ONLINE-MATERIAL ZU ABSCHNITT 4.3

Übergangsplan ISO 9001:2015 → ISO 9001:2026

Drei Dimensionen parallel: Dokumente, Kompetenzentwicklung, Prozessrevision. Mit Gap-Analyse über die Dokumente hinaus

Stand: 13. Oktober 2026 · buecher.effedore.com

A. Wozu, wer, wann

Die Arbeitshilfe plant den Übergang eines nach ISO 9001:2015 zertifizierten Hauses als Organisationsentwicklung, nicht als Dokumenten-Update. Sie führt die drei Dimensionen des Bandes parallel: Dokumenten-Aktualisierung, Kompetenzentwicklung und Prozessrevision. Ein Plan nur aus dokumentarischen Maßnahmen erzeugt konforme Dokumente, aber kein konformes System.

- **Wer:** die Qualitätsbeauftragte als Koordinatorin der drei Stränge, die Abteilungsleiter für die Prozessrevision, die Leitung für Kultur- und Führungsarbeit.
- **Wann:** so früh wie möglich im Übergangszeitraum. Die zeitintensivsten Änderungen lassen sich nicht in das letzte Jahr pressen.
- **Ergebnis:** Übergangsbedingungen der Stelle, zweischichtige Gap-Analyse, Maßnahmenplan in drei Dimensionen, Phasenplan, Fortschrittsindikator.

> **Zum Zeitrahmen** Die ISO 9001:2026 schreibt den Übergangsweg nicht selbst vor. Das Übergangsfenster folgt den Vorgaben der Global ACI; die Bedingungen für den Übergang legt die Stelle nach ISO/IEC 17021-1 fest.
>
> Der Band nennt in «Quellen und Forschungsmethodik» als Stand: Veröffentlichung der ISO 9001:2026 am 16. September 2026; neue Erstzertifizierungen ab 31. März 2028 nur nach ISO 9001:2026; Übergang bestehender Zertifikate bis 30. September 2029 (Global ACI-TECH-3-TR, 4.9.2026). Konkrete Auditplanung und anwendbare Regeln sind mit der akkreditierten Stelle und den aktuellen Dokumenten abzugleichen.

B. Schritt 0: Übergangsbedingungen der Stelle anfordern

Die wichtigsten Spielregeln findet man nicht in der ISO 9001, sondern bei der eigenen Stelle. Wer ohne sie plant, plant gegen ein unbekanntes Ziel. Die Antworten gehören schriftlich in die Akte.

Übergangsbedingungen

Frage an die Stelle	Antwort der Stelle	Datum, Quelle
In welchem Audit erfolgt der Übergang: Überwachung, Rezertifizierung oder eigenes Übergangsaudit?		
Ist eine zusätzliche Auditzeit vorgesehen, und wie wird sie begründet?		

Frage an die Stelle	Antwort der Stelle	Datum, Quelle
Sieht die Stelle für den Übergang ein Stage-1-Audit vor?		
Bis wann muss das Übergangsaudit abgeschlossen sein, nach den Vorgaben der Stelle?		
Welche Nachweise erwartet die Stelle zu den Schwerpunkten der Revision?		
Was gilt für offene Abweichungen zum Zeitpunkt des Übergangs?		

C. Gap-Analyse über die Dokumente hinaus

Die Gap-Analyse beginnt nicht bei der Norm, sondern bei den Ergebnissen des bestehenden Systems. Eine Analyse, die bei der Klausel beginnt, findet fehlende Dokumente. Eine, die bei den Ergebnissen beginnt, findet die echten Schwächen. Die operativen Verantwortlichen wirken mit, nicht nur die Qualitätsfunktion.

Teil 1: Ergebnisse des Systems lesen

Ausgewertet werden vier Quellen:

- Reklamationen der letzten drei Jahre und ihre Muster
- wiederkehrende Abweichungen und ihre Ursachen
- anonym erhobenes Feedback des Personals
- Ergebnisse der internen Audits

Liste struktureller Verwundbarkeiten

Quelle	Muster oder Befund	Strukturelle Verwundbarkeit	Schicht (1 / 2)	Betroffener Schwerpunkt	Dimension (D / K / P)
Beispiel (Kompositfall, anzupassen): wiederkehrende Abweichungen	Abweichung wird erfasst, aber nicht eskaliert	Eskalationsweg nur der Leitungsebene bekannt	1	Bewusstsein (7.3)	K, P

Schicht 1, vorbestehende Schwächen: Sie steckten schon im System von 2015. Die Version 2026 macht sie ausdrücklich prüfbar, vor allem über Qualitätskultur (5.1),

Bewusstsein (7.3) und Führung im Verbessern (5.1.1 → 10). **Schicht 2, wirklich Neues:** das Klima im Kontext (4.1, seit AMD 1:2024) und die ausdrücklichen Erwartungen an Qualitätskultur und Bewusstsein. **Dimension:** D = Dokumente, K = Kompetenz und Kultur, P = Prozesse.

Teil 2: Gegenüberstellung mit den Schwerpunkten der Revision

Die Prüffragen folgen Anhang 1 des Bandes. Für jede Lücke wird angekreuzt, in welcher Dimension sie liegt. Eine Lücke kann in mehreren Dimensionen liegen.

Abgleich mit den Schwerpunkten 2026

Schwerpunkt	Prüffrage (aus Anhang 1)	Ist-Befund	Lücke D	Lücke K	Lücke P
Klima im Kontext (4.1, AMD 1:2024)	Ist begründet bestimmt, ob der Klimawandel relevant ist, und werden relevante Themen als Faktor geführt?				
Qualitätskultur und Ethik (5.1, 7.3)	Fördert die Leitung die Kultur durch Handlungen? Reicht das Bewusstsein bis zum Saison- und Fremdpersonal?				
Qualitätspolitik (5.2)	Ist die Politik mit Kontext und Strategie kohärent und im Betrieb angewendet, nicht nur ausgehängt?				
Aufgliederung der Planung (6.1.1 bis 6.1.3)	Werden Risiken und Chancen in getrennten Maßnahmenpfaden behandelt, als Klarstellung bestehender Substanz?				
Führung im Verbessern (5.1.1 → 10)	Trägt die Leitung die Verbesserung mit echten Entscheidungen in der Managementbewertung?				
Planung von Änderungen (6.3)	Werden Änderungen am QMS wirksam geplant, kommuniziert und überprüft?				
Inputs der Managementbewertung (9.3.2)	Nimmt die Managementbewertung geänderte Erfordernisse und Erwartungen interessierter Parteien auf?				

Nicht in die Gap-Analyse aufnehmen Der Band weist sechs Punkte als keine Pflicht der ISO 9001:2026 zurück. Es sind: KI-Governance-Kompetenz aus 7.2, ESG-Integration über das Klima hinaus, ein triggerbasiertes Risikoregister aus 6.1. Ebenso: Resilienzbewertung aus 9.2, verpflichtende Digitalisierung der dokumentierten Information, Abweichungen gegen den informativen Anhang A. Wer seine Übergangsmonate darin investiert, fehlt bei Kultur und Führung.

D. Maßnahmenplan in drei Dimensionen

Jede Verwundbarkeit aus Teil C erhält mindestens eine Maßnahme. Jede Maßnahme hat einen operativ Verantwortlichen und einen prüfbaren Meilenstein. Die Dokumente folgen den Prozessen, sie gehen ihnen nicht voraus.

Maßnahmenplan (Dim.: D, K, P; Bezug: Verwundbarkeit oder Schwerpunkt)

Maßnahme	Dim.	Bezug	Wer	Wann	Meilenstein, Wirksamkeitsnachweis	Status
Beispiel (Kompositfall, anzupassen): Mittleres Management lernt, den Klimakontext als operativen Faktor zu lesen	K	4.1, Schicht 2	Direktion	Jahr 1	Abteilungsleiter benennen relevante Klimathemen ihres Bereichs	

E. Phasenplan über den Übergangszeitraum

Der Band verteilt den Übergang auf drei Jahresphasen. Die Phasen sind ein Rhythmus, keine Schablone: Ein kleineres Haus verdichtet, ein größeres streckt. Entscheidend ist die Reihenfolge: erst verstehen und können, dann bauen und erproben, zuletzt festigen und dokumentieren. Die Spalte «geplant» füllt das Haus nach den Bedingungen der Stelle.

Drei Jahresphasen

Phase	Dokumente	Kompetenz und Kultur	Prozesse	Prüfbares Ergebnis	Geplant von / bis	Erreicht am
Jahr 1: Diagnose und Fundament	noch keine neuen Dokumente	Beginn der Kompetenz- und Kulturarbeit; Leitung beginnt sichtbare Verhaltensarbeit; interne Auditoren auf evidenzbasierte Kulturprüfung vorbereiten	Prozesse identifizieren, die eine strukturelle Revision brauchen	zweischichtige Gap-Analyse; kompetentere Menschen		

Phase	Dokumente	Kompetenz und Kultur	Prozesse	Prüfbares Ergebnis	Geplant von / bis	Erreicht am
Jahr 2: Aufbau und Erprobung	schrittweise Aktualisierung, Beginn in der zweiten Jahreshälfte	Erprobung der aktualisierten internen Audittechniken an den realen Änderungen	Revision der Kernprozesse; Drei-Monats-Verifikationszyklus je Änderung	revidierte Kernprozesse; Dokumente folgen der Wirklichkeit		
Jahr 3: Festigung und Zertifizierung	vollständige Aktualisierung	internes Übergangsaudit mit den realen Techniken	Prüfung der Wirksamkeit der eingeführten Änderungen	internes Übergangsaudit mindestens 6 Monate vor dem externen; Korrekturen abgeschlossen		

- **Puffer einplanen:** Im Innsbrucker Kompositfall plant das Haus 28 Monate vor dem Ende des Übergangszeitraums. Der Puffer dient den Korrekturen nach dem internen Übergangsaudit.
- **Internes Übergangsaudit:** mindestens sechs Monate vor dem externen, mit den Techniken, die der externe Auditor nutzen wird. Bereiche in eigener Verantwortung prüft ein anderer, ausreichend unabhängiger Auditor.
- **Fristen der Stelle:** Termine, die die Stelle setzt, haben Vorrang vor der Jahresgliederung dieses Plans.

F. Drei-Monats-Verifikationszyklus für Prozessänderungen

Eine Änderung gilt nicht als erledigt, weil sie eingeführt wurde. Sie gilt als erledigt, wenn die Prüfung zeigt, dass sie wirkt. Erst dann wird sie auf das ganze System ausgeweitet und dokumentiert.

Verifikation der Prozessrevision

Prozessänderung	Start der Erprobung	Erwartete Verbesserung (Indikator)	Ergebnis der Prüfung nach 3 Monaten	Ausweiten?	Dokument angepasst am

G. Fortschrittsindikator in drei Dimensionen

Ein bloßer Plan-Fortschritt täuscht. Ein Übergang, der nur die dokumentarische Komponente vorantreibt, sieht im Plan gut aus und ist am weitesten von einem realen System entfernt. Der Band empfiehlt deshalb drei getrennte Prozentsätze.

Fortschritt je Dimension

Stichtag	% abgeschlossene dokumentarische Maßnahmen	% erreichte Zielkompetenzen	% revidierte Prozesse mit Wirksamkeitsprüfung	Ausgewogen? Bemerkung

H. Selbstprüfung der Übergangsplanung

Acht Prüffragen

Prüffrage (nach Abschnitt 4.3)	Evidenz	Bewertung
Beginnt die Gap-Analyse bei den realen Ergebnissen des Systems, nicht bei der Klausel?		
Enthält der Plan Schulung, Prozessrevision, Kultur- und Führungsarbeit, nicht nur Dokumente?		
Ist die Arbeit über den Zeitraum verteilt, mit Kompetenz- und Kulturarbeit am Anfang?		
Sind die operativen Verantwortlichen einbezogen, nicht nur die Qualitätsfunktion?		
Beginnt die Dokumenten-Aktualisierung erst, wenn die Prozesse revidiert sind?		
Ist ein internes Übergangsaudit mindestens sechs Monate vor dem externen geplant?		
Konzentriert sich die Arbeit auf die Schwerpunkte der Revision statt auf KI, ESG oder Resilienz?		
Sind die Übergangsbedingungen bei der Stelle angefordert?		

Der ehrlichste erste Schritt ist eine einzige Frage an das eigene System. Welche wiederkehrende Abweichung würde die Version 2026 sichtbar machen, die unter 2015 verborgen blieb?

Was dieses Material nicht ist

Dieses Material ersetzt weder die Norm noch die Übergangsdokumente des Akkreditierungsrahmens. Es ist keine Rechts- oder Zertifizierungsberatung; Fristen und

Bedingungen setzt die Stelle, sie sind an der geltenden Fassung zu prüfen. Der Plan ist an das eigene Haus anzupassen. Stand: 13. Oktober 2026.

Bezug im Buch: Band 2b, Abschnitt 4.3.