

Qualitätsmanagement zwischen Mitarbeiterbindung und lernförderlicher Organisation

Martin KRÖLL (2010)

In: Gesellschaft für Arbeitswissenschaft e.V. (Hrsg.)

Neue Arbeits- und Lebenswelten gestalten. Darmstadt

Institut für Arbeitswissenschaft, Ruhr-Universität Bochum

Universitätsstraße 150, D-44780 Bochum

Kurzfassung: Um den immer größeren Anforderungen im Qualitätsmanagement gerecht zu werden, erweisen sich entsprechende innerorganisatorische Veränderungen als notwendig. Es besteht die Gefahr, dass MA aufgrund der steigenden Qualitätsanforderungen in einer Rechtfertigungsposition verharren und kaum Eigeninitiative zeigen.

Die vorliegende empirische Studie wurde in einer Pflegeeinrichtung durchgeführt. Sie kommt zu dem unerwarteten Ergebnis, dass Angehörige der Pflegebedürftigen die höchsten Erwartungen an Pflegekräfte stellen. Es konnten Unterschiede bei der Beteiligung an Qualitätsmanagement-Aktivitäten herausgearbeitet werden, die vom Ausmaß der Mitarbeiterbindung abhängen. Zudem wurden Ansatzpunkte für die Lösungen der Schnittstellenproblematik herausgearbeitet.

Schlüsselwörter: Qualitätsmanagement, Pflegeleitbild, Umgang mit Fehlern, Beschwerdemanagement, Schnittstellenproblematik

1. Hintergrund und Forschungsfrage

Die Anforderungen an das Qualitätsmanagement (QM) haben sich in den letzten Jahren erheblich erhöht. Dies betrifft insbesondere - wenn auch nicht nur - den Pflegektor. Als zentrale Grundlage für die Erzeugung und Verbesserung von Dienstleistungsqualität im Sinne unterschiedlicher Kundengruppen werden Kompetenzen auf individueller und organisatorischer Ebene, das Verhältnis von Führungskräften (FK) und Mitarbeitern (MA) sowie die Lernfähigkeit in und von Organisationen angesehen. Im Zentrum dieses Beitrags stehen Folgen steigender Anforderungen im QM, wobei insbesondere die innerorganisatorischen Zusammenhänge und die Bindung der MA an ihre Organisation untersucht werden. Die vorliegende Studie fand in einer Pflegeeinrichtung statt. Die ihr zugrunde liegende Leitfrage lautet: Welche innerorganisatorischen Zusammenhänge und personellen Gegebenheiten beeinflussen in entscheidender Weise die Herstellung von Dienstleistungsqualität? Ausgehend von den dabei gewonnen Erkenntnissen werden erste Konsequenzen für die Personal- und Organisationsentwicklung erörtert.

2. Theoretischer Bezugsrahmen und Erkenntnisstand

Den Bezugsrahmen für die wissenschaftliche Auseinandersetzung und die vorliegende empirische Studie bilden theoretische Ansätze zu folgenden Forschungsbereichen: 1. QM insbesondere im Dienstleistungs- (Bruhn 2008; Nerdinger/Neumann 2004) und Pflegebereich (Stemmer 2009), 2. Lernförderliche Organisationen und organisationales Lernen (Maria/Watkins 2003) und 3. Der psychologische Vertrag (Raja/Johns/Ntalianis 2004; Rousseau 1995).

Ein zentraler Ansatzpunkt des QM ist die Schaffung von Transparenz in den Prozessen, die aus der Sicht der verschiedenen Kundengruppen zur Dienstleistungs-

qualität beitragen. Dabei sind Schnittstellenprobleme offen zu legen und konstruktiv anzugehen, da diese die Grenzen und Möglichkeiten der Dienstleistungsqualität entscheidend beeinflussen. Weitere Aspekte des QM sind der Umgang mit Beschwerden und mit Fehlern (z.B. deren Vermeidung oder schnelle Behebung). Wenn die innerorganisatorische Umsetzung der angesprochenen Punkte nicht gelingt, kann die Qualität der Dienstleistung langfristig nicht sicher gestellt werden. Die Möglichkeiten und Grenzen dieser innerorganisatorischen Umsetzung hängen vom Ausmaß der MA-Bindung ab, welche in der vorliegenden Studie auf der Basis des Konzepts des psychologischen Vertrags erhoben wird. Um gestiegenen Anforderungen des QM gerecht zu werden, sind Organisationen herausgefordert, neben formellem auch informelles Lernen zu ermöglichen. Dabei spielt eine zentrale Rolle, inwieweit es der Organisation gelingt, lernförderliche Bedingungen zu schaffen bzw. die Organisation von den Organisationsmitgliedern (OM) als lernförderlich erlebt wird.

Will eine Organisation seine Dienstleistungsqualität verbessern, so ist die Frage, wer ihre Kunden sind und welche Erwartungen diese haben von zentraler Bedeutung. Bezogen auf Pflegeeinrichtungen wird davon ausgegangen (Hypothese H1), dass die Bewohner von OM als entscheidende Kunden angesehen werden, auf die die (Wertschöpfungs-)Prozesse ausgerichtet sind. Es liegt nahe, dass OM die Grundsätze des Pflegeleitbildes der Einrichtung auch in diesem Sinne (d.h. Priorität auf die Bewohner) gewichten. Das Pflegeleitbild ist für die OM zentraler Orientierungspunkt, an dem sie ihr Handeln ausrichten. Es wird angenommen, dass der unmittelbar zu pflegende Mensch im Zentrum ihres Handelns steht. Die anderen Punkte des Pflegeleitbildes werden OM demgegenüber eine geringere Bedeutung zuweisen. H2: Der Umgang mit Bewohnern ist für OM zentraler Punkt des Pflegeleitbildes.

Pflegeeinrichtungen fühlen sich mit immer höheren Anforderungen an ihre Qualität konfrontiert. Dabei stellt die externe Qualitätskontrolle eine besondere Herausforderung dar. Um sich vor Kritik zu schützen, besteht bei OM die Gefahr, dass diese sich auf dokumentierbare Prozesse zurückziehen und sich eher von dem Prinzip „Dienst nach Vorschrift“ leiten lassen (Höhmann 2009, S. 21), weswegen wenig Eigeninitiative gezeigt wird. Ohne ein gewisses Maß an Eigeninitiative ist die Gewährleistung von Dienstleistungsqualität jedoch nicht möglich. Daraus ergibt sich folgende These (H3): a) MA handeln nur in begrenztem Maße eigeninitiativ, b) die FK erwarten mehr Eigeninitiative von ihren MA.

Mit Beschwerden und Fehlern können OM entweder aktiv oder defensiv umgehen. Zudem können beide als Lernchance angesehen und genutzt werden. H4: OM, die eine hohe MA-Bindung haben, betreiben aktives Beschwerdemanagement und bringen sich in QM-Aktivitäten der Organisation ein. MA mit geringerer Bindung zeigen passives Beschwerdemanagement und bringen sich kaum ein.

Der Pflegebereich ist mit allen anderen Bereichen einer Pflegeeinrichtung am engsten verknüpft, z.B. mit Küche, Verwaltung, Hauswirtschaft oder sozialem Dienst. Außerdem ist der Druck der externen Qualitätskontrolle bezogen auf diesen Bereich am größten. Demzufolge fällt dem Pflegebereich eine Schlüsselrolle zu, wenn es um die Lösung der Schnittstellenproblematik geht (H5).

3. Methodisches Vorgehen und Untersuchungsdesign

Die Untersuchung erstreckte sich über den Zeitraum vom Sommer 2009 bis zum Frühjahr 2010. Sie wurde in einer privaten Pflegeeinrichtung durchgeführt. Im ersten Befragungsdurchgang wurden 25 MA und 5 FK mit zwei halbstandardisierten Fragebögen in einem 1- bis 2- stündigem Gespräch interviewt. Die Fragen wurden auf die

Akteursgruppen MA (unterteilt in Pflegekräfte (PK) sowie Nicht-Pflegekräfte (NPK)) und FK abgestimmt, sodass ein Vergleich und eine Spiegelung der Fragen möglich waren. Der Fragebogen umfasste sowohl geschlossene (5-Punkte-Likert-Skala, Zustimmung vs. Ablehnung) als auch offene Fragen (stichpunktartig protokolliert). Die Resultate dieser Befragung wurden ausgewertet und auf einem Workshop, an dem die Befragten sowie weitere OM teilnahmen, präsentiert. Ausgehend von den Ergebnissen wurde eine zweite Befragung durchgeführt. An dieser Befragung nahmen die bereits befragten MA und FK teil. Offene wurden in geschlossene Fragen umgewandelt und ergänzende Fragen wurden hinzugefügt. Bei Zusammenhangshypothesen wurden Korrelationen und bei Unterschiedshypothesen T-Tests berechnet.

4. Ergebnisse

Kundengruppen: Verschiedene Akteure der Einrichtung (PK, NPK, FK) beschreiben unterschiedliche Erwartungsmuster, die von internen und externen Kunden an sie gerichtet werden: PK sehen die höchsten Erwartungen bei den (1) Angehörigen (Mittelwert(M)=4,33, Standardabweichung (SD)=,778), gefolgt von (2) FK (M=4,0, SD=,739), (3) Bewohnern (M=3,92, SD=,996), (4) Kollegen (M=3,75, SD=,866) und (5) der Pflegekasse (M=3,22, SD=1,202). Für die NPK ergibt sich im Vergleich zu PK eine andere Gewichtung: hier stehen (1) FK (M=4,11, SD=,928) an erster Stelle, gefolgt von (2) Kollegen (M=4,0, SD=,866). Anschließend kommen (3) Bewohner (M=3,33, SD=1,225) und erst an vierter Stelle stehen (4) Angehörige (M=3,29, SD=1,380). Für die FK stehen Bewohner (M=4,4, SD=,894) vor Angehörigen (M=4,20, SD=,447) gefolgt von Pflegekasse (M=4,00, SD=1,414), FK, (M=4,00, SD=,707) und Kollegen (M=3,8, SD=,447).

Pflegeleitbild: Die OM wurden danach gefragt, welche drei Aussagen des Pflegeleitbilds für ihre tägliche Arbeit am wichtigsten sind. Sowohl MA als FK räumen den folgenden zwei Aussagen einen zentralen Stellenwert ein: 1. respektvoller Umgang mit Mitmenschen (MA: 30 %, FK 36 %) und 2. aktivierende und individuelle Pflege (MA: 26 %, FK 29 %). Bezogen auf den dritten Punkt gibt es Unterschiede: Während MA die Begleitung sterbender und kranker Menschen an dritter Stelle nennen (MA: 18 %; FK 7 %), ist es bei den FK die Kooperation mit den anderen Berufsgruppen (FK: 21 %; MA: 8 %). Nur eine geringe Bedeutung haben Kontinuierliche Weiterentwicklung der eigenen Pflegefachlichkeit (MA: 10 %; FK: 7%) und Unterstützung der Angehörigen (MA: 10 %; FK: 0 %). Keinen Stellenwert hat die Pflegeprozessplanung (MA: 0%; FK: 0%). Ausgehend von den ausgeführten Punkten räumen OM den Bewohnern als Menschen einen herausragenden Stellenwert ein. Gleichzeitig ist überraschend, dass FK glauben, ihre MA identifizieren sich weniger mit dem Pflegeleitbild der Organisation (M=4,00, SD=,000) als diese es für sich angeben (M=4,37, SD=1,116; $t_{18}=5,344$, $p<,000$).

Eigenverantwortung: Nach Einschätzung der MA sind ihre FK mit dem Ausmaß ihrer Eigeninitiative zufrieden (MA: M=3,95; SD=,705). Dies ist deckungsgleich mit der Einschätzung der FK (FK: M=3,60; SD=,548). Signifikante Unterschiede gab es im Hinblick auf die Frage, ob MA gerne mehr Eigeninitiative zeigen würden (FK: M=2,80; SD=,837; MA: M=4,16; SD=,958). Während MA mehr Eigeninitiative zeigen wollen, schätzen FK die MA anders ein ($T_{22}=2,882$; $p<,009$; Effektstärke: $d=1,229$). Auf die Frage, ob FK ihnen mehr Eigeninitiative nicht zutrauen, lautet die Antwort der MA eher teils/teils (MA: M=2,50; SD=1,150). Auf die parallel an FK gestellte Frage, ob sie ihren MA nicht mehr Eigeninitiative zutrauen, antworten diese mit eher ja (FK: M=3,25; SD=,957). Dieses Ergebnis wirft die Frage auf, warum das Zutrauen

der FK in ihre MA hier vergleichsweise gering ist. Auch trauen sich die MA nur eher teils/teils zu, selber mehr Eigeninitiative zu zeigen (MA: $M=2,78$; $SD=1,517$). Die Bereitschaft zu mehr Eigeninitiative ist bei MA vorhanden, aber es fehlt einem Teil der MA das Vertrauen in ihre Fähigkeit. Auch FK sehen dieses Problem (FK: $M=3,40$; $SD=,894$).

Fehlerumgang: Sowohl PK als auch NPK sind bestrebt, eigene Fehler und Fehler anderer selbst oder mit Kollegen zu lösen. Die Bereitschaft, FK über eigene Fehler und insbesondere die Fehler anderer zu informieren, ist hingegen geringer ausgeprägt. MA sind eher bestrebt, Fehler selbst oder in Zusammenarbeit mit Kollegen zu lösen ohne die FK zu informieren. An dieser Stelle ist es wichtig anzumerken, dass diese Form der Eigeninitiative der MA von der FK nicht ohne weiteres wahrgenommen wird (bzw. werden kann), da sie FK über Fehler nur partiell informieren. Das MA Fehler nicht bewusst ignorieren, war zu erwarten. Den MA kann es aber durchaus passieren, dass sie nicht sofort auf Fehler eingehen können (bei eigenen Fehlern: $M=2,55$, $SD=,686$, bei Fehlern anderer: $M=2,85$, $SD=,587$) oder aufgrund zeitlicher Engpässe (bei eigenen Fehlern: $M=2,85$, $SD=,933$, bei Fehlern anderer: $M=3,35$, $SD=,745$) keine sofortigen Bewältigungsmöglichkeiten haben.

Schnittstellenproblematik: Es wurden sechs Schnittstellen untersucht: 1. Pflege und Hauswirtschaft, 2. Pflege und Küche, 3. Küche und Hauswirtschaft, 4. Küche und Verwaltung, 5. Pflege und Verwaltung sowie 6. Sozialdienst und Pflege. Die größten Verbesserungspotentiale werden an der Schnittstelle zwischen Pflege und Küche gesehen (M für MA = $2,38$; $SD = ,650$; M für FK = $2,40$; $SD = ,548$). 56 % der MA und FK sehen hier große bis sehr große Verbesserungsmöglichkeiten. Die zweitgrößte Schnittstellenproblematik stellt sich im Hinblick auf die Zusammenarbeit zwischen Pflege und Hauswirtschaft (M für MA = $2,89$ $SD = 1,231$; M für FK = $2,50$; $SD = ,577$). Das Ausmaß des Verbesserungspotentials ist ähnlich hoch wie im vorausgegangenen Fall.

Im nächsten Schritt wurde mit Hilfe von je acht Items gefragt, welche Punkte auf Verbesserungspotentiale hinweisen und was eine Verbesserung bisher verhinderte. Es wurden Mittelwerte zu den sich wiederholenden Items über alle Schnittstellen berechnet, um aufzudecken durch welche Ausprägungen die Schnittstellenproblematik insgesamt sichtbar wird und was die generellen Gründe sind. Nach Einschätzung der FK drückt sich die Notwendigkeit der Verbesserung darin aus, dass die Arbeitszufriedenheit sinkt ($M=2,95$; $SD=,59$) und sich die Zahl der Beschwerden durch Angehörige erhöht ($M=2,80$; $SD=,65$). An dritter Stelle weisen sie darauf hin, dass die Zahl der Fehler zunimmt ($M=2,65$; $SD=,54$). Demgegenüber steht dieser Punkt für MA an erster Stelle ($M=2,61$, $SD=,67$) gefolgt von der Auswirkung, dass die Arbeitszufriedenheit sinkt ($M=2,49$, $SD=,91$) und die Bewohnerzufriedenheit abnimmt ($M=2,44$, $SD=,85$). Dass es zu mehr Beschwerden von Angehörigen kommt wird von MA ($M=2,17$, $SD=,90$) nicht so stark gewichtet wie von FK.

Sowohl MA als auch FK nennen als Gründe für die vorhandenen Schnittstellenprobleme vor allem die unzureichende Kommunikation zwischen Beteiligten und Betroffenen (MA: $M=3,02$, $SD=1,14$; FK: $M=3,45$, $SD=,53$), nicht klar definierte Prozesse (MA: $M= 2,30$, $SD= ,98$; FK: $M=3,40$, $SD= ,64$), fehlendes Verständnis für die Position des Anderen (MA: $M= 2,51$, $SD= 1,00$; FK: $M=2,96$, $SD= ,38$) und fehlende MA-Kompetenzen (MA: $M=2,43$, $SD= 1,15$; FK: $M=2,78$, $SD =,73$). Die Reihenfolge der Nennungen ist bei MA und FK identisch. Hohe Standardabweichungen verweisen darauf, dass es hier bezogen auf die einzelnen Schnittstellen unterschiedliche Auffassungen zwischen den MA und zwischen den FK gibt. Relativ geringe Standardabweichungen verweisen eher auf ein generelles Problem.

Zudem wurde untersucht, bei welchen Schnittstellen die unerwünschten Ausprägungen der Schnittstellenproblematik am intensivsten auftreten. Bezogen auf die Beschwerden der Angehörigen werden von FK und von MA die Schnittstellen Pflege & Küche (FK: $M=3,4$; $SD=,894$), Pflege & Verwaltung (FK: $M=3,33$; $SD=1,155$) sowie Pflege & Hauswirtschaft (FK: $M=3,0$; $SD=1,155$) als problematisch eingestuft. Auch bezogen auf die zentrale Ursache, die die Verbesserung der Schnittstellen verhindert, nämlich die unzureichende Kommunikation zwischen Beteiligten und Betroffenen, wurden die Schnittstellen unterschiedlich gewichtet. Im Hinblick auf diesen Punkt wird die Schnittstelle von Pflege & Küche sowohl aus der Sicht der MA ($M=3,13$ $SD=1,246$) als auch aus der der FK ($M= 3,80$; $SD=,837$) an erster Stelle genannt.

MA-Bindung und Unterstützung durch FK: Obwohl fast alle MA einen auf $\frac{1}{2}$ bis 1 Jahr befristeten Vertrag haben, konnte bei ihnen eine vergleichsweise hohe MA-Bindung festgestellt werden ($M=4,33$ (stark bis sehr starke Verbundenheit), $SD=,767$). Je höher die MA-Bindung ist, desto höher ist die Bereitschaft der MA sich an der Arbeit der Qualitätszirkel zu beteiligen ($r=,536$, $p<,007$) und desto besser wird der Ruf der Einrichtung eingeschätzt ($r=,495$, $p <,016$). Die Berücksichtigung der Wünsche der MA bei der Dienstplangestaltung scheint eine gute Möglichkeit zu bieten, auf die MA-Bindung Einfluss zu nehmen: Je häufiger die Wünsche der MA hierbei berücksichtigt werden, desto wahrscheinlicher ist es, dass MA der Einrichtung verbundener ($r=,491$, $p<,038$) und zufriedener am Arbeitsplatz ($r=,652$, $p<,001$) sind sowie sich mit dem Pflegeleitbild der Einrichtung mehr identifizieren ($r=,631$, $p<,001$).

In 5 Bereichen fühlen sich PK schlechter unterstützt, als die FK glauben, dass sie unterstützen können. Hier sind insbesondere folgende Abweichungen in den Bereichen Beschwerdemanagement (M für MA = $3,36$, $SD=1,277$; M für FK = $4,33$, $SD=1,155$) und soziale Betreuung (M für MA = $3,42$, $SD=1,240$; M für FK = $4,67$, $SD=,577$) hervorzuheben. Im Zusammenhang mit QM ist der Punkt Beschwerdemanagement von zentraler Bedeutung.

PE-Instrumente: Es zeigen sich folgende Unterschiede: Während PK Fallbesprechungen als geeignet einstufen ($M = 4,83$, $SD=,389$), sehen NPK ($M = 3,75$, $SD=1,832$) und FK ($M = 3,25$, $SD=1,708$) dieses weniger. FK ($M=4$, $SD=,00$) und NPK ($M = 3,78$, $SD=1,481$) weisen demgegenüber Rollenspielen einen hohen Stellenwert zu, PK einen geringen ($M = 2,25$, $SD=1,357$). Bei FK stoßen Seminare auf weniger Begeisterung: MA: $M=4,43$, $SD=1,121$, FK: $M=3,00$, $SD=1,414$; $t_{23}=2,250$, $p<,034$. Es wird deutlich, dass bezogen auf PE und deren Inhalte ein zielgruppenspezifisches Vorgehen notwendig ist. Gemeinsam ist allen drei Gruppen, dass sie Gespräche und Gruppenarbeit als geeignete Weiterbildungsinstrumente einstufen.

5. Resümee und Ausblick

H1 konnte nicht bestätigt werden. Vielmehr sind es die Angehörigen der Pflegebedürftigen, die die höchsten Erwartungen an die PK richten. Sie stellen eine zentrale Herausforderung dar und sind demzufolge eine nicht zu vernachlässigende Kundengruppe. Da die Angehörigen zentralen Einfluss auf den (Nicht-) Verbleib des Bewohners in der Einrichtung haben, sind sie zumindest aus der Sicht der Organisation als Key-Kunden anzusehen, insbesondere im Fall der Kurzzeitpflege. In der Regel haben PK aber bisher den Umgang mit dieser Personengruppe nicht gelernt. Dabei fällt es ihnen besonderes schwer angemessen zu reagieren, wenn Angehörige Hinweise bzw. Beschwerden sehr persönlich vortragen.

H2 konnte nicht widerlegt werden. Insbesondere für MA stehen der respektvolle Umgang mit Mitmenschen, Pflege sowie Begleitung kranker und sterbender Menschen im Mittelpunkt ihres Handelns. Gleichzeitig wurde aber auch deutlich, dass die Unterstützung der Angehörigen für OM kaum eine Rolle für ihre tägliche Arbeit spielt. Das weist darauf hin, dass die Zusammenarbeit zwischen OM und Angehörigen ein großes Konfliktpotential bietet und zu Spannungen führen kann. Der respektvolle Umgang mit Mitmenschen stellt für OM eine zentrale Handlungsmaxime dar und ist als eine Stärke der Organisation anzusehen. Um die Zusammenarbeit mit Angehörigen weiter zu entwickeln, ist es vielleicht hilfreich an diese Stärke anzuknüpfen.

H3 konnte nicht bestätigt werden. Die Bereitschaft, mehr Eigeninitiative zu zeigen, ist bei den MA höher als die FK bisher gedacht haben. Auch dies kann durchaus als Stärke der Organisation angesehen werden, an die künftige Personal- und Organisationsentwicklungsaktivitäten anknüpfen können. Dabei darf das Defizit nicht ignoriert werden, dass MA sich selbst das Zeigen von Eigeninitiative zu wenig zutrauen.

H4 konnte nicht widerlegt werden. Es gibt Indizien, dass OM mit einer hohen MA-Bindung sich aktiver in QM-Aktivitäten der Organisation einbringen. An dieser Stelle gibt es aber noch Forschungsbedarf, insbesondere was den Zusammenhang zwischen MA-Bindung und den Umgang mit Beschwerden sowie mit Fehlern angeht.

Auch H5 wurde durch die vorliegende Studie bestätigt. Demzufolge scheint dem Pflegebereich eine Schlüsselrolle bei der Lösung der Schnittstellenproblematik in Pflegeeinrichtungen zuzufallen. Dabei ist zu bedenken, dass Schnittstellenprobleme immer zu Schwierigkeiten bei der Erstellung von Dienstleistungsqualität führen. Die Transparenz über diese Probleme stellt eine zentrale Voraussetzung dar, um die Qualität zu verbessern. Ansatzpunkte für künftige Personal- und Organisationsentwicklungsaktivitäten könnten sein, die Prozesse in der Einrichtung klarer zu definieren, das Verständnis für die Position des jeweils Anderen zu schaffen und die Kommunikation zwischen Beteiligten und Betroffenen zu verbessern.

Wenn nicht versucht wird, die gestiegenen Qualitätsansprüche durch entsprechende innerorganisatorische Maßnahmen abzustützen, geht dies zu Lasten der MA und es besteht die Gefahr, dass ein bestimmtes Qualitätsniveau nur vordergründig und temporär sichergestellt wird. Im nächsten Schritt ist zu klären, inwieweit die Aufdeckung des jeweiligen psychologischen Vertrags der OM für die Lösung der Schnittstellenprobleme sowie für den Einsatz von QM-Instrumenten genutzt werden kann und welche Rolle in diesem Zusammenhang das organisationale Lernen spielt.

6. Literaturverzeichnis

1. Bruhn, M. (2008): Qualitätsmanagement für Dienstleistungen. 7. Auf., Springer: Heidelberg
2. Höhmann, U. (2009): Voraussetzungen und Möglichkeiten berufs- und einrichtungsübergreifender Kooperation zur Verbesserung der Versorgungsqualität pflegebedürftiger Menschen. In: Stemmer, R. (Hrsg.): Qualität in der Pflege – trotz knapper Ressourcen. Schlütersche: Hannover, S. 11 – 28
3. Maria, R. F./Watkins, K. E. (2003): Perception of learning culture and concerns about the innovation on its use: a question of level of Analysis. In: HRDI 6(4), pp. 491–508
4. Nerdinger, F. W. / Neumann, Ch. (2007). Kundenzufriedenheit und Kundenbindung. In: K. Moser (Hrsg.): Wirtschaftspsychologie. Springer: Heidelberg, S. 127–146
5. Raja, U./Johns, G./ Ntalianis, F. (2004): The impact of personality on psychological contracts. *Academy of Management Journal* 47(3): 350-367.
6. Stemmer, R. (2009) (Hrsg.): Qualität in der Pflege – trotz knapper Ressourcen. Schlütersche: Hannover
7. Rousseau, D. M. (1995). *Psychological contracts in organizations*. Thousands Oaks: Sage.