

GWQ-Report liefert keine Grundlage für die Rückkehr zu Ausschreibungen

Ein Ausgabenreport ist keine Begründung für Ausschreibungen

Hamburg, 20.07.2026

Der GWQ-Report liefert keine belastbare Grundlage für die Forderung nach einer Wiedereinführung von Ausschreibungen. Er untersucht weder Ausschreibungen noch deren Auswirkungen auf Versorgungsqualität, Patientensicherheit oder Versorgungsergebnisse. Stattdessen wertet er ausschließlich Ausgaben- und Abrechnungsdaten aus und leitet daraus weitreichende gesundheitspolitische Schlussfolgerungen ab. Damit überschreitet der Report die Aussagekraft seiner eigenen Datengrundlage.

1. Der Report untersucht Ausschreibungen nicht

Der GWQ-Report wertet Ausgaben und Abrechnungspositionen aus seinem eigenen Datenpool für die Jahre 2020 bis 2023 aus. Eine Ausschreibung untersucht er nicht. Es fehlt an einer tatsächlich ausgeschriebenen Versorgung, einer Vergleichsgruppe und einer Vorher-Nachher-Betrachtung. Ebenso fehlen Daten zu den Folgen für Versicherte und Leistungserbringer. Trotzdem steht am Ende die Forderung, dieses 2019 abgeschaffte Instrument wieder einzuführen.

Der zentrale Fehler liegt deshalb nicht in einem einzelnen Rechenschritt, sondern bereits in der Schlussfolgerung. Wer die Rückkehr eines abgeschafften Instruments fordert, muss belegen, dass es die behaupteten Probleme lösen kann und dass die Gründe für seine Abschaffung ausgeräumt sind. Der GWQ-Report leistet weder das eine noch das andere. Selbst vollständig erklärte Ausgabenzahlen könnten einen Handlungsbedarf anzeigen; welches Instrument geeignet ist, beantworten sie nicht. Die Forderung nach Ausschreibungen ist daher kein Ergebnis der Analyse, sondern eine ihr nachträglich hinzugefügte politische Präferenz.

Auch die Datengrundlage trägt die daraus gezogenen Schlussfolgerungen nur begrenzt. Weil jährliche Versichertenzahlen fehlen, bleibt offen, ob Ausgabenveränderungen auf mehr Versicherte, mehr Versorgungsfälle, eine veränderte Zusammensetzung der Leistungen oder tatsächlich auf höhere Preise zurückgehen. Hinzu kommt, dass mit dem Pandemiejahr 2020 ein atypisches Ausgangsjahr gewählt wird. Der Report setzt außerdem Abrechnungspositionen sprachlich mit „Verordnungen“ gleich, obwohl eine Abrechnungsposition zunächst nur eine rechnerische Einheit ist. Auch die Durchschnittsausgaben je Position sind deshalb nicht ohne Weiteres mit einem Preis gleichzusetzen: Sie können sich bereits verändern, wenn sich Anzahl oder Zusammensetzung der abgerechneten Leistungen verschieben. Besonders deutlich wird das bei den ableitenden Inkontinenzhilfen. Dort steigen die Gesamtausgaben von 23,6 auf 29,2 Millionen Euro und damit um rund 24 Prozent. Gleichzeitig sinkt der Durchschnitt je Abrechnungsposition leicht. Beides kann rechnerisch richtig sein, beschreibt aber nicht dasselbe. Der niedrigere Durchschnitt je Position lässt den Anstieg der Gesamtausgaben nicht verschwinden; er kann ebenso darauf beruhen, dass mehr Positionen abgerechnet wurden. Ohne eine Trennung von Mengen-, Struktur- und Preiseffekten lässt sich weder die Ursache der Entwicklung bestimmen noch die Wirkung eines bestimmten Steuerungsinstruments beurteilen. Wenn der Report dennoch aus dem leicht sinkenden Positionsdurchschnitt eine

„Ausgabenstagnation“ ableitet, wechselt er die Bezugsgröße und erklärt das Ergebnis dieses Wechsels zur Entwicklung der Gesamtausgaben.

Der Fehler macht die ausgewiesenen Rohdaten nicht wertlos, begrenzt ihre Aussagekraft aber auf eine deskriptive Bestandsaufnahme; für Aussagen über Ursachen, Wirtschaftlichkeit oder die Eignung von Ausschreibungen sind sie in dieser Auswertung *methodisch unbrauchbar*.

2. Der Preis ist nicht die Versorgung

Eine Orthese erfüllt ihren Zweck nicht mit der korrekten Abrechnungsposition. Sie muss ausgewählt, angepasst und erklärt werden; bei Druckstellen oder Funktionsproblemen braucht es kurzfristig einen erreichbaren Ansprechpartner. In der Homecare-Versorgung kommen Kontinuität, Verbrauchssituation und wiederkehrende Beratung hinzu. Genau diese Leistungen entscheiden darüber, ob die Versorgung im Alltag trägt.

Der GWQ-Report misst davon nichts. Passform, Lieferfähigkeit, Beratungsqualität, Beschwerden, Versorgungsabbrüche, die tatsächliche Verfügbarkeit einer medizinisch notwendigen und zweckmäßigen Versorgung im Rahmen des Sachleistungsanspruchs sowie gesundheitliche Folgen bleiben außerhalb der Analyse. Damit fehlt nicht irgendeine Randgröße, sondern der Maßstab, an dem Ausschreibungen überhaupt zu bewerten wären. Dennoch empfiehlt der Bericht ein Instrument, dessen Bewertung gerade von diesen Folgen abhängt.

Die Gründe, die zur Abschaffung von Ausschreibungen geführt haben, sind bekannt: Qualitätsrisiken, Beschwerden von Betroffenen, eingeschränkte Wahlmöglichkeiten, Gefahren für wohnortnahe Strukturen und Preisdruck auf die individuell erforderlichen Leistungen. Der Einwand, eine neue Ausschreibung könne bessere Qualitätskriterien enthalten, greift zu kurz. Das strukturelle Problem bleibt: Vor dem Zuschlag ist der Preis leicht vergleichbar; ob Beratung, Anpassung, Erreichbarkeit und Nachsorge funktionieren, zeigt sich häufig erst danach.

3. Mehr Kontrolle ist kein Konzept

Die GWQ beantwortet die von ihr beschriebenen Transparenz- und Steuerungsdefizite fast ausschließlich aus der Perspektive des Kostenträgers: Preise begrenzen, Leistungserbringer enger kontrollieren, Vergaben wieder zulassen. Das sind Eingriffsbefugnisse des Kostenträgers, aber noch kein Versorgungskonzept. Wie Qualität, Wahlfreiheit und wohnortnahe Versorgung erhalten werden sollen, bleibt offen.

Mehr noch: Nachdem der Report die Versorgungsqualität in seiner Analyse ausgeblendet hat, erhebt er ausgerechnet die verbleibende Preisbetrachtung zum Argument für die Rückkehr eines preisgetriebenen Vergabeinstruments. Damit widerlegt die GWQ die früheren Erfahrungen nicht. Sie wiederholt genau den Denkfehler, der schon das frühere Ausschreibungsmodell geprägt hat – und präsentiert seine Rückkehr dennoch als Reform.

Kontrolle kann Missstände aufdecken. Sie beantwortet nicht, wie eine qualitativ gute, wohnortnahe und wirtschaftlich tragfähige Versorgung organisiert werden soll. Zusätzliche Prüfungen können Fachkräfte binden, Entscheidungen verzögern und die bereits zersplitterte Landschaft aus Verträgen, Portalen

und Genehmigungswegen weiter belasten. Wer auf jedes Problem mit einem weiteren Kontrollmechanismus antwortet, steuert nicht besser. Er kontrolliert nur mehr.

4. Festbeträge lösen denselben Denkfehler nicht

Festbeträge und Ausschreibungen sind unterschiedliche Instrumente. Im Report erfüllen sie jedoch dieselbe argumentative Funktion: Ein begrenzter Kassenpreis gilt als Erfolg, obwohl die Folgen für Versicherte, Leistungserbringer und Versorgungsqualität nicht gemessen werden. Doch ein begrenzter Erstattungsbetrag ist noch kein Wirtschaftlichkeitsnachweis.

Ein niedriger Festbetrag beweist keine wirtschaftliche Versorgung. Entscheidend ist, ob Versicherte die medizinisch notwendige, zweckmäßige und qualitätsgesicherte Versorgung im Rahmen ihres Sachleistungsanspruchs tatsächlich erhalten. Ist diese Versorgung zum Festbetrag nicht verfügbar und müssen Versicherte dafür zusätzliche Kosten tragen, erfüllt die Krankenkasse den Sachleistungsanspruch nicht. Mehrkosten im Rechtssinn entstehen dagegen, wenn Versicherte bewusst eine Ausführung oder zusätzliche Leistung wählen, die über die medizinisch notwendige und zweckmäßige Versorgung hinausgeht. Ob ein Festbetrag trägt, hängt daher von Produktvergleichbarkeit, Marktangebot, Dienstleistungsanteil und einer realistischen Anpassung ab. Aus einem sinkenden Durchschnittswert im GWQ-Datenpool lässt sich seine generelle Wirksamkeit nicht ableiten.

5. Versorgung verbessert sich nicht durch mehr Bürokratie

Welche Reformen stattdessen geeignet wären, ergibt sich aus dem eigentlichen Versorgungsproblem: Nicht zu wenig Kontrolle, sondern zu viel Bürokratie bindet Fachkräfte. Daraus leitet rehaVital folgende Reformvorschläge ab: Qualität, Sicherheit und wohnortnahe Leistungsfähigkeit müssen erhalten bleiben. Bürokratieabbau ist dabei Qualitätspolitik. Jede Doppelprüfung, jeder Medienbruch und jeder kassenindividuelle Sonderweg bindet Fachkraftzeit, die bei Bedarfsermittlung, Anpassung, Einweisung und Nachsorge fehlt.

Die Einzelvorschläge folgen diesem Prinzip. Der Administrative Rahmenvertrag steht für einheitliche Verfahren. Bereits geprüfte Nachweise sollen weiterverwendet, digitale Wege an die Stelle paralleler Papierprozesse gesetzt und unnötige Genehmigungen abgebaut werden. Bei heilbaren Formfehlern geht Korrektur vor Sanktion. Materielle Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskontrollen bleiben erhalten; beseitigt wird Arbeit, die keine zusätzliche Qualität schafft.

Darin liegt der entscheidende Unterschied: Der Ansatz der GWQ erweitert vor allem die Steuerungsmöglichkeiten der Krankenkassen über Preis, Vergabe und Kontrolle. rehaVital setzt dagegen beim Versorgungsprozess an. Zusätzliche Kontrolle sichert Qualität nicht von selbst. Qualität entsteht im Versorgungsprozess – durch Bedarfsermittlung, Beratung, Anpassung und Nachsorge. Prüfung und Verwaltung sind dort gerechtfertigt, wo sie Qualität oder Wirtschaftlichkeit tatsächlich sichern – nicht dort, wo sie lediglich weitere Verfahren erzeugen.

Die Rückkehr zu einem aus guten Gründen abgeschafften und in der Versorgung gescheiterten Instrument ist keine Lösung, sondern Teil des Problems. Der GWQ-Report untersucht weder Ausschreibungen noch ihre Folgen für die Versorgungsqualität. Dennoch leitet er aus einer reinen

Preis- und Ausgabenbetrachtung die Rückkehr eines Instruments ab, dessen Preisfixierung zu seiner Abschaffung beigetragen hat. Was als Reform ausgegeben wird, führt damit zurück in ein bereits überwundenes Versorgungsmodell. Kassenindividuelle Bürokratie muss abgebaut, die Versorgungsqualität gesichert und die wirtschaftliche Tragfähigkeit wohnortnaher Versorgungsstrukturen erhalten werden.