

JOURNAL FÜR ERNÄHRUNGSMEDIZIN

ESCHER A, BERG A, DICKHUTH HH, GOLLHOFER A, KORSTEN-RECK U
TSCHEULIN DK

*Qualitätsmanagement für Gesundheitsprogramme zur Behandlung
adipöser Kinder am Fallbeispiel "Freiburger Intervention Trial
for Obese Children" (FITOC)*

*Journal für Ernährungsmedizin 2004; 6 (2) (Ausgabe für
Österreich), 10-13*

*Journal für Ernährungsmedizin 2004; 6 (2) (Ausgabe für Schweiz)
19-22*

Homepage:

**[www.kup.at/
ernaehrungsmedizin](http://www.kup.at/ernaehrungsmedizin)**

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

Mit Nachrichten der



**Erschaffen Sie sich Ihre
ertragreiche grüne Oase in
Ihrem Zuhause oder in Ihrer
Praxis**

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate,
Kräuter und auch Ihr Gemüse
ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller
Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz
ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



Qualitätsmanagement für Gesundheitsprogramme zur Behandlung adipöser Kinder am Fallbeispiel „Freiburg Intervention Trial for Obese Children“ (FITOC)

A. Escher¹, U. Korsten-Reck¹, A. Gollhofer², D. K. Tscheulin³, A. Berg¹, H.-H. Dickhuth¹

Das interdisziplinäre Behandlungsprogramm „Freiburg Intervention Trial for Obese Children“ (FITOC) betreut seit 1987 erfolgreich adipöse Kinder. Dabei wurden im Rahmen der Evaluation der Behandlungsergebnisse mittlerweile die Daten von 364 Kindern erfaßt und ausgewertet. Diese Evaluation bestätigt den Erfolg der Behandlung, vor allem auch im Hinblick auf Langzeitergebnisse. Die Evaluation und die Orientierung an den medizinischen Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter bilden dabei einen wesentlichen Bestandteil des Qualitätsmanagements bei FITOC. Doch gerade der interdisziplinäre Ansatz verlangt nach einem weiteren Instrument, um die Abläufe innerhalb des Programms zu optimieren. Literaturrecherche und Diskussion mit Experten haben ergeben, daß es keine eigenständigen Ansätze für das Qualitätsmanagement solcher interdisziplinären Programme gibt. Deshalb wird im Rahmen dieser Arbeit der Einsatz der DIN EN ISO 9000 als Norm für das Qualitätsmanagement bei FITOC diskutiert. Die DIN EN ISO 9000 soll dabei vor allem helfen, die organisatorischen Abläufe innerhalb des Programms zu optimieren. Ein Schwerpunkt wird dabei auch die verstärkte Kundenorientierung darstellen. Langfristig soll diese Norm auch als Basis für die Einführung eines Total Quality Management nach dem Modell der „European Foundation For Quality Management“ dienen.

Schlüsselwörter: Interventionsprogramm, Evaluation, AGA (Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindesalter), Leitlinien, Qualitätsmanagement, Optimierung

Quality Management for Health Programs for Treatment of Adipose Children – Demonstrated by “Freiburg Intervention Trial for Obese Children”. The interdisciplinary treatment program “Freiburg Intervention Trial for Obese Children” (FITOC) has been successfully treating adipose children since 1987. Since then, data of 364 children have been recorded and assessed in the evaluation of treatment results. This evaluation confirms success of the treatment, especially with respect to long-term results. The evaluation and the orientation to medical guidelines of the Working Group “Adipositas im Kindes- und Jugendalter” (Adiposity in Childhood and Adolescence) comprises an essential component of the quality management of the FITOC. But the interdisciplinary approach itself demands another instrument to optimize procedures within the program. Literature searches and discussions with experts have shown that there are no independent approaches for quality management in such interdisciplinary programs. For this reason, the use of DIN EN ISO 9000 as norm for the quality management in FITOC was discussed. The DIN EN ISO 9000 should help primarily to optimize the organizational procedures within the program. One focal point will be in the increased customer-orientation. In the long term, this norm should also serve as a basis for the introduction of total quality management modelled on the “European Foundation For Quality Management”. **J Ernährungsmed 2004; 6 (2): 10–3.**

Key words: intervention program, evaluation, guidelines of AGA (Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindesalter), quality management, optimization

In Freiburg werden seit 1987 im Rahmen des interdisziplinären Therapieprogramms FITOC (Freiburg Intervention Trial for Obese Children) übergewichtige Kinder im Alter von 8–11 Jahren, die über der 97. BMI-Perzentile liegen, therapiert [1] (akute Behandlungsphase 8 Monate, Follow-up-Phase 4 Monate und länger). Seit 1990 wurden so die Daten von 364 Kindern, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten mit der Behandlung begonnen hatten, erfaßt. Die Kinder werden durch ein Netzwerk aus niedergelassenen Kinderärzten, schulärztlichem Dienst, Kinderklinik, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Beratungsstellen der Spezialambulanz der o. g. Abteilung überwiesen.

Das Programm beinhaltet neben einer regelmäßigen Sportstunde (3x/Woche) eine umfangreiche Ernährungs- und Verhaltensschulung (7 Elternabende und 7 Kinderkochenachmittage). Innerhalb der Elternabende werden neben theoretischen und praktischen Informationen zur Ernährung die vielfältigen Hintergründe der Adipositas aufgearbeitet. Bei der Eingangsuntersuchung (EU) und den Kontrolluntersuchungen (KU) werden anthropometrische, biochemische und leistungsmedizinische Parameter erhoben. Weitere Informationen liefern Ernährungsprotokolle und Fragebögen. Aufgrund der Entwicklung des Kindes wird bei jeder Kontrolluntersuchung eine Neuorientierung für Kind und Eltern erarbeitet. Da sich die Kinder noch im Wachstum befinden, führt eine moderate Gewichtsreduk-

tion oder Stabilität des Körpergewichts langfristig zum gewünschten Erfolg. Die Kinder lernen aufgrund der intensiven Ernährungs- und Verhaltensschulung, sich selbst zu kontrollieren (Selbstkontrolltechniken) und, entsprechend ihrer persönlichen Situation, individuell Empfehlungen umzusetzen und diese langfristig zu etablieren. Der regelmäßige Sport führt dabei zu einer Steigerung des Selbstbewusstseins, wobei gleichzeitig der Energieverbrauch erhöht wird.

Das Behandlungsteam besteht aus einem Arzt, Ökotoxikologen, Sportlehrer und Psychologen. 1997 wurde das Programm zunächst an verschiedene Multiplikatoren-teams im Freiburger Raum übergeben. Hierzu absolvierten die auswärtigen Betreuer-teams eine Aus- und Weiterbildung in Form von Schulungen. Ein Manual, Formblätter und ein Foliensatz wurden als Arbeitsmaterial zur Verfügung gestellt, so daß die Qualitätssicherung über die Abteilung Rehabilitative und Präventive Sportmedizin gewährleistet ist. Mittlerweile arbeiten weitere Multiplikatorengruppen nach dem gleichen Prinzip in verschiedenen Regionen Deutschlands. Erste Kontrolluntersuchungen zeigen, daß das ambulante Therapieprogramm übertragbar ist und, nach entsprechender Ausbildung, auch andere Anwender vergleichbare Therapieerfahrungen und Ergebnisse aufweisen können. Es sollen zunächst 15 Multiplikationsgruppen zentral über Freiburg evaluiert werden. Angestrebt wird eine bundesweite Verbreitung [2–4].

Eingelangt am 24. Jänner 2003, Überarbeitung eingelangt am 15. Juli 2003, angenommen am 29. September 2003

Aus der ¹Med. Universitätsklinik, Abt. Rehabilitative und Präventive SportMedizin, Freiburg, dem ²Institut für Sport und Sportwissenschaft, Albert-Ludwigs-Universität, Freiburg und dem ³Betriebswirtschaftlichen Seminar IV, Management im Gesundheitswesen, Albert-Ludwigs-Universität, Freiburg, Deutschland

Korrespondenzadresse: Achim Escher, mhplus Krankenkasse, D-71636 Ludwigsburg, Schultheiß-Köhle-Straße 7; E-Mail: achim.escher@mhplus.de

Methoden zur statistischen Evaluation

Entsprechend den Vorgaben von FITOC sind Gewichtsstabilität bei Längenwachstum oder Gewichtsreduktion als Erfolg definiert; als Mißerfolg gilt eine relative Gewichtszunahme während des Programms in den untersuchten Zeiträumen. Die Gewichtsentwicklung wird dabei anhand des BMI-SDS zu den verschiedenen Untersuchungszeitpunkten beurteilt. Der BMI-SDS wird wie folgt berechnet:

$$SDS = [(BMI/M(t))^{L(t)} - 1] / L(t)S(t)$$

Dabei ist BMI der individuelle BMI-Wert [Gewicht (kg)/Größe² (m²)] des Kindes; L(t), M(t) und S(t) sind die L- (Box-Cox-Transformation), M- (Median) und S-Werte (Variationskoeffizient) der Referenzgruppe für das jeweilige Alter (t) und Geschlecht. Als Referenzwerte wurden die in den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter empfohlenen BMI-Perzentile deutscher Kinder herangezogen [5, 6].

Cholesterin wurde mit einem enzymatischen Farbstoff (Cholesterin CHOD-PAP-Methode), LDL-Cholesterin sowie HDL-Cholesterin mit einem elektrophoretischen Verfahren (Helena REP Diagnostic, Greiner Bio Chemica) gemessen. Unter Anwendung einer standardisierten Fahrradergometrie (Lode, Groningen NL, drehzahlunabhängiger Fahrradergometer, EKG, Hellige Sechsfachschreiber, 3-min-Schema) wurde die körperliche Fitneß gemessen.

Der t-Test für abhängige Stichproben wurde verwendet, um die Differenzen bei den untersuchten Parametern zwischen EU und KU nach Ende der intensiven Phase des Programms auf Signifikanz zu testen.

Mittels Varianzanalyse für Wiederholungsuntersuchungen und nachfolgendem Bonferroni-Test wurden die Unterschiede zwischen mehr als zwei Untersuchungszeitpunkten auf Signifikanz getestet. Der χ^2 -Test kam zur Anwendung, um die Unterschiede zwischen den Geschlech-

tern bezüglich der Häufigkeit von Erfolg bzw. Mißerfolg bei der Gewichtsentwicklung auf Signifikanz zu prüfen. Bei allen statistischen Tests wurde von einem Signifikanzniveau von 5 % ausgegangen.

Evaluationsergebnisse

An der FITOC-Eingangsuntersuchung haben 364 Kinder ($n_{\text{gesamt}} = 364$; ♂ = 176; ♀ = 188) teilgenommen. Eine Auswertung der Veränderungen zwischen EU und KU nach dem intensiven Programm ist für 324 Kinder möglich, da zum Zeitpunkt der Auswertung nur diese Kinder die Intensivphase abgeschlossen hatten (Stand Mai 2001: $n_{\text{gesamt}} = 324$; ♂ = 155; ♀ = 169).

Davon haben insgesamt 295 Kinder (91,0 %; ♂ = 143 = 92,3 %; ♀ = 152 = 89,9 %) das Programm regulär beendet. Das Alter bei der Eingangsuntersuchung betrug bei den Jungen $10,8 \pm 1,5$ Jahre und bei den Mädchen $10,4 \pm 1,6$ Jahre. Der Abstand zwischen EU und KU liegt bei $9,0 \pm 1,9$ Monaten. Ziel des Programms ist es, nach 8 Monaten die erste KU durchzuführen, logistische Anforderungen können jedoch u. a. zu einer Verschiebung der Untersuchungstermine führen.

Über 70 % der Kinder weisen einen Therapieerfolg auf (Tab. 1). Es zeigen sich keine signifikanten Geschlechtsunterschiede (χ^2 -Test; $p = 0,401$). Es sind keine Studien bekannt, die einen vergleichbaren Erfolg aufweisen.

Tabelle 2 zeigt die Häufigkeiten von BMI-SDS-Ab- bzw. -Zunahmen von der EU bis zur KU nach $3,1 \pm 0,7$ Jahren (zeitlicher Abstand zum Ende der intensiven Phase des Programms durchschnittlich $2,4 \pm 0,7$ Jahre).

Eine Beurteilung von Langzeitergebnissen ist bei 238 Kindern möglich, da einige FITOC-Gruppen erst später etabliert wurden und noch keine Wiederholungsuntersuchungen nach einem so langen Zeitraum aufweisen können. Für insgesamt 118 Kinder (ca. 50 %) liegen Langzeitergebnisse vor. Es zeigt sich ein signifikanter Geschlechtsunterschied hinsichtlich der Häufigkeit von BMI-SDS-Zu- bzw. -Abnahmen zwischen der Follow-up-Untersuchung (FO) nach $3,1$ Jahren und der EU (χ^2 -Test; $p = 0,001$). Dabei sind die Jungen langfristig gesehen erfolgreicher als die Mädchen, d. h., die Mehrheit der gemessenen Jungen hat noch nach ca. 3 Jahren einen geringeren BMI-SDS als zu Programmbeginn. Diese Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen bei der Stabilisierung oder weiteren Verbesserung der Programmergebnisse könnten u. a. durch geschlechtsspezifische Einstellungen zu aktiver körperlicher Betätigung bedingt sein. Statistiken des Deutschen Sportbundes zeigen, daß Mädchen generell weniger Sport treiben und auch weniger in Vereine eingebunden sind [7]. Die Sozialisation von Mädchen und Jungen weist frühzeitig auf eine unterschiedliche Bedeutung des Sports hin [8]. Mädchen definieren sich weniger als Jungen über körperliche Aktivität. Es bleibt offen, ob das unzureichende Sportangebot für Mädchen Folge oder Ursache dieser Entwicklung ist. Bei der Beurteilung des Behandlungserfolges müssen auch endokrinologische Differenzen zwischen den Geschlechtern, die auch Auswirkungen auf die Veränderung der Körperfettmasse haben, diskutiert werden [9].

Zu den Zielen des Interventionsprogramms gehören neben dem Gewichtsmanagement eine Verbesserung des kardiovaskulären Risikoprofils, eine Verbesserung der körperlichen Fitneß und, damit verbunden, eine Steigerung der Lebensqualität. Hochsignifikante Veränderungen zeigen sich bei beiden Geschlechtern beim BMI-SDS und bei der Fitneß ($p < 0,001$). Die Jungen weisen sowohl im Gesamtcholesterin ($p < 0,01$) als auch im LDL-Cholesterin signifikante Veränderungen auf ($p < 0,001$), die Mädchen zeigen

Tabelle 1: BMI-SDS-Veränderungen zwischen der Eingangsuntersuchung (EU) und der Kontrolluntersuchung (KU) nach der intensiven Phase

		Jungen	Mädchen	Gesamt
Abbruch	n	12	17	29
	%	7,7	10,1	9,0
BMI-SDSKU* > BMI-SDSEU# (Mißerfolg)	n	27	37	64
	%	17,4	21,9	19,8
BMI-SDSKU* ≤ BMI-SDSEU# (Erfolg)	n	116	115	231
	%	74,8	68,0	71,3
Gesamt	n	155	169	324
	%	100	100	100

*BMI-SDSKU = BMI-SDS bei Kontrolluntersuchung ($9,0 \pm 1,9$ Monate)

#BMI-SDSEU = BMI-SDS bei Eingangsuntersuchung

Tabelle 2: BMI-SDS-Veränderungen zwischen der Eingangsuntersuchung (EU) und der Follow-up-Untersuchung (FO) nach $3,1$ Jahren

		Jungen	Mädchen	Gesamt
Keine Messung	n	51	69	120
	%	42,1	59,0	50,4
BMI-SDSFO* > BMI-SDSEU# (Mißerfolg)	n	24	28	52
	%	19,8	23,9	21,8
BMI-SDSFO* ≤ BMI-SDSEU# (Erfolg)	n	46	20	66
	%	38,0	17,1	27,7
Gesamt	n	121	117	238
	%	100	100	100

*BMI-SDSFO = BMI-SDS bei Follow-up-Untersuchung ($3,1 \pm 0,7$ Jahre)

#BMI-SDSEU = BMI-SDS bei Eingangsuntersuchung

beim LDL-Cholesterin eine tendenzielle Reduktion. Das HDL ist bei Mädchen tendenziell erhöht.

Die Langzeitergebnisse zeigen keine Verschlechterung der erreichten Resultate im Vergleich zu den Ergebnissen nach der Intensivphase. Bei den Mädchen steigt der BMI-SDS zwar wieder an, erreicht aber nicht den Ausgangswert vor Beginn des Programms. Damit ist auch bei den Mädchen eine Stabilisierung des Programm Erfolges im Sinne der Definition erreicht worden. Die ungleiche Veränderung des HDL-Cholesterins bei den Geschlechtern ist auch bei den Langzeitergebnissen feststellbar. Die Fitneß der Kinder hat sich über den Zeitraum von ca. 2,5 Jahren nach Ende des intensiven Programms auf dem erreichten Niveau gehalten bzw. hat sich bei den Jungen sogar noch verbessert.

Die Ziele des Therapieprogramms konnten bei beiden Geschlechtern überzeugend erreicht werden. Die Ergebnisse zeigen, daß durch ein kindgerechtes Sportprogramm mit den Inhalten spielerische Ausdauer, gymnastische Elemente und Spaß an der Bewegung, die Fitneß auch bei adipösen Kindern meßbar gesteigert werden kann. Auf die zusätzlich angestrebten Ziele, wie Entwicklung von Selbstbewußtsein und Eigeninitiative, welche in die anderen Säulen der Therapie und in den Alltag der Kinder transferiert werden sollen, wird in der vorliegenden Untersuchung nicht näher eingegangen. Die Ergebnisse hinsichtlich dieser Veränderungen darzustellen, wird Aufgabe weiterer Auswertungen sein.

Die in der Intensivphase des Programms aufgebaute Fitneß und der Gewichtserfolg wurden über den langen Zeitraum von ca. 2,5 Jahren gehalten. Dies zeigt, daß es durch eine regelmäßige Betreuung der Kinder in einem interdisziplinären Programm durchaus möglich ist, der chronischen Erkrankung Adipositas schon im Kindesalter entgegenzuwirken.

Qualitätsmanagement

Die umfangreiche Evaluation mit den oben genannten Ergebnissen zeigt, daß FITOC großen Wert auf einen hohen Qualitätsstandard legt. Neben der systematischen Evaluation orientiert sich FITOC an den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter und kann somit als „evidence based“ eingestuft werden. Doch diese beiden Ansätze der klassischen Qualitätssicherung in der Medizin reichen bei einem interdisziplinären Programm wie FITOC nicht aus. Vielmehr muß ein Instrumentarium gefunden werden, das neben den medizinischen auch die organisatorischen Abläufe des Programms berücksichtigt. Die Leitung von FITOC hat sich deshalb entschieden, die Einsatzmöglichkeiten eines professionellen Qualitätsmanagementsystems zu prüfen.

DIN EN ISO 9000

Die DIN EN ISO 9000-Familie [10] ist eine industrielle Norm und wurde als ISO 9000 im Jahre 1987 erstmals veröffentlicht. Die revidierte Version dieser Normenreihe – DIN EN ISO 9000:2000 – gilt seit Anfang 2001 (nachfolgend zwecks besserer Lesbarkeit nur noch als ISO 9000 bezeichnet). Die Norm wurde von der ISO entwickelt und vom DIN übersetzt und an deutsche Verhältnisse angepaßt. Die ISO 9000-Familie befaßt sich ausschließlich mit Qualitätsmanagementsystemen und besteht seit der Revision nur noch aus den Normen ISO 9000, ISO 9001 und ISO 9004. Die ISO 9001 dient dabei als Grundlage der Zertifizierung. Bei der ISO 9000-Familie handelt es sich um eine System- und keine Produktnorm, was in der Praxis

oft verwechselt wird. Mit einem ISO-Zertifikat wird lediglich das Qualitätsmanagementsystem einer Organisation beurteilt, und nicht deren Produkte bewertet.

Die ISO 9000 definiert die Anforderungen an die Elemente des Qualitätsmanagementsystems, regelt Aufgaben und Verantwortlichkeiten, fordert eine regelmäßige interne Qualitätsprüfung zur Beurteilung der Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems und eine Dokumentation aller Maßnahmen zum Qualitätsmanagement [11]. Sie kann auch als Grundlage eines Total-Quality-Management-Systems angesehen werden. Die revidierte Fassung der ISO 9000 zeigt diesbezüglich einige Parallelen zu TQM-Systemen wie dem European Quality Award (EQA) [12].

Nutzen des Einsatzes der ISO 9000 bei FITOC

Allgemein soll die ISO 9000 helfen, die Abläufe innerhalb einer Organisation zu strukturieren und zu optimieren [11, 13]. Langfristige Effekte und eigentliches Ziel eines Qualitätsmanagementsystems sind die Steigerung der Effizienz und eine Verbesserung der Qualität der angebotenen Leistungen.

Wichtigstes Instrument der ISO 9000 wird bei FITOC der Einsatz eines Qualitätsmanagementhandbuches sein. Ein solches Handbuch definiert alle Anforderungen an die Organisation. Es wird das bei FITOC bereits bestehende Behandlungsmニュアル auf der organisatorischen Ebene unterstützen.

Das Handbuch dient unter anderem dazu, den Qualitätsbegriff für FITOC zu definieren. Als Grundlage des Qualitätsbegriffes dienen dabei zwei Modelle. Das sogenannte GAP-Modell [14] definiert Qualität aus einer kundenorientierten Sichtweise. Es verdeutlicht dabei die Lücken (gaps), die bei der Erbringung einer Dienstleistung zwischen der vom Kunden erwarteten und der tatsächlich erlebten Qualität entstehen können. Gerade für FITOC wird eine kundenorientierte Sichtweise der Qualität in Zukunft immer wichtiger werden. Das Qualitätsmodell von Meyer & Mattmüller [15] baut auf dem in der medizinischen Versorgung bekannten Struktur-Prozeß-Ergebnis-Paradigma von Donabedian [16] auf. Eine Qualitätsdefinition auf den drei Wahrnehmungsebenen Struktur (z. B. Inventar, Geräte etc.), Prozeß (Behandlung, Kommunikation etc.) und Ergebnis (Gewichtsstabilisierung, Verhaltensänderung etc.) ist für eine medizinische Intervention unumgänglich.

Die ISO 9000 wird insbesondere dabei helfen, die organisatorischen Abläufe innerhalb des FITOC-Programms zu optimieren. Durch den interdisziplinären Ansatz müssen vor allem die Schnittstellen definiert werden. Dadurch lassen sich Kommunikationsprobleme vermeiden und die Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Bereichen verbessern. Weiterhin muß das Datenhandling geregelt werden. Dazu müssen auch die Dokumentationsanforderungen im QM-Handbuch beschrieben werden.

Ein weiterer, für den medizinischen Bereich äußerst wichtiger Aspekt ist die Mitarbeiterschulung und die Fortbildung. Auch dieser Bereich wird durch den Einsatz der ISO 9000 verbessert. Hier wird in Zukunft vor allem auch die Kundenorientierung eine wesentlich größere Rolle spielen. Zunächst muß jedoch den Mitarbeitern der Qualitätsgedanke von FITOC vermittelt werden.

Die beschriebene Optimierung der Abläufe wird als Innenwirkung der ISO 9000 bezeichnet. Darüber hinaus hat der Einsatz dieser Norm auch eine Außenwirkung. Gerade durch eine Zertifizierung versprechen sich viele Organisationen eine Imageverbesserung und ein gesteigertes Sicherheitsgefühl des Nachfragers [9]. Ob eine solche Wirkung auch bei FITOC eintreten wird, ist jedoch eher

unwahrscheinlich. Deshalb wird FITOC zunächst auch keine Zertifizierung anstreben, solange diese nicht von externen Beteiligten (z. B. Kostenträger, Verbände etc.) verlangt wird.

Kritik am Einsatz der ISO 9000

Der Einsatz der ISO 9000 im medizinischen Bereich ist jedoch nicht unumstritten. Anfangs wurde vor allem kritisiert, daß eine aus dem industriellen Bereich stammende Norm nicht auf medizinische Belange anwendbar sei [17]. Modellversuche haben hingegen gezeigt, daß dies durchaus möglich ist [18]. Diese Problematik wurde jedoch durch die Revision entschärft.

Problematisch bleibt allerdings die Tatsache, daß eine Zertifizierung lediglich etwas über den Prozeß der Leistungserstellung und nicht über die Qualität des Produktes aussagt. Dies bedeutet, daß eine Organisation durchaus ein Zertifikat für den Prozeß der Leistungserstellung erhalten kann, die Qualität der Leistung jedoch zu wünschen übrig läßt [19]. Die ISO 9000 sieht zwar die Überwachung und Messung des Produktes vor, bezieht dies allerdings lediglich auf die Erfüllung der von der Organisation selbst gesetzten Anforderungen. Es wird aber nicht geprüft, wie das Produkt im Vergleich zu anderen einzustufen ist.

Ergebnisse

Die Ergebnisse dieser Arbeit beschreiben den Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems, wie es für FITOC in Frage kommt. Abbildung 1 zeigt, daß nach wie vor die Evaluation der Behandlungsergebnisse und die Orientierung an den medizinischen Leitlinien für die Behandlung der Adipositas wesentlicher Bestandteil sind. Hinzu kommt jedoch der Einsatz der ISO 9000, um die Strukturen und Prozesse zu optimieren. Besonderer Wert wird dabei auf die Kundenzufriedenheit gelegt, die auch in der ISO 9000 explizit gefordert wird.

Langfristig ist für FITOC auch der Einsatz eines TQM-Systems geplant. Denkbar wäre dabei das Modell der

„European Foundation for Quality Management“ [20]. Dieses Modell definiert die wesentlichen Elemente eines zukunfts- und qualitätsorientierten Managements [21]. Die ISO 9000 kann dabei als Basis eines solchen TQM-Systems angesehen werden.

Literatur:

1. Korsten-Reck U, Wolfarth B, Bonk M, Berg A, Keul J. Freiburger Interventionsprogramm zur ambulanten Therapie der Adipositas im Kindesalter (FITOC). ZaeFQ 2000; 94: 677–81.
2. Korsten-Reck U, Fischer S, Berg A, Keul J. Konzept für ein bundesweit umsetzbares ambulantes Programm der Therapie und Prävention der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. In: Traenckner K, Berg A, Jüngst BK, Halhuber MJ, Rost R (Hrsg). Prävention und Rehabilitation im Kindes- und Jugendalter. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart, 1997; 153–6.
3. Korsten-Reck U, Wolfarth B, Rudloff C, Berg A, Keul J. Multiplication of an outpatient therapy program for obese children – results and experiences. Int J Obes Relat Metab Disord 1998; 22: 30.
4. Traenckner K, Berg A, Jüngst BK, Halhuber MJ, Rost R (Hrsg). Prävention und Rehabilitation im Kindes- und Jugendalter: Bewegungserziehung und Sport bei Herz- und Kreislauferkrankungen. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart, 1997; 153–6.
5. Kromeyer-Hauschild K, Wabitsch M, Kunze D, Geller F, Geiß HC, Hesse V, von Hippel A, Jaeger U, Johnsen D, Korte W, Mennker K, Müller G, Müller JM, Niemann-Pilatus A, Remer T, Schaefer F, Wittchen H-U, Zabransky S, Zellner K, Ziegler A, Hebebrand J. Perzentile für den Body Mass Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatsschr Kinderheilk 2001; 149: 807–17.
6. Cole TJ. The LMS method for constructing normalized growth standards. Eur J Clin Nutr 1990; 44: 45–60.
7. Deutscher Sportbund. Bewegungsstatus von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (WIAD Studie). Frankfurt/Main, 2001.
8. Horstkemper M, Zimmermann P (Hrsg). Zwischen Dramatisierung und Individualisierung. Geschlechtsspezifische Sozialisation im frühen Kindesalter. Leske und Budrich, Opladen, 1998; 125–42.
9. Wilmore JH, Costill DL. Physiology of sport and exercise. Human Kinetics, Champaign/III, 1994.
10. DIN (Hrsg). DIN EN ISO 9001:2000, Stand Dezember 2000. Beuth Verlag, Berlin, Wien, Zürich, 2001.
11. Bovermann A. Dienstleistungsqualität durch Total Quality Management. Deutscher Universitätsverlag, Wiesbaden, 1997; 46 f. (zugl. Dissertation, Univ. Freiburg, 1996).
12. Becker P. Prozessorientiertes Qualitätsmanagement: nach der Revision 2000 der Normenfamilie DIN EN ISO 9000 – Zertifizierung und andere Managementsysteme. In: Bartz W (Hrsg). Kontakt und Studium. Band 619. Expert Verlag, Renningen, 2001.
13. Bruhn M. Qualitätsmanagement für Dienstleistungen – Grundlagen, Konzepte, Methoden. 2. überarb. und erw. Aufl. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1997.
14. Zeithaml V, Berry L, Parasuraman A. Communication and control process in the delivery of service quality. J Marketing 1988; 4: 35–48.
15. Meyer A, Mattmüller R. Qualität von Dienstleistungen – Entwurf eines praxisorientierten Qualitätsmodells. Marketing 1987; 3: 187–95.
16. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. In: Donabedian A (ed). Explorations in quality assessment and monitoring. Vol. 1. Health Administration Press, Ann Arbor, 1980.
17. Janetschek P. Modell zur Zertifizierung der gastroenterologischen Fachpraxis nach DIN ISO 9000 (Leserbrief). Deutsche medizinische Wochenschrift 2000; 40: 1212–3.
18. Birkner B, Strauch M, Schenck F. Modell zur Zertifizierung der Gastroenterologischen Fachpraxis nach DIN ISO 9000. Deutsche medizinische Wochenschrift 2000; 7: 199–203.
19. Bretzke W-R. Zertifizierung von Qualitätsmanagementsystemen in Dienstleistungsunternehmen. In: Bruhn M, Stauss B (Hrsg). Dienstleistungsqualität – Konzepte – Methoden – Erfahrungen. 3. vollst. überarb. und erw. Aufl. Gabler Verlag, Wiesbaden, 2000; 573–600.
20. Eichler A. Strategien der Implementierung von Total Quality Management in Gesundheitseinrichtungen. In: Spörkel H, Ruchriegel B, Jaußen H, Eichler A (Hrsg). Total Quality Management im Gesundheitswesen – Methoden und Konzepte des Qualitätsmanagements für Gesundheitseinrichtungen. Reihe: Bungard W (Hrsg). Arbeits- und Organisationspsychologie in Forschung und Praxis. Band 9. Psychologie Verlags Union, Weinheim, 1997; 91–112.
21. Janßen H. Total Quality Management im Gesundheitswesen. In: Spörkel H, Ruchriegel B, Jaußen H, Eichler A (Hrsg). Total Quality Management im Gesundheitswesen – Methoden und Konzepte des Qualitätsmanagements für Gesundheitseinrichtungen. Reihe: Bungard W (Hrsg). Arbeits- und Organisationspsychologie in Forschung und Praxis. Band 9. Psychologie Verlags Union, Weinheim, 1997; 1–13.

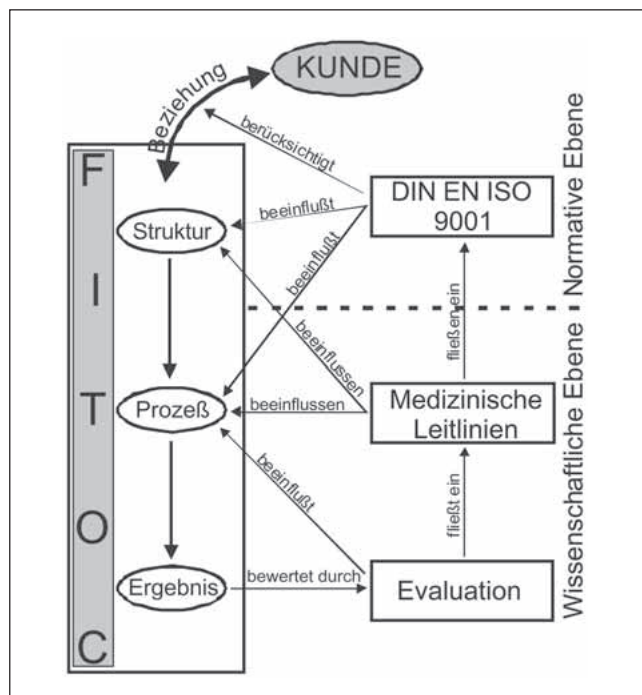


Abbildung 1: Systemischer Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems für FITOC