VORLAGE ZU ABSCHNITT 3.9 UND 3.10

Abweichung und Ursachenanalyse

Register und Blatt je Abweichung: von der Sofortkorrektur bis zur Wirksamkeitsprüfung

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

Haus	Version	Datum	Erstellt	Geprüft	Freigegeben

Zum Gebrauch Die Klausel 10.2 hat die Substanz von 2015: reagieren, Folgen bewerten, Ursachen bestimmen, Maßnahmen ergreifen, Wirksamkeit prüfen und das Ganze dokumentiert aufbewahren. Die Neuerung von 2026 in diesem Umfeld liegt in 5.1.1: Die Leitung fördert die Verbesserung stärker.

Fünf Phasen, Stufen L1 bis L3, Drei-Fragen-Analyse, 5-Why und Ishikawa sind die Methode des Bandes, kein Normtext. Bei externen Befunden gilt die Klassifikation der Stelle: Haupt- oder Nebenabweichung als Praxis der Zertifizierung, dazu Beobachtungen.

Teil 1: Register der Abweichungen

Eine Zeile je Abweichung. Die Spalte «Wiederkehr» verweist auf die Nummer eines früheren Befunds mit gleichem Muster.

Nr.	Datum, Quelle	Abteilung, Klausel	Kurzbeschreibung	Stufe	Wiederkehr (frühere Nr.)	Verantwortlich	Wirksamkeit geprüft (Datum, Ergebnis)	Status
Beispiel (Kompositfall, anzupassen)	internes Audit	Empfang; Klausel laut Befund	Sonderwünsche werden vor der Ankunft nicht systematisch an die Abteilungen übermittelt	L2	ja, Vorzyklus	Empfangsleitung	offen	in Umsetzung

Teil 2: Stufenregel des Hauses

Legen Sie die Schwelle zwischen den Stufen ausdrücklich fest; sie gehört nicht ins Ermessen dessen, der die Abweichung behandelt. Die Fristen der mittleren Spalte sind **Modellwerte aus dem Buchfall**, keine Vorgabe der Norm; bei externen Befunden gilt die Frist der Stelle.

Stufe	Kriterium (Modell des Buches)	Methode und Fristen (Modell des Buches)	Schwelle und Fristen im Haus
L1 geringfügig	Auswirkung unter Schwelle, geringe Wiederkehrwahrscheinlichkeit, kein Muster	Eindämmung; Drei-Fragen-Analyse unter dreißig Minuten; einfache Korrektur in 15 Tagen; Schließung durch Abteilungsleiter nach Kontrolle der Wirkung	
L2 signifikant	Auswirkung über Schwelle oder mittlere Wiederkehr oder zweites Mal in derselben Abteilung	Eindämmung; Hotel-5-Why in 7 Tagen; strukturelle Korrekturmaßnahme in 30 Tagen; Wirksamkeitsprüfung mit Daten nach 90 Tagen	
L3 kritisch	Schwere Auswirkung auf Gast oder Rechtskonformität oder drittes Mal mit gleichem Muster	Eindämmung in 4 Stunden; erweitertes Ishikawa mit kontrafaktischer Prüfung, mit dem General Manager; Wirksamkeitsprüfung nach 60 und 180 Tagen; Mitteilung an die Eigentümerschaft	

Teil 3: Blatt je Abweichung

3.1 Kopf und Beschreibung

Beschreiben Sie so konkret, dass eine Ursachenanalyse möglich ist: was, wo, wann, welche Evidenz, welche reale Auswirkung auf Gast und Betrieb.

Feld	Eintrag
Nr. im Register; festgestellt am, durch	
Quelle (internes Audit / externes Audit / Reklamation / Betrieb)	
Anforderung oder Klausel; Abteilung, Prozess	
Stufe intern (L1 / L2 / L3); bei externem Befund Einstufung der Stelle (Haupt- / Nebenabweichung / Beobachtung)	
Frist (intern laut Stufenregel; extern nach Vorgabe der Stelle)	
Was wurde festgestellt?	

Feld	Eintrag
Evidenz (Aufzeichnung, Beobachtung, Interview)	
Auswirkung auf Gast und Betrieb; weitere betroffene Bereiche	

3.2 Sofortkorrektur und Eindämmung

Die Eindämmung begrenzt die Auswirkung, bevor die Analyse läuft. Sie ist nicht die Korrekturmaßnahme. Eine erneute Schulung ist hier legitim, schließt die Abweichung aber nicht.

Maßnahme	Wer	Wann	Erledigt (Nachweis)

3.3 Wiederkehrprüfung gegen frühere Befunde

Durchsuchen Sie die Befunde der letzten drei Auditzyklen nach gleichem Muster: gleiche Art, gleiche Abteilung, gleiche scheinbare Ursache. Tritt die Abweichung erneut auf, wird sie mindestens L2.

Frühere Nr.	Datum	Damalige Ursache	Damalige Maßnahme	War sie nur Eindämmung? (ja / nein)

3.4 Ursachenanalyse

Die Analyse endet nicht bei einer plausiblen Ursache, sondern bei einer **veränderbaren und belegten**: am Prozess, an der Technologie, an der Gestaltung des Systems. Eine personelle Ursache wird geprüft, weder vorausgesetzt noch ausgeschlossen.

L1: Drei-Fragen-Analyse.

Frage	Antwort
1. Tritt die Abweichung zum ersten Mal auf, oder gab es sie in dieser Abteilung schon? (Wenn ja: Hochstufung auf L2.)	
2. Kannte das Personal das richtige Verfahren und hatte es die Mittel? (Wenn nein: Kompetenz- oder Ressourcenlücke.)	
3. Was hätte am Prozess anders sein müssen, damit das konforme Verhalten leichter ist als das nicht-konforme?	

L2: Hotel-5-Why. Endet die Kette nach fünf Fragen noch beim Personal, prüfen Sie mit anderer Ausgangsformulierung gegen.

Warum?	Antwort	Beleg
1		
2		
3		
4		
5		
Gegenprüfung		

Feld	Eintrag
Stoppkriterium erfüllt? (veränderbare, belegte Bedingung)	
Digitale Prüffrage: Konfiguration, fehlende Integration, nicht-konformer Output?	
Generalisierbarkeit: Wo kann dieselbe Ursache noch wirken?	

L3: Erweitertes Ishikawa mit kontrafaktischer Prüfung. Für jede Ursache fragt die Gruppe: Wäre die Abweichung ohne sie trotzdem eingetreten? Die Antwort ist ein Prüfstein, kein Urteil.

Kategorie	Mögliche Ursache	Beleg	Ohne sie trotzdem eingetreten?
Mensch			

Kategorie	Mögliche Ursache	Beleg	Ohne sie trotzdem eingetreten?
Methode			
Maschine			
Material			
Mitwelt			
Messung			
System (Gestaltung des QMS)			
Digital (Konfiguration, Integration, algorithmischer Output)			

Ergebnis für alle Stufen.

Ebene	Ursache	Veränderbar? Woran? (Prozess / Technologie / Gestaltung / Kompetenz belegt)
Direkte Ursache		
Beitragende Ursache		
Grundursache		
Erklärt die Grundursache auch die früheren Vorkommnisse aus 3.3?		

3.5 Korrekturmaßnahme

Die Maßnahme setzt an der Grundursache an, vorrangig an Prozess, Technologie oder Gestaltung. An Verhalten und Kompetenz nur dort, wo sie als Ursache belegt sind. Braucht sie Mittel, geht sie mit ihren Kosten an die Leitung.

Maßnahme	Setzt an (Prozess / Technologie / Gestaltung / Kompetenz)	Verantwortlich	Mittel und Kosten	Termin	Nachweis der Umsetzung
Beispiel (Kompositfall, anzupassen): Integration von PMS und Ticketsystem, manueller Übertrag entfällt; Kostenindikator der Abweichungen im Cockpit der Leitung	Technologie, Prozess	Direktion	im Buchfall rund 3.500 Euro		Integrations-Log

Maßnahme	Setzt an (Prozess / Technologie / Gestaltung / Kompetenz)	Verantwortlich	Mittel und Kosten	Termin	Nachweis der Umsetzung

3.6 Wirksamkeitsprüfung

Legen Sie bei Abschluss der Umsetzung Indikator, Zielwert, Verantwortlichen und Prüfdatum fest. Endgültig geschlossen wird erst nach bestandener Prüfung mit Daten vor und nach der Maßnahme.

Indikator	Ausgangswert	Zielwert	Prüfdatum	Ergebnis	Entscheidung (schließen / weiterführen)
Beispiel (Kompositfall, anzupassen): Anteil der binnen zwei Stunden korrekt übermittelten Sonderwünsche	62 %	95 % nach 90 Tagen	90 / 180 Tage	91 %, danach 96 %	nach 90 Tagen weiterführen, nach 180 schließen

3.7 Abschluss

Geschlossen am, durch (Funktion)	Wirksamkeit geprüft durch (unabhängig vom umsetzenden Bereich)	Dokumentiert aufbewahrt unter	Bemerkung

Teil 4: Auswertung je Zyklus

Werte in Klammern: **Orientierungswerte des Buchmodells**, keine Grenzwerte der Norm.

Kennzahl	Berechnung	Wert	Vorzyklus
Wiederkehrquote (Orientierung: über 20 % ist ein Signal)	Abweichungen des Zyklus, die schon früher auftraten, geteilt durch alle Abweichungen des Zyklus		
Prüfquote (Orientierung: unter 80 % ist ein Signal)	Signifikante Korrekturmaßnahmen mit dokumentierter Wirksamkeitsprüfung nach 90 Tagen, geteilt durch alle signifikanten		
Anteil personeller Ursachen (Warnsignal, kein Ziel; Orientierung: über 60 % in den letzten zehn Analysen)	Analysen mit Personalverhalten als Grundursache, geteilt durch alle Analysen		

Wiederkehrer nach Ursachenkategorien (Kategorien aus dem Buchfall, anzupassen)

Kategorie der Grundursache	Betroffene Abweichungen (Nr.)	Gemeinsame strukturelle Maßnahme	Verantwortlich
Prozesse für Optimalbedingungen entworfen, nicht für Stress			
Manuelle Schritte, durch Integration eliminierbar			
Kritische Kompetenz auf Einzelpersonen konzentriert			
Überwachungsindikatoren ohne Verbindung zu Entscheidungen			
Weitere Kategorie			
Weitere Kategorie			

Was dieses Material nicht ist

Diese Vorlage ersetzt nicht die Norm und nicht die Vorgaben der Zertifizierungsstelle. Sie ist keine Rechts- und keine Zertifizierungsberatung. Stufen, Schwellen und Fristen legt das Haus selbst fest; die Verantwortung bleibt bei seiner Leitung. Stand: 13. Oktober 2026.

Bezug im Buch: Band 2b, Abschnitte 3.9 und 3.10.