

**LQHFERT**

LOHFERT STIFTUNG

## Qualitätsmessung in der Medizin im Sozialempirischen Ansatz:

LQ 10 – Instrument zur Messung der Qualität in der stationären Krankenversorgung

Dr.-Ing. Dipl. Kfm. Christoph Lohfert, Hamburg

addz-Jahrestagung

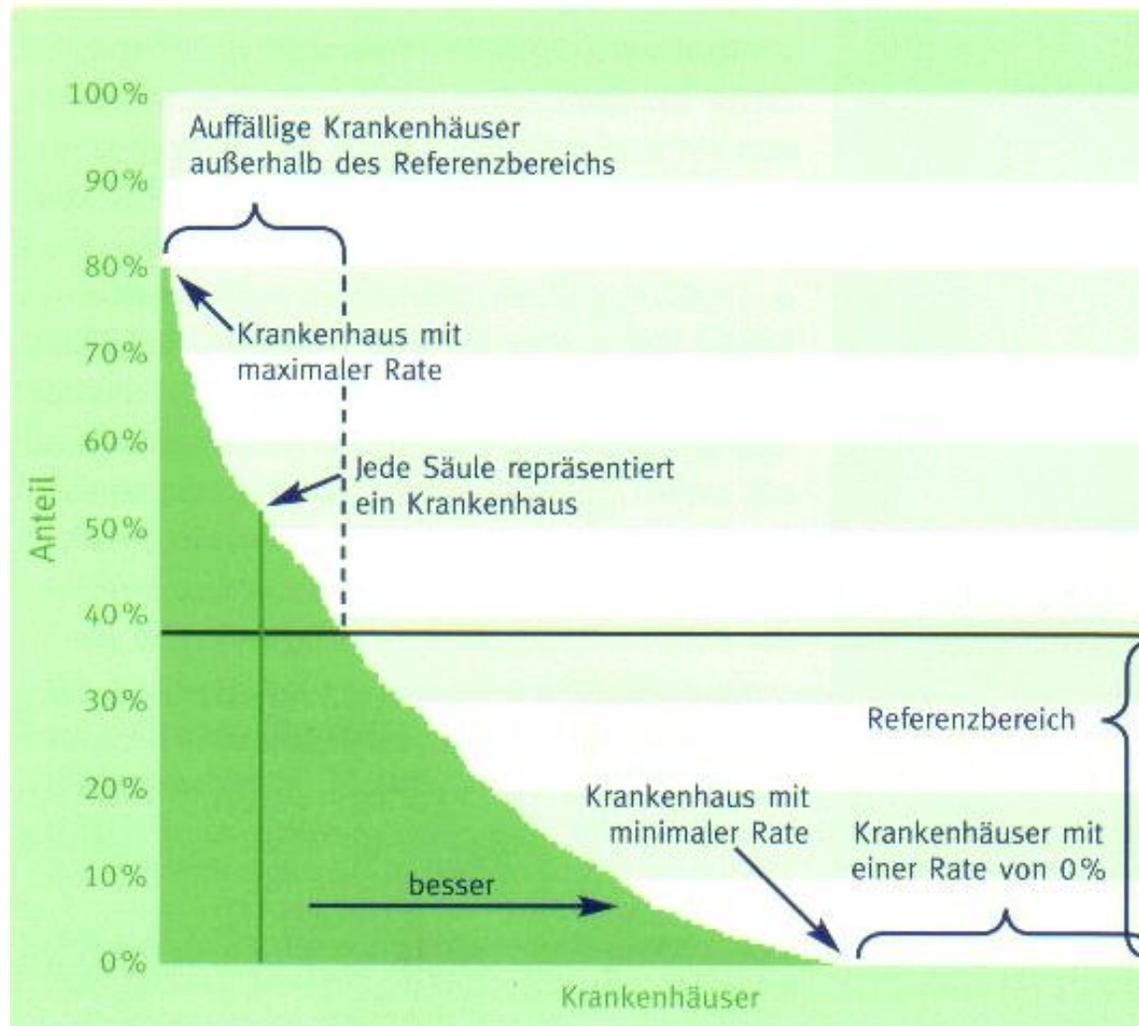
20. Juni 2015

KRH Klinikum Siloah

„In einer Medizin von morgen,  
mit den Forschungsergebnissen von übermorgen,  
arbeiten wir in den Krankenhäusern mit den  
Strukturen von gestern und mit der Organisation von  
vorgestern.“

Aus Lohfert, C.: Das Medizinische Prinzip,  
Handbuch für das Krankenhaus der Zukunft, S. 7ff.

# Externe vs. interne „Qualitätssicherung“



## Grundlegende Ansätze von „LQ 10“

- **Merkmale:** Sozialempirisches Instrument/ Methode, die versucht, die Qualität (einer Abteilung oder eines Krankenhauses) durch eine qualitative, teilstrukturierte Befragung des medizinischen Personals abzubilden.
- **Anwendungsbereiche:** Krankenhäuser / medizinorganisatorische Prozesse
- **Testverfahren:** Die Methode wurde in mehreren Krankenhäusern und Universitätskliniken getestet und eingeführt.
- **Methode:** Die Befragung umfasst 10 relevante Merkmalsgruppen, die nach der Auswertung eine Aussage zu Verbesserungspotentialen erlauben.

# Fokussierung auf medizinorganisatorische Prozesse

- Grundsätzliche Unterscheidung in:
  - Ärztliche Entscheidungen, Anweisungen, Verfügungen, Tätigkeiten
  - **Medizinorganisatorische Prozesse, Handlungsmuster, Umsetzungen, Aktivitäten**
- Fokus des „LQ-10“ Verfahrens = **Prozessqualität**
- Als wesentlicher Parameter zur Beschreibung des Fehlergeschehens im klinischen Betrieb ist als Bezugsgröße der „medizinorganisatorische Prozess“ definiert

## 3.8-Merkmalsgruppe-"H": Schnittstellenbeobachtung, -beschreibung, -darstellung, -veränderung¶

¶

### 3.8.1-Definintion-medizinorganisatorische-Schnittstellen¶

Existiert eine Definitioin des Begriffes "Medizinorganisatorische Schnittstellen", wie und wo sind sie beschrieben, wie werden sie gepflegt, fortgeschrieben, ergänzt? Wodurch sind die Schnittstellen gekennzeichnet?¶¶

- → Wie sind "Medizinorganisatorische Schnittstellen" definiert oder wie würden Sie sie beschreiben?¶
- → Was ist eine Schnittstelle ganz genau?¶
- → Wodurch werden die Schnittstellen am besten gekennzeichnet?¶
- → Nehmen Schnittstellen eher zu (wegen zunehmender Komplexität) oder ab (wegen besserer Beherrschung der Organisation)?¶
- → Gibt es eine Liste der unter besonderer Beobachtung stehenden Schnittstellen?¶

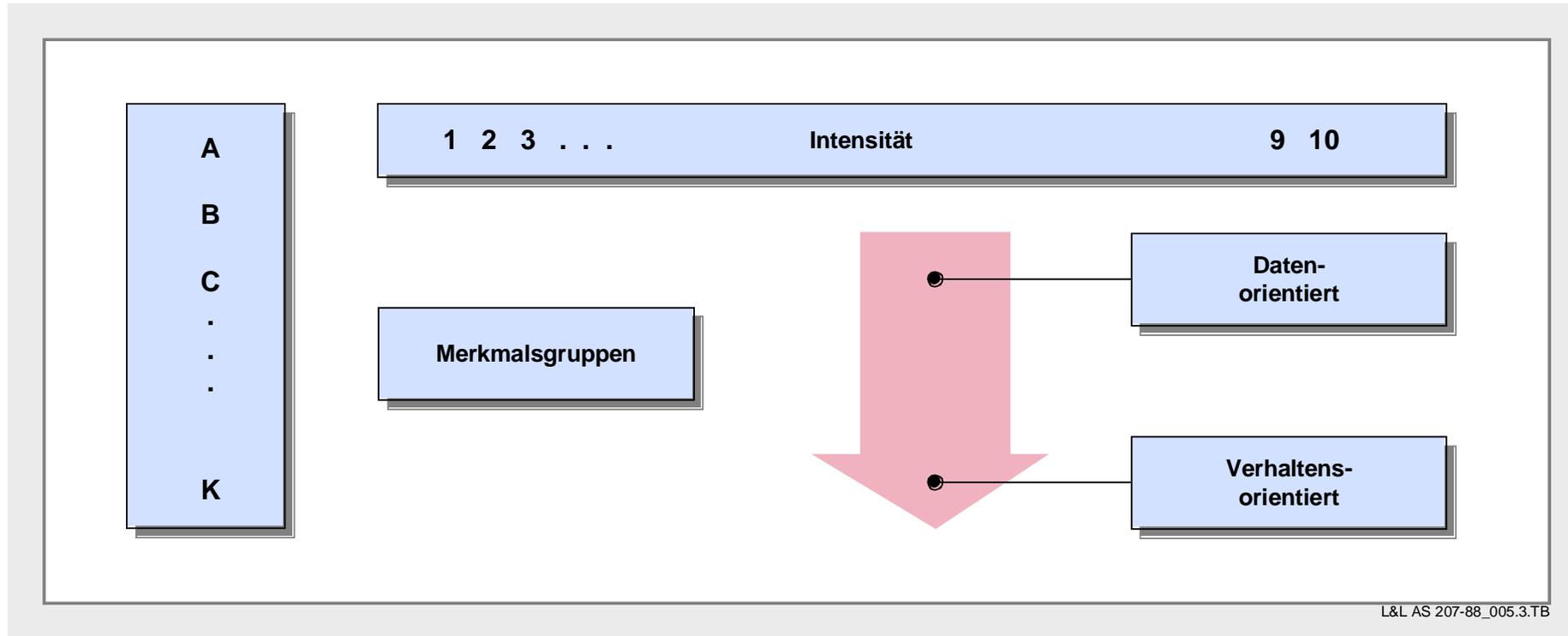
1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_ 8 \_\_\_\_\_ 9 \_\_\_\_\_ 10 \_\_\_\_\_¶

- → Gesamtbewertung¶

¶  
¶  
¶

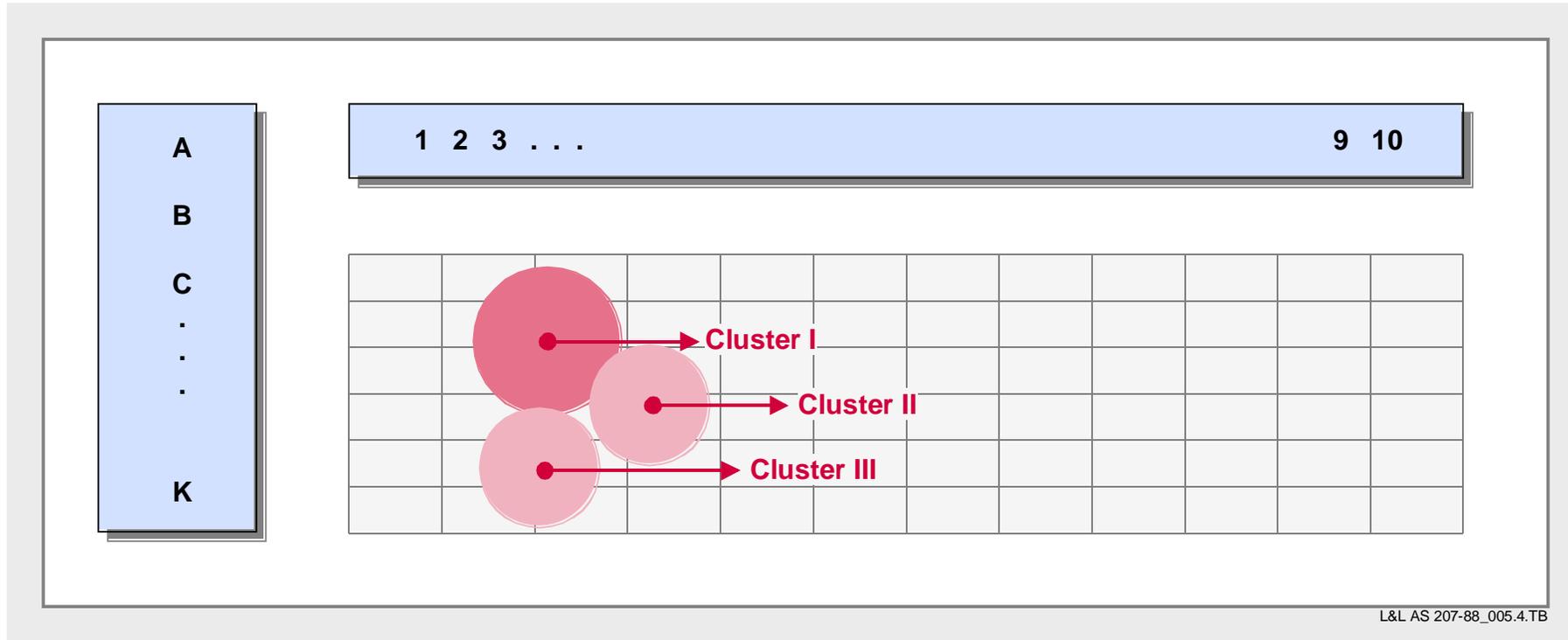
# Methodik der Auswertung von „LQ 10“

Abb. 3: Auswertungsprinzip der Merkmale + Merkmalsgruppen

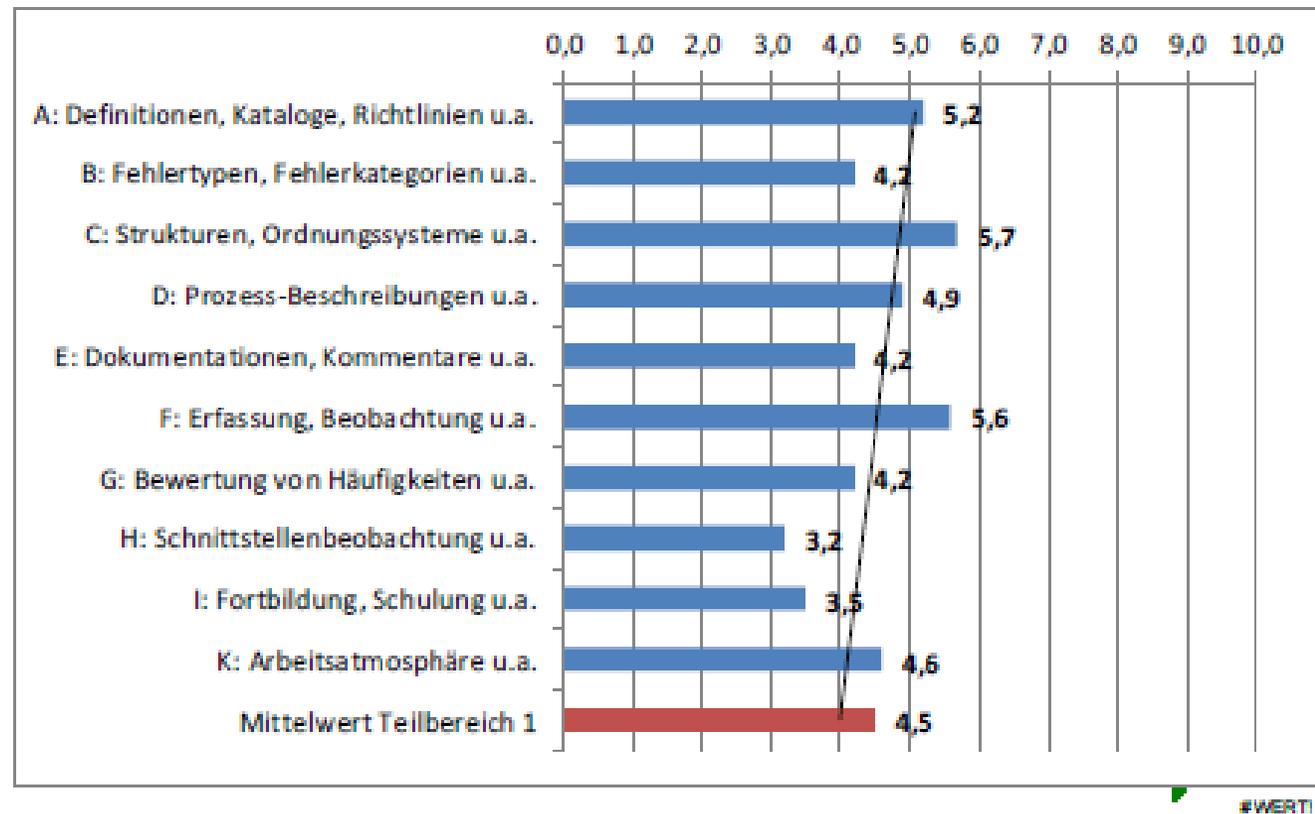


# Methodik der Auswertung von „LQ 10“

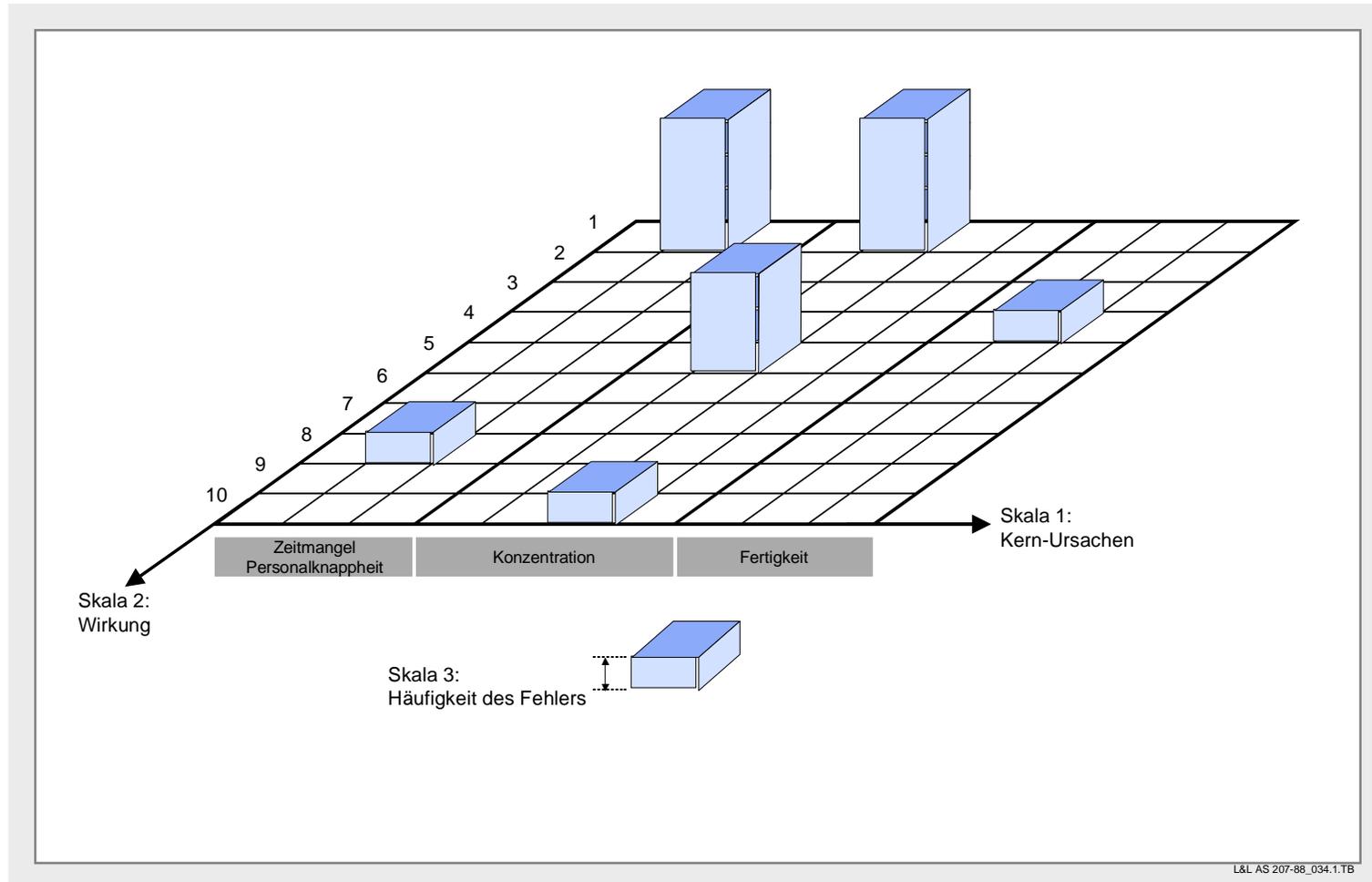
Abb. 4: Cluster der Auswertung der Merkmale und Merkmalsgruppen



# Exemplarisches Ergebnis von „LQ 10“



# Beispielhafte Auswertungsgrafik Weiterentwicklungen: „LQ 20“



„Mit den richtigen Menschen geht alles,  
mit den falschen nichts!“

Christoph Lohfert