausmachen¹⁵:

- unterschiedliche Tätigkeitsstruktur
- unterschiedliche Meßbarkeit der Effizienz
- unterschiedliche Qualitätsverständnisse.

Alles in allem also Gründe, die die Übertragbarkeit von Qualitätszirkeln auf den Gesundheitsbereich geradezu herausfordern. Unter dem Aspekt der Qualitätssicherung ist das Krankenhaus besonders prädestiniert für die Qualitätszirkelarbeit.

Rahmenbedingungen für Qualitätszirkel im Gesundheitswesen

Im Krankenhausbereich (und nicht nur da) gilt es, sich mit Problemen auseinanderzusetzen, die das Gesundheitswesen unter gänzlich neue Vorzeichen setzen werden:

- soziodemographische Veränderungen (das Durchschnittsalter der Gesamtbevölkerung wird immer höher)
- Wandel des Krankheitspanoramas (Zunahme der chronischen Krankheiten)
- Pflegenotstand
- Unzufriedenheit am Arbeitsplatz (burning out, hohe Fluktuation usw.)
- Rationalisierungsdruck (Stichwort „Kostenexplosion im Gesundheitswesen“).

Diese Liste ließe sich beliebig verlängern. Dadurch wird es immer notwendiger, die begrenzten Ressourcen optimal zu nutzen und dem sich stärker werdenden Konkurrenzdruck zu stellen. Nicht von ungefähr ist deshalb auch im Gesundheitswesen das Wort „Qualität“ zu einer dominierenden Größe geworden. Das Gesundheitsreformgesetz hat die Qualitätssicherung in der (zahn)medizinischen Versorgung erstmals 1989 bundesgesetzlich verankert (§§ 135, 139 SGB V), das Gesundheits-Strukturgesetz schreibt diesen Trend fort.

Das GSG verlangt letztendlich eine Senkung der Kosten bei gleichzeitiger Beibehaltung der hohen medizinischen Qualität. Ein scheinbar unmögliches Unterfangen. Qualität läßt sich aber gerade in der Arbeit mit Menschen nicht verordnen oder hineinprüfen, häufig läßt sie sich noch nicht einmal genau definieren oder gar messen. Trotz Erhöhung des Grundgehalts des Pflegepersonals und anderer eher singulärer Maßnahmen scheint auch der Arbeitsplatz Krankenhaus weiter an Attraktivität zu verlieren. Daß für eine Arbeitszufriedenheit nicht nur materielle Bedingungen aus-

schlaggebend sind, belegt zum Beispiel eine Umfrage in der Schweiz unter dem Pflegepersonal. So gaben diese als wichtigste Kriterien für eine „Zufriedenheit im Beruf“ an (Mehrfachnennungen möglich)¹⁶:

| | |
|---|--------|
| ● ein gutes Arbeitsklima | 85,0 % |
| ● selbständiges Arbeiten und Verantwortung bei der Arbeit | 74,0 % |
| ● sinnvolle, wichtige Arbeit | 70,5 % |
| ● Anerkennung der geleisteten Arbeit | 55,0 % |
| ● Kontakte und Zusammenarbeit mit Ärzten | 39,0 % |

Die wirklichen Ursachen für die Krise in der Pflege scheinen also tiefer zu liegen. Es sieht so aus, als wäre der „Pflegerstand nicht eine originäre Krise der Pflegeberufe, sondern vielmehr eine Krise des Gesundheitsversorgungssystems der westlichen Gesellschaften im Inneren und Äußeren und damit mittelbar auch eine Krise dieser Gesellschaft, die sich an den Pflegeberufen kristallisiert“¹⁷.

Die Rufe nach einer Neuorientierung der Pflege, einer veränderten Krankenhausorganisation oder gar einer anderen Medizin werden immer lauter.

Nicht nur deshalb findet der Gedanke der Qualitätszirkel immer öfter Eingang auch in die (sozial)medizinische Literatur.¹⁸ Die Erfahrungen im Gesundheitsbereich mit diesem Ansatz¹⁹ geben zu berechtigter Hoffnung Anlaß, daß Qualitätszirkel ein geeignetes Verfahren zur Steigerung der Effizienz und zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen sein können.

Damit partizipative Arbeitsplatzgestaltung nicht nur in „betreuer“, sondern auch in eher „autonomer“ Form stattfinden kann, sind nach Ritter²⁰ folgende Rahmenbedingungen zu schaffen:

- ein Wandel des Selbstverständnisses bei den Arbeits- und Organisationsgestaltern (moderieren statt machen)
- ein entsprechendes Umfeld (partizipatives Führungskonzept beziehungsweise Unternehmenskultur)
- eine entsprechende Organisationsform (auf Synergieeffekte ausgerichtet).

Für ein Fehlen von Arbeitszufriedenheit und beruflicher Identität sind – knapp formuliert – also vor allem verantwortlich:

ein geringer autonomer Handlungsspielraum, der sich in einem Erfüllen ärztlicher, administrativer oder hauswirtschaftlicher Notwendigkeiten erschöpft

ein Mangel an homogener Unternehmenskultur, der eine Identifikation mit dem Gesamtbetriebsziel erschwert.

Identifikation mit dem Unternehmen setzt die Möglichkeit voraus, eigene Wertvorstellungen einbringen und den Arbeitsalltag aktiv gestalten zu können.

Somit wird klar, daß Veränderungen durch Qualitätszirkel entscheidend von der Integration in ein Gesamtkonzept abhängen. Dabei sind – stark vereinfacht – zwei unterschiedliche Strategien möglich²¹:

Qualitätszirkel als direkte Management-Technik

Bei der Top-Down-Strategie und vergleichbaren Ansätzen wie Null-Fehler-Programme, task forces, Wertanalyse usw. wird impliziert, daß Mitarbeiter auf Anweisung der Leitung ihr Know-how zur Verfügung stellen, um ein vorgegebenes Thema zu bearbeiten und gegebenenfalls Lösungsvorschläge anzubieten. Dies setzt klare Hierarchien und konkretisierbare Probleme voraus (zum Beispiel durch Messung oder Augenscheinnahme) und empfiehlt sich vor allem zur Lösung kurzfristiger Schwierigkeiten. Bei den oft multifaktoriellen und schwer lokalisierbaren

Bedingungen von Qualität im Krankenhaus greift diese Methode dagegen zu kurz oder wirkt nicht selten sogar kontraproduktiv.

Qualitätszirkel als partizipative Unternehmensstrategie

Gerade das in der Arbeit mit Menschen geschulte Personal wird sich nicht durch Sozialtechniken manipulieren lassen, sondern sein Recht auf Mitgestaltung der eigenen Arbeitswelt einfordern. Jedes zusätzliche Engagement für ein (übergeordnetes) Ziel muß auch persönlich erfahrbare Veränderungen für die Mitarbeiter nach sich ziehen.

Auch ein nach marktwirtschaftlichen Gesichtspunkten geleitetes Krankenhaus wird auf Dauer nicht auf die Kreativität und das Engagement seiner Mitarbeiter verzichten können. Richtig eingesetzt, kann von erfolgreich arbeitenden Qualitätszirkeln eine Initialzündung im Sinne eines Schneeballeffektes ausgehen.

Motivation wird somit zu einem Führungsinstrument, Partizipation zu einer wesentlichen Voraussetzung, zu einem „Wir-Gefühl“.

Die Methode der Qualitätszirkel wird dabei als probates Mittel zur Erreichung unterschiedlicher Teilziele angesehen:

- Verbesserung der Produkt- und Dienstleistungsqualität
- Kostensenkung und/oder Produktivitätssteigerung
- Verbesserung der Arbeitsqualität
- Verbesserung der innerbetrieblichen Kommunikation

erhöhte Identifikation mit der eigenen Arbeit und dem Unternehmen

Entwicklung von Teamwork und Teamfähigkeit

Erweiterung des Wissensstandes (durch Gespräche, Austausch von Informationen usw.)

Verbesserung der Kommunikationsstrukturen (intern und extern)

effizientere Gestaltung organisatorischer Abläufe (zum Beispiel durch Erarbeitung von Verfahrensvorschlägen).

Qualitätszirkel als partizipative Bottom-up-Strategie, eingebettet in Total-Quality-Management, Corporate Identity und Organisationsentwicklungsmodelle, fördern Kreativität und Eigeninitiative und geben den Menschen die Einheit wieder, die sie in der arbeitsteiligen Welt durch tayloristische Arbeitsprinzipien verloren haben.

Qualitätszirkel sollten dabei nicht als alleiniges Problemlösungsmittel gesehen werden, ergänzend und zur Milderung der nach wie vor großen psychischen Belastungen sollten auch im stationären Bereich zum Beispiel Balint- und Supervisionsgruppen zum festen Bestandteil der psychosozialen Versorgung gehören.

So verstandene Qualitätssicherung, die sich nicht allein in der Erarbeitung von (Pflege-)Standards erschöpft, sondern sich ständig weiterentwickelt, ist ein Marketing-Instrument zur Stei-

Fachärzte für pulmonologische Frühdiagnostik und -therapie belegen im Jahresmittel mit rund 35.000 Patienten

30 bis 60 konserv. Betten

Wir suchen ein/e Klinik/Krankenhaus in einem Ballungszentrum, die/das nebst den Betten ca. 7 U/B-Funktionsräume zur Verfügung stellen kann.

KBI-GmbH, 07548 Gera, An der Eibe 2
(Krankenhaus-Beratungs-Institut)
Tel. (03 65) 81 02 34, Fax (03 65) 81 00 66

Training on the Top



Fortbildung zum qualifizierten Krankenhaus-Controller

- **Ziel:** Kosten mindern, Leistungen steigern
- **Teilnehmer:** Leiter, Stellvertreter oder Mitarbeiter Rechnungswesen im Krankenhaus und in anderen medizinischen Einrichtungen
- **Dauer:** berufsbegleitend in neun Wochen (45 Tage)

Anmeldungen, Informationen und Termine:

Klinterworth-Akademie Die private Akademie für Wirtschaft und Verwaltung
Bildungszentrum Berlin: Robert-Siewert-Straße 50/52, 10318 Berlin
Tel. (030) 509 92 03, Fax (030) 341 88 87 und (030) 509 95 12

gerung der Attraktivität des Arbeitsplatzes. Eine flankierende Öffentlichkeitsarbeit könnte eine gewisse Sogwirkung auslösen, mit der sich Wettbewerbsvorteile erzielen lassen.

Qualitätsverbesserung mit Hilfe von Qualitätszirkeln beschränkt sich nicht allein auf die Produkt- oder Dienstleistungsqualität, sondern berücksichtigt vor allem auch die Prozeßqualität im Sinne einer „Quality of Working Life“. Dieser erweiterte Qualitätsbegriff analysiert und verbessert gleichfalls die Arbeitsabläufe und -verfahren sowie das erweiterte Arbeitsumfeld.

Spätestens an diesem Punkt wird deutlich, daß Qualitätszirkel kein bloßes Rationalisierungsinstrument sein dürfen. Besonders bei der Arbeit mit Menschen sollte den Mitarbeitern das Recht auf Gestaltung ihrer Arbeits- und damit auch Lebensbedingungen eingeräumt werden. Das muß nicht zu einer Erhöhung der Kosten führen, oftmals ist sogar das Gegenteil der Fall. Es verlangt die Bereitstellung von Ressourcen auch materieller Art ebenso sehr wie die Gewährung von Freiräumen. Hier wird es zu einer notwendigen Umverteilung und Umstrukturierung kommen können, oder, anders ausgedrückt: Kurzfristigen Investitionen stehen mittel- bis langfristige Verbesserungen gegenüber. Darin liegt sowohl eine Herausforderung als auch eine Chance. Qualitätszirkel können Pionierarbeit bei einer Neustrukturierung des Gesamtunternehmens leisten und sind dann nicht nur eine perspektivische, sondern auch eine lohnende Investition für eine aktive Humanisierung des Krankenhauses.

Die bevorstehenden Veränderungen im Gesundheitswesen sind nur sehr schwer abschätzbar. Ein modernes Dienstleistungsunternehmen wie das Krankenhaus hat aber spätestens nach Aufhebung des Selbstkostendeckungsprinzips und der Möglichkeit des ambulanten Operierens Maß-

nahmen zu treffen, um der zu erwartenden Konkurrenz unter den Leistungsanbietern selbstbewußt und angemessen begegnen zu können. Notwendige Umstrukturierungen und eine optimale Nutzung der „human resources“ lassen sich bereits jetzt sinnvoll für ein menschenwürdiges „Krankenhaus der Zukunft“ nutzen. Dafür sind Qualitätszirkel ein bestens geeignetes Mittel.

Literatur:

- 1 Deppe, Joachim, 1988: Ideenmanagement durch Gruppenarbeit, in: Gablers Magazin Heft 3, S. 14-18
- 2 Zink, K. J./Schick, G., 1987: Quality Circles, Band 1: Grundlagen, S. 34, 2. Aufl. München/Wien: Hanser
- 3 Zink/Schick 1987, S. 34
- 4 Antoni, C./Bungard, W./Lehner, E., 1992: Qualitätszirkel und ähnliche Formen der Gruppenarbeit in der Bundesrepublik Deutschland: Eine Bestandsaufnahme der Problemlösungsgruppenkonzepte bei den 100 umsatzgrößten Industrieunternehmen, in: Bungard 1992, S. 109-138
- 5 Antoni, C./Bartscher, S./Bungard, W., 1992: Zur Übertragbarkeit des Qualitätszirkel-Konzepts vom Produktions- auf den Büro-/Verwaltungsbereich, in: Bungard [Hg], 1992: Qualitätszirkel in der Arbeitswelt, Beiträge zur Organisationspsychologie Band 7, Göttingen/Stuttgart
- 6 Deppe, Joachim, 1989: Quality Circle und Lernstatt - Ein integrativer Ansatz, Bochumer Beiträge zur Unternehmensführung und Unternehmensforschung, Band 35
- 7 Bungard, Walter, 1988: Die Grundidee ist banal, Interview in: Psychologie heute Heft 11, S. 42-43
- 8 Deppe, Joachim, 1988: Ideenmanagement durch Gruppenarbeit, in: Gablers Magazin Heft 3, S. 14-18
- 9 Antoni, Conny, 1988: Probleme der Implementierung von Qualitätszirkeln - ein Überblick über empirische Forschungsbefunde, in: Zeitschrift für Arb- und Organisationspsychologie Heft 2, S. 80-91
- 10 Hoptenbeck, Waldemar, 1992: Allgemeine Betriebswirtschafts- und Managementlehre, 6. Aufl., S. 285-296, Landsberg am Lech: Verlag Moderne Industrie
- 11 Zink/Schick, 1987, S. 70ff.
- 12 Zink/Schick, 1987, S. 43
- 13 Zink/Ackermann/Ritter 1986: Zum Stand betrieblicher Kleingruppenaktivitäten in der Bundesrepublik Deutschland, in: Zink [Hg] 1986 Quality Circles, Band 2: Fallbeispiele, Erfahrungen, Perspektiven, München/Wien: Hanser
- 14 Deutsches Krankenhausinstitut 1987: Qualitätszirkel, in: Krankenhaus-Umschau Heft 10, 56. Jg., S. 862-863
- 15 Antoni, C./Bartscher, S./Bungard, W., 1992
- 16 Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 1991: Das Gesundheitswesen im vereinten Deutschland, Baden-Baden: Nomos
- 17 Cörres, Stefan, 1992: Qualitätszirkel in der Alten- und Krankenpflege, in: Deutsche Krankenpflege Zeitschrift Heft 5, S. 337-342
- 18 Deutsches Krankenhausinstitut 1987, Bluhm, Thomas, 1988/89: Qualitätsgruppen im Kran-

kenhaus, Teile I, II und III, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus, Nr. 4 S. 36-37, Nr. 5 S. 28-30 [1988], Nr. 3 S. 195-197 [1989]; Kaltenbach, Tobias, 1991: Qualitätsmanagement im Krankenhaus, Melsungen

19 Mühlbauer, Bernd H. (Bearb.), 1992: Konzeption für die Projektgruppe zur Umsetzung der Empfehlungen der 3. Landespflegekonferenz am Städtischen Krankenhaus Leverkusen, Arbeitspapier Nr. 1, Leverkusen

20 Ritter, Albert, 1992: Qualitätszirkel als Instrument partizipativer Arbeitsgestaltung, in: Bungard 1992

21 Antoni/Bungard 1992, S. 95
Weitere Literatur beim Verfasser

Anschrift der Verfasser:

Walter Banfer
Droste-Hülshoff-Straße 21
33619 Bielefeld



Dr. Bernhard Braun
* 1. Juni 1906 † 31. Dez. 1993

Mehr als 50 Jahre seines Lebens widmete Dr. Bernhard Braun, der Seniorchef der B. Braun Melsungen AG, der medizinischen Wissenschaft und Forschung zum Wohle kranker Menschen. Weltweite Bedeutung erlangten die Entwicklungen des diplomierten Chemikers und promovierten Mediziners auf den Gebieten der Wundversorgung, der Transfusionen und kolloidalen Blutersatzmittel, des chirurgischen Nahtmaterials und der medizinischen Kunststoffeinmalartikel. So zum Beispiel das resorbierbare Nahtmaterial aus Rinderdarm „Catgut“ und die „Braunüle“, deren ursprünglicher Markenname für alle Venenverweilkanülen steht. Dr. Bernhard Braun wurde mit den höchsten Ehren ausgezeichnet, die Gesellschaft, Wissenschaft und Forschung zu vergeben haben. Er starb am Jahresende nach kurzer Krankheit im Alter von 87 Jahren.