



Das Schicksal ...

... ereilt uns oft
auf den Wegen,
die man eingeschlagen hat,
um ihm zu entgehen.

Jean de la Fontaine, 1621 – 1695

La conséquence – Das Ergebnis

Roland Schaffler

Hugo, unser Systemgastronom aus Lyon (der mit seinem „ü“), hatte seine Hausaufgaben gemacht. Einheitlichkeit war kein Kriterium mehr in den Restaurants seiner Bistro-Kette¹. Die besten Küchenchefs des Landes arbeiteten gerne für ihn und kochten, was die Gäste bestellten, was ihnen regional besonders mundete, mit Pfiff und frischen Zutaten aus Feld, Wald und Wasser.

Hugo hatte seinen Lapsus der „Vereinlichung der Mittelmäßigkeit“ erkannt und das persönliche Besser-Werden-Wollen seiner Mitarbeiter zu neuem Leben erweckt. Ihr internes Bistro-QM-System und lebendige PDCA-Zyklen mit selbst gewählten Zielen unterstützten dieses Wollen mit Methode. Hugo und seine Kollegen wollten die Besten sein. Das brachte Sinn in die Arbeit, machte großen Spaß und förderte den Einzelnen und das Team durch ständiges Fordern seitens des Marktes. Die Konkurrenz schlief nicht. Das war kein Problem. Es war der Treibstoff für ihre gemeinsame Weiterentwicklung. Hugo sagte immer: *„Ohne diesen Wettbewerb äßen wir heute nicht begeistert Noix de St Jacques au beurre safrané et ses éclats de pistaches, sondern säßen zufrieden in den Bäumen und schälten Bananen ...!“*

Die einheitlichen Richtlinien und Qualitätsindikatoren, die Hugo vor Jahren in seinen Bistros wieder abgeschafft hatte, standen aber seit Kurzem wieder vor seiner gastronomischen Tür. Das bereitete Hugo Kopfzerbrechen und unruhigen Schlaf.

Der Nahrungsversorgungs-Wettbewerb war in Hugos schönem Land inzwischen längst abgeschafft. Schließlich waren in der gesamten Menschheitsgeschichte bis heute weltweit vieltausend Mal mehr gesunde Lebensjahre durch mangelnde Ernährung verloren gegangen als zum Beispiel durch fehlende Medizin. Das würde sich wohl auch in Zukunft nicht ändern. Die Regierung hatte es einfach nicht mehr länger in Kauf nehmen wollen, dass mit Hunger und einem wertvollen Gut wie Nahrung Geschäfte gemacht werden. Jeder Bürger und jede Bürgerin sollte den gleichen Zugang zu sicheren und gesunden notwendigen Nahrungsmitteln haben. Wozu hätte man sich 1789 sonst angetan? Man hatte bereits vor Jahrzehnten herausgefunden, dass sich sozial schwächere Bevölkerungsschichten schlechter ernährten. Reiche hatten leichteren Zugang zu erstklassiger und ständig verfügbarer Nahrung. Das konnte in einem entwickelten westlichen Sozialstaat wie Frankreich nicht mehr so hingenommen werden.

Seinem Einkommen entsprechend zahlte daher mittlerweile jeder Einkommensbezieher einen Ernährungsversicherungsbeitrag an die SEVA (Soziale Ernährungsversicherungsanstalt) und konnte mit seiner E-Card („E“ steht für „Essen“) kostenfrei und ohne Selbstbehalt Nahrungsmittel für sich und seine Familie beziehen. Dafür gab es im ganzen Land leicht erreichbare allgemein öffentliche Lebensmittelgeschäfte (a.ö.LMG).



Für Leute, die zu viel Geld verdienten und glaubten, sie müssten immer etwas Besonderes haben, gab es Sonderlebensmittelgeschäfte (SLMG), auch „Diätorien“ genannt. Die Lebensmittel dort mussten zwar per Gesetz die gleichen sein wie in den a.ö.LMG, sie waren aber aufwändiger und schöner verpackt und ungleich teurer. Sie wurden in einem schöneren Ambiente von besser bezahlten Mitarbeitern, die man sich sogar selbst aussuchen konnte, persönlich gereicht. Gerade dieser letzte Umstand war aber für die in letzter Zeit unter den Kunden dieser SLMG leider stark angestiegenen Magen-Darm-Erkrankungen verantwortlich gemacht worden.

Die neue Soziale Ernährungsversicherung hatte dafür gesorgt, dass es keine Hungernden mehr in seinem Land gab. Das war gut so. Als in Kauf zu nehmende systembedingte Nebeneffekte schmeckten die Nahrungsmittel nicht mehr so wie früher, doch das geriet mehr und mehr in kollektive Vergessenheit. Die Franzosen hatten – wahrscheinlich als Folge des Bewegungsmangels – in den letzten Jahren seit Gründung der SEVA im Durchschnitt zwar um 20 % zugenommen und Frankreich verbrauchte rund 50 % mehr Nahrungsmittel als der OECD-Schnitt, Krebs war als Todesursache Nummer eins aber erfolgreich besiegt worden. An seine Stelle waren Koronare Herzkrankheit und Schlaganfall getreten. Das Wichtigste war aber, dass soziale Unterschiede keine Auswirkung mehr auf den Ernährungszustand und die Lebenserwartung haben konnten.

Natürlich hatte der fehlende Wettbewerb unter den a.ö.LMG dazu geführt, dass deren Öffnungszeiten eher nach den Wünschen der Mitarbeiter ausgerichtet waren als nach denen der Bezugsberechtigten. Nachmittags wurde schon sehr früh geschlossen. Auch Einkaufssamstage waren auf Wunsch der Gewerkschaften im Sinne der betrieblichen Gesundheitsförderung für die Mitarbeiter schon lange abgeschafft. Kunden gab es ja in diesem Sinne nicht mehr; Bezugsberechtigte waren mehr als Kunden. Mitarbeiter trugen höhere soziale und fachliche Verantwortung. Vor den meisten Geschäften gab es nunmehr reservierte Parkplätze in der ersten Reihe für die Filialleiter, die Abteilungsleiter und die Angestellten, ja sogar für die wichtigsten Lieferanten. Manche hatten sogar Parkhäuser für die Mitarbeiter, während die Bezugsberechtigten parken durften, wo immer sonst sie einen Platz fanden.

Allen a.ö.LMG war die Bezugsberechtigtenorientierung ein echtes Anliegen. Man fand daher kein a.ö.LMG ohne regelmäßige Bezugsberechtigtenbefragung. Die Besten erreichten dabei an die 90 % Zufriedenheit. Sie lagen allesamt in ländlichen Gegenden, für die der von der Regierung erlassene und in den nächsten Jahrzehnten umzusetzende „Strukturplan Lebensmittelversorgung“ eine Schließung des örtlichen a.ö.LMG vorsah. In urbanen Gebieten mit der Möglichkeit, zwischen den heute und in Zukunft reichlich vorhandenen a.ö.LMG auszuwählen, erreichten auch die Besten kaum 75 %

zufriedene Bezugsberechtigte. Das lag offenbar an den selbstbewussteren urbanen Bezugsberechtigten.

Schließlich waren diese Menschen immer anspruchsvoller und fordernder geworden. Es kostete sie ja keinen Cent, sich mit den notwendigen Lebensgrundlagen einzudecken! Manche waren richtig freche Querulanten ohne Verständnis für die wachsende Arbeitsbelastung des gut ausgebildeten und daher gerechtfertigt überdurchschnittlich bezahlten Lebensmittelpersonals. Sie kamen einfach, wenn sie hungrig waren oder gerade Zeit hatten. Das war natürlich mit Vorliebe am Wochenende und abends, just, wenn nur mehr die gesetzlich vorgeschriebene a.ö.LMG-Dienstmannschaft anwesend war. Steigende Krankenstandstage und Frühpensionierungen wegen Burn-Outs gaben von dieser Entwicklung beredtes Zeugnis. Die Arbeitszeiten waren zwar gemäß der neuen europäischen Rechtslage um bis zu 30 % bei vollem Gehaltsausgleich reduziert worden. Doch die Unzufriedenheit der a.ö.LMG-Mitarbeiter war ins Unermessliche gewachsen, als die Lebensmittelberufe danach keinerlei Gehaltsverbesserung auf ihrem Lohnzettel vorfanden! Ihre Standesvertretungen distanzieren sich in der Folge deutlich von den zuvor von ihnen selbst ausgehandelten Gehaltspaketen und wiesen ein weiteres Mal auf die bedrohte Lebensmittelversorgung der wehrlosen Bevölkerung durch den drohenden a.ö.LMG-Mitarbeitermangel hin. Schließlich vertraten sie Sozialberufe!

Die öffentlich bediensteten Mitarbeiter der a.ö.LMG gingen daraufhin, betrogen um ihre versprochene Gehaltserhöhung und von ihrem öffentlichen Dienstgeber so wenig wertgeschätzt, berechtigt in die innere Kündigung und widmeten sich vermehrt ihren privaten Tätigkeiten am eigenen Würstelstand oder in den umliegenden SLMG. Dadurch konnten sie wenigstens die schlimmsten Gehaltseinbußen minimieren. Das neue Europäische Arbeitszeitgesetz ließ diese Kompensationsmöglichkeit konsequenterweise durchaus zu. Die

massiven Arbeitszeitreduktionen und die ausstehende Umsetzung der „Regionalen Strukturpläne Lebensmittel“ verschärften den auch von Medien oft proklamierten „drohenden a.ö.LMG-Mitarbeitermangel“ zusätzlich. Am Ende waren gut eine Milliarde für die Arbeitszeitverkürzung bei vollem Gehaltsausgleich aller Lebensmittelberufe ausgegeben. Neue Mitarbeiter für die vom bestehenden Personal im Gegenzug dafür nicht mehr zu leistenden Arbeitsstunden waren überraschend nicht zu finden. Offenbar waren die Arbeitsbedingungen in der Branche inakzeptabel und einfach nicht mehr zeitgemäß. Alle waren unzufrieden. Vergleiche mit den höheren Gehältern für a.ö.LMG-Mitarbeiter in Lausanne und Genf bewiesen auch, wie Recht sie damit hatten. Selbst die bis dahin so geduligten Abteilungsleiter in den a.ö.LMG veränderten ihre Rolle im Ernährungssystem über Nacht heimlich aber wirksam von Arbeitgeber- zu Arbeitnehmervertretern. Die Filialleiter blieben zum Teil ihrer unangenehmer werdenden Arbeitgeberrolle treu, zum Teil gingen auch sie in die fremdverschuldete persönliche Immigration.

Hugo hatte von dem Vorhaben der Regierung aus seinem Lieblingsjournal „Essen & Trinken in Frankreich“ erfahren: Nach den Lebensmittelgeschäften sollten bald auch alle Gastronomiebetriebe nicht mehr selbst kassieren, sondern in einem neuen Tarifabrechnungssystem die Konsumation ihrer Gäste lt. Tarifkatalog mit einer regionalen GKK (Gastronomie-Konsumations-Kasse) monatlich abrechnen. Um die Qualität auch ohne Wettbewerb zu gewährleisten, war die Einführung externer Qualitätssicherungsmaßnahmen auf der Basis verpflichtender Ergebnisqualitätsindikatoren bereits in parlamentarischer Begutachtung. Das sollte nachhaltig und national für gleichen Zugang und transparente Qualität sorgen.

Hugo stürzte zum Telefon und rief seinen dem Leser bereits bekannten Stammgast, der in einem Spital arbeitet, an. Er erzählte ihm von diesem Vorhaben der Regierung in der Gastronomiebranche. „Hattet ihr nicht so ein ähnliches System auch im Ge-

sundheitswesen?“, wollte Hugo von ihm wissen. „*Ich schick' Dir dazu Unterlagen. Dann weißt Du, was auch auf euch zukommt ...*“, versprach dieser.

Hugo riss den erwarteten Umschlag auf und fand dort Informationen über Erkenntnisse, wie die Qualität im Gesundheitswesen ohne die Mechanismen des Marktes gesichert werden sollte. Die Lösung nannte sich „Qualitätsmessung und Qualitätsindikatoren“.

„*Geleitet von dem parteienübergreifenden gesundheitspolitischen Ziel, einen Qualitätswettbewerb zu initiieren, werden von der Qualitätsmessung Informationen von Relevanz für die Auswahlentscheidungen der Versicherten und für selektivvertragliche Optionen erwartet*“, schrieb dort eine systemverantwortliche Expertin².

„*Zuerst schaffen sie den Markt ab und dann verordnen sie Wettbewerb!*?“ Hugo sinnierte und lernte auch für ihn Neues: Über die Güte vorhandener Qualitätsindikatoren hatten Wissenschaftler im Nachbarland herausgefunden, dass sie derer nunmehr 1667 in ihrem Sprachraum kannten. Für 81 % oder 1346 davon sei die wissenschaftliche Grundlage (Evidenz) unbekannt, nur für 7 % oder 112 von ihnen sei die Evidenz hoch. Selbst bei diesen Indikatoren, deren Evidenz als hoch ausgewiesen sei, wären aber Validität, Reliabilität und Diskriminationsfähigkeit vielfach unbekannt. Sie warnen: „*Aus der evidenzbasierten Medizin wissen wir, dass die Verwendung von Messinstrumenten mit unbekannter Güte zu nicht interpretierbaren Ergebnissen führt und der Effekt einer Intervention oder Maßnahme dadurch unterschätzt, überschätzt oder falsch eingeschätzt werden kann. Es besteht also ein Risiko, dass durch die Veröffentlichung bzw. Nutzung von Qualitätsergebnissen, die auf Indikatoren unklarer Evidenz und Güte beruhen, die falschen Schlussfolgerungen gezogen werden*“. Am Ende blieben nur 11 von 1667 Indikatoren übrig, die als geeignet für Pay-for-Performance eingestuft werden ...³.

Ein anderer Professor aus dem gleichen Nachbarland hatte mit seinen Kollegen herausgefunden, dass die Qualitäts-Rankings von Spitalsleistungen in drei angesehenen Krankenhausführern wenig bis gar nichts miteinander zu tun hatten. Er kommt zum Ergebnis: „*Alle drei Krankenhausführer verwenden unterschiedliche Indikatoren, wobei offen bleibt, was die verschiedenen Indikatoren konkret messen, wie die einzelnen Krankenhäuser hinsichtlich solcher Indikatoren abschneiden und was dies für die Qualität bedeutet*.“⁴ Und für Patienten, sprich für Hugos Bezugsberechtigte, hieße das: „*... entweder messen die miteinander verglichenen Krankenhausführer verschiedene ‚Qualitäten‘, oder das Messverfahren stimmt höchstens bei einem der Führer. Falls die Krankenhausführer nicht die tatsächliche Qualität korrekt messen, sondern etwas anderes messen und/oder die Messung falsche Ergebnisse liefert, verbessert sich die Situation des Patienten nicht. Eher ist das Gegenteil der Fall: Eine Fehlinformation ist schlechter als gar keine Information*.“^{4a}

Na, Bon Appetit! Hugo musste raus. Er stapfte durch die eiskalten Straßen. Mit dem Frühling war's wohl noch nichts. Die ersten Vorfrühlingsblüten waren erfroren. Nach diesem Indikator musste man sich wohl auf einen verlängerten Winter einstellen. Dessen war er sich sicher ... ■

Literatur:

- ¹ Schaffler R.: Le jeu – Das Spiel; QUALITAS 04/2012, 4-7
- ² Klakow-Franck R.: Perspektive: Rolle der Qualitätsmessung aus Sicht des Gemeinsamen Bundesausschusses; Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesund. wesen (ZEFQ) 2014; 108; 456-464
- ³ Schmitt J., Scriba P.C.: Qualitätsmedizin braucht Qualitätsforschung: Sind wir bereit?, Editorial; Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesund. wesen (ZEFQ) 2014; 108; 453-455
- ⁴ Thielscher C., Antoni B., Driedger J., Jacobi S., Krol B.: Geringe Korrelation von Krankenhausführern kann zu verwirrenden Ergebnissen führen; Gesundh ökon Qual manag 2014; 19(2): 65-69 zitiert nach einem Interview mit Thielscher C. geführt von Metzinger B. und Ossen P. in: das Krankenhaus, 2.2015, 166-168