

Linda Marienfeld

GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz: Aufsicht im Umbruch

Zusammenfassung:

In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wurden bisher vor allem die Verbände auf der Seite der gesetzlichen Krankenkassen reguliert. Durch das GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz stehen nunmehr die Strukturen aller Spitzenorganisationen und somit auch die der Kassenärzte im Fokus des Gesetzgebers. Dieser Beitrag setzt sich mit den regulativen Wirkungen dieses Gesetzes auf die verbandliche Selbstverwaltung und die Aufsicht über die Spitzenorganisationen in der GKV auseinander. Dabei wird die Frage untersucht, ob das GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz eine grundlegende Veränderung der Aufsicht über die Spitzenorganisationen in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Folge hat und welche Faktoren dafür sprechen.

Hier soll verdeutlicht werden, dass die Aufsichtskompetenzen des Gesundheitsministeriums ausgeweitet wurden, während gleichzeitig die Ausgestaltung zentraler Selbstverwaltungsstrukturen im Gesetz festgeschrieben wurde. Auf der Grundlage eines Vergleichs wird gezeigt, dass inzwischen von einer deutlichen Annäherung der Aufsicht über die Spitzenorganisationen in der GKV an die Kommunalaufsicht ausgegangen werden kann. Grund hierfür ist eine Verschiebung von Aufsichtskompetenzen, die einen Umbruch der bislang dominierenden Rechtsaufsicht darstellt.

Schlagworte: Staatsaufsicht, Gesetzliche Krankenversicherung, Selbstverwaltung, Sozialversicherung, Kommunalaufsicht

Abstract:

Self-administration strengthening act: Supervision at change

Until now, the lawgiver has primarily regulated the self-administration organizations of the compulsory health insurance fund. Through the self-administration strengthening act (GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz) the lawgiver is now also focused on the self-administration organizations of the medical fraternity.

In particular, this article deals with the regulatory effects of these act on the self-administration organizations and the supervision of these organizations in the area of compulsory health insurance. It although examines the question if the self-administration strengthening act will provoke a fundamental change in the supervision of head organizations in the area of compulsory health insurance, identifying its decisive factors.

This article shows that the supervision competencies of the Ministry of Health expanded as the design of central self-administration structures was legally defined. By drawing a comparison between the supervision of local authorities by the state it is shown that since then a clear rapprochement of the supervision of head organisation in the field of compulsory health insurance to the municipal supervision can be assumed. This is due to a displacement of supervision competencies which constitutes a change in the previously dominant legal supervision by the state.

Keywords: government supervision, compulsory health insurance, self-administration, social insurance, supervision of local authorities by the state

1 Einleitung

Das Ende Februar 2017 beschlossene Gesetz zur Verbesserung der Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung der Spitzenorganisationen in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie zur Stärkung der über sie geführten Aufsicht (GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz) zielt auf eine „Stärkung der Kontrollrechte der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane sowie auf mehr Transparenz im Verwaltungshandeln“ (Deutscher Bundestag 2017a, S. 2) ab. Insbesondere die Stärkung der Aufsicht führte dazu, dass Krankenkassen und Ärzte gegen dieses Gesetz „Sturm gelaufen“ (FAZ 17.07.2017, S. 15) sind.

Den Ausgangspunkt des GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetzes bilden Verluste aus Vermögensanlagen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), die Anfang letzten Jahres bekannt wurden (vgl. Deutscher Bundestag 2016a, 2016b). Mit Unterstützung der Deutschen Apotheker- und Ärztekbank konnte die KBV nicht genehmigte Grundstückskäufe und Neubauten über eine zu diesem Zweck errichtete Gesellschaft realisieren (vgl. Deutscher Bundestag 2016a, S. 1). Als diese defizitär wurde, hatte die KBV die Gesellschaft übernommen und sich somit für die Verluste haftbar gemacht. Aus der Antwort der Bundesregierung auf die kleine Anfrage der Partei Bündnis 90/Die Grünen ging hervor, dass diese Entscheidungen des Vorstands der KBV, entgegen der gesetzlichen Vorgaben, sowohl ohne die Einbindung der Aufsicht als auch ohne die Beteiligung der Vertreterversammlung getroffen wurden (vgl. Deutscher Bundestag 2016a, S. 1).

Des Weiteren sind der KBV aus dem Verkauf von Inhaberschuldverschreibungen der isländischen Glitnir-Banki und von Anteilen am SK Selectedbond Verluste entstanden (vgl. Deutscher Bundestag 2016b, S. 2). In ihrer Antwort auf die kleine Anfrage zu den Wertpapiergeschäften der KBV macht die Bundesregierung deutlich, dass diese Wertpapiere seinerzeit den durch das Bundesversicherungsamt (BVA, die Aufsichtsbehörde über die bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger), formulierten Anforderungen an die Vermögensanlage entsprochen hätten (vgl. Deutscher Bundestag 2016b, S. 3).

Diese Angelegenheiten haben bei den politischen Parteien und dem für die Aufsicht über die KBV zuständigen Bundesministerium für Gesundheit (BMG) einen Handlungsbedarf erzeugt. Demzufolge gab die Bundesregierung bereits im vergangenen März an, dass das BMG die Präzisierung gesetzlicher Vorschriften für die Haushaltsführung und Vermögensverwaltung der KBV prüfe (vgl. Deutscher Bundestag 2016b, S. 4).

Weiterhin sah das BMG Handlungsbedarf bezüglich der Ausgestaltung der verbandlichen Selbstverwaltungsstrukturen, der Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Verwaltung und der Stärkung der eigenen Aufsicht (vgl. Deutscher Bundestag 2017a). Wie in diesem Beitrag herausgearbeitet wird, findet dieser Handlungsbedarf Ausdruck im GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz. Bezogen auf die Stärkung der Aufsicht des BMG über die Spitzenorganisationen der GKV wurde der Vorwurf erhoben, dass diese durch das GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz zur inhaltlich prüfenden Fachaufsicht (vgl. *Etscheid* 2009, S. 77ff.) ausgeweitet werde (vgl. Deutscher Bundestag 2017b, S. 21612 A). Dies provoziert die in diesem Beitrag zu untersuchende Frage, ob das GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz eine grundlegende Veränderung der Aufsicht über die Spitzenorganisationen in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Folge hat und welche Faktoren dafür sprechen.

Die Beantwortung dieser Fragestellung soll in drei Schritten erfolgen. Hierzu behandeln die folgenden beiden Abschnitte zunächst die bisherige Ausgestaltung der Spitzenorganisationen in der GKV einerseits und andererseits die der Aufsicht des BMG. Ziel der

Betrachtung der bisherigen Aufsicht des BMG über die Spitzenorganisationen in der GKV ist es, Merkmale dieses Aufsichtstyps abzuleiten, die im zweiten Schritt als Vergleichsmaßstab den im GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz getroffenen Regelungen gegenübergestellt werden. In einem dritten Schritt soll die Intensität der Veränderungen der BMG-Aufsicht herausgearbeitet werden. Dies erfolgt auf der Grundlage eines Vergleichs mit dem Typ der „klassischen Staatsaufsicht“ (*Schuppert* 1998, S. 831) der Kommunalaufsicht. Wie in diesem Beitrag aufgezeigt werden soll, bestehen in einigen Merkmalen grundlegende Gemeinsamkeiten zwischen der Kommunalaufsicht und der Aufsicht über die Spitzenorganisationen in der GKV, die hier Anlass zu dem Vergleich der beiden Aufsichtstypen im fünften Abschnitt geben.

2 Ausgestaltung der Spitzenorganisationen in der GKV

Der Zweig der gesetzlichen Krankenversicherung ist der Bereich der Sozialversicherung, dessen historische Wurzeln am weitesten zurück reichen (vgl. *Stolleis* 2001, S. 209; S. 247; *Butterwegge* 2012, S. 39). Rückblickend ist dieser Zweig der Sozialversicherung durch eine Spannungslinie geprägt, die zwischen zwei Polen verläuft. Dies sind einerseits die, durch entsprechende Spielräume begründete, Macht der Verbände (vgl. *Döhler/Mannow* 1995) und andererseits der Versuch des Gesundheitsministeriums, Steuerungsfähigkeit über diese zurück zu gewinnen (vgl. *Gerlinger* 2012).

Das BMG übt die Aufsicht über die selbstverwalteten Spitzenorganisationen in der GKV aus (§§ 78 Abs. 1, 91a Abs. 1 [vormals: § 91 Abs. 8] und 217d Sozialgesetzbuch [SGB] V). Auf der Bundesebene waren das bislang die KBV, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) und der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Der Medizinische Dienst des GKV-Spitzenverbands (MDS) wurde im GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz als Spitzenorganisation in der GKV errichtet und kann somit künftig zu den Spitzenorganisationen gezählt werden. Dieser wird daher hier im vierten Abschnitt behandelt. Die anderen drei Spitzenorganisationen sind öffentlich-rechtliche Körperschaften, die sich jedoch in der Ausgestaltung ihrer Organe voneinander unterscheiden. Im Gegensatz zu den Selbstverwaltungsorganen der KBV und des GKV-Spitzenverbandes hatte der G-BA lediglich ein Beschlussgremium zu bilden, an dessen Spitze ein unparteiischer Vorsitzender stehen soll (§ 91 Abs. 2 SGB V). Dieses Gremium wird als Plenum bezeichnet und entscheidet u.a. über den Haushalt und den Erwerb oder die Veräußerung von Grundstücken (vgl. G-BA 2017a, S. 4). Trägerorganisationen dieses „wichtigsten Gremiums untergesetzlicher Normgebung im deutschen Gesundheitswesen“ (*Wasem* u.a. 2013, S. 74) sind die KBV, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (vgl. hierzu *Wasem* u.a. 2013, S. 73) und der GKV-Spitzenverband (vgl. G-BA 2017b, § 91 Abs. 1, Satz 1 SGB V). Dem G-BA obliegt u.a. der Beschluss von Richtlinien zur Sicherung der ärztlichen Versorgung (§ 92 Abs. 1, S. 1 SGB V). Er entscheidet auch darüber, ob eine medizinische Leistung von den Krankenkassen bezahlt werden muss (vgl. *Reiners* 2009, S. 89). Der G-BA wird daher zu Recht als „kleiner Gesetzgeber“ (*Reiners* 2009, S. 89) bezeichnet.

Die KBV ist der Dachverband der auf Länderebene angesiedelten Kassenärztlichen Vereinigungen (vgl. KBV 2017). Ihre Aufgabe sieht die KBV in der vertragsärztlichen Versorgung (vgl. KBV 2017). Diese umfasse die Interessenvertretung der Vertragsärzte und die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung aller gesetzlich Versicher-

ten (vgl. *Behaghel* 1994, S. 69). Oberstes Organ der KBV ist die Vertreterversammlung (vgl. KBV 2016, S. 5). Sie beschließt die Satzung, wählt den/die Vorsitzenden der Vertreterversammlung, seine/n Stellvertreter*in sowie den Vorstand und schließt für diese Personen Dienstverträge ab (vgl. KBV 2016, S. 5). Die ehrenamtlichen Mitglieder (vgl. hierzu KBV 2016, S. 4) der Vertreterversammlung sind die Vorstandsvorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigungen, Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen (vgl. KBV 2016, S. 3). Sie können Vorstandsmitglieder per Beschluss ihres Amtes entheben, z.B. wenn diese das Vermögen der KBV gefährdende Entscheidungen treffen oder auch lediglich beabsichtigen (vgl. § 79 Abs. 1 a, Satz 2 SGB V). Die KBV sei jedoch mehr als ein „machtloser Dachverband“ (*Behaghel* 1994, S. 108), da sie die unterschiedlichen Politiken der Kassenärztlichen Vereinigungen auf der Bundesebene zusammenführt und eine *Vermittlerrolle* zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen einnehme. Dieser Rolle ist die KBV zuletzt immer weniger gerecht geworden, was insbesondere durch öffentlich ausgetragene Konflikte (vgl. *van Elten* 2016, S. 226) deutlich wurde. Demnach haben weder „exorbitante Gehaltserhöhungen“ (*van Elten* 2016, S. 226) auf der Vorstandsebene der KBV, noch das Bekanntwerden der zu Beginn dieses Beitrags behandelten Vermögensverluste zu einem Wechsel an der Spitze der KBV geführt (vgl. *Kuhrt* 2014). Wie in diesem Beitrag gezeigt werden soll, haben u.a. (vgl. hierzu *Beerheide* 2016) diese Ungeheimheiten auf der Führungsebene der KBV den Gesetzgeber zu entsprechenden Regelungen im GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz veranlasst.

Obwohl der GKV-Spitzenverband kein vergleichbares Aufsehen wie die KBV erregte, ist er, wie auch der G-BA und der MDS (vgl. 4.1), in die Regelungen des GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz einbezogen worden, da es Ziel des BMG war, die Aufsicht über die in seinem Zuständigkeitsbereich fallenden Organisationen einheitlich zu regeln (vgl. Deutscher Bundestag 2017c, S. 20). Im Zuge der seinerzeit die Öffentlichkeit beherrschenden Debatte um die Einführung des Gesundheitsfonds (vgl. *Pressel* 2012) hatte das BMG den GKV-Spitzenverband errichtet (vgl. *Pfeiffer* 2009, S. 128). Im Gegensatz zu den vormals nach Kassenarten organisierten Landesverbänden der gesetzlichen Krankenkassen (§ 208 Abs. 1 SGB V) untersteht der GKV-Spitzenverband der Aufsicht des BMG (§ 217d SGB V). Zutreffend ist daher die Schlussfolgerung, dass das BMG durch die Errichtung des GKV-Spitzenverbands sowohl Machtstrukturen in der Verbändelandschaft der gesetzlichen Krankenversicherung aufgebrochen, als auch neue Steuerungskompetenzen erhalten hat (vgl. *Döhler* 2015, S. 64f.).

Seit dem 1. Juli 2008 ist der GKV-Spitzenverband der Dachverband der gesetzlichen Krankenkassen auf der Bundesebene (§ 217a SGB V). Im Gegensatz zur KBV bestehen beim GKV-Spitzenverband drei Organe: die ehrenamtlich besetzte Mitgliederversammlung, der Verwaltungsrat und der Vorstand (vgl. GKV-Spitzenverband 2016, S. 8). Jede Mitgliedskrankenkasse entsendet jeweils eine/n Vertreter*in der Versicherten und der Arbeitgeber aus ihren Gremien in die Mitgliederversammlung des GKV-Spitzenverbandes (§ 217b Abs. 3 SGB V). Diese wählt aus ihrem Kreis eine/n Vorsitzende/n sowie den Verwaltungsrat, dessen Mitgliederzahl auf 52 beschränkt ist (vgl. GKV-Spitzenverband 2016, S. 10ff.). Der Verwaltungsrat ist zugleich Selbstverwaltungsorgan des GKV-Spitzenverbandes (§ 217b Abs. 1 SGB V) und wird, der Vertreterversammlung der KBV entsprechend, aus ehrenamtlichen (vgl. hierzu GKV-Spitzenverband 2016, S. 21) Vertreter*innen der Führungsgremien von Mitgliedskrankenkassen besetzt (vgl. GKV-Spitzenverband 2016, S. 14). Dem Verwaltungsrat obliegt u.a. der Beschluss von Satzungen und die Wahl des Vorstandes (vgl. GKV-Spitzenverband 2016, S. 23). Wie die Vertreterver-

sammlung der KBV kann auch er Vorstands- und Verwaltungsratsmitglieder ihres Amtes entheben (vgl. GKV-Spitzenverband 2016, S. 23). Hauptamtliches Organ des GKV-Spitzenverbands ist der operativ tätige Vorstand (vgl. GKV-Spitzenverband 2016, S. 27). Ihm obliegt die Umsetzung der Interessenvertretung der Krankenkassen und die Ausgestaltung der Unterstützung der Landesverbände bei der Erfüllung ihrer Aufgaben (§ 217f Abs. 2 SGB V).

Insbesondere die Reformgesetze der vergangen zwei Jahrzehnte seien ausschlaggebend dafür, dass sich das ursprünglich einheitliche Interessengefüge innerhalb der Ärzteschaft (vgl. *van Elten* 2016) zu einem pluralistischen Umfeld entwickelt habe (vgl. *Bandelow/Schade* 2008, S. 88). Nach *Bandelow/Schade* (vgl. 2008, S. 88) war die Gesundheitspolitik der Großen Koalition (2005-2009) durch ein fragmentiertes Akteursfeld und einer daraus resultierenden multiplen Interessenlage gekennzeichnet. Dies habe eine niedrige Steuerungsfähigkeit der Bundesregierung (vgl. *Bandelow/Schade* 2008, S. 88) begünstigt, welche Ausdruck in den seit dem Jahr 2000 sukzessive vorgenommenen Reformen im Gesundheitswesen (vgl. *van Elten* 2016) gefunden habe. Denn diese zielten darauf ab, die Steuerungsfähigkeit des Gesundheitsministeriums durch einen „Kompetenzverlust der Selbstverwaltung“ (*van Elten* 2016, S. 223) und eine Zentralisierung von Kompetenzen auf der Bundesebene (vgl. *Bandelow/Schade* 2008, S. 89) wieder zu erhöhen. Demzufolge habe das BMG beginnend mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz „wesentlich direkter“ (*Bandelow/Schade* 2008, S. 89) auf die Selbstverwaltungskörperschaften einwirken können (vgl. *Bandelow/Schade* 2008, S. 89). Wie im Folgenden herausgearbeitet werden soll, stellt das GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz einen weiteren Schritt auf diesem Regulierungspfad (vgl. hierzu *Beyer* 2015, S. 149) dar. Neben der Struktur der verbandlichen Selbstverwaltung zielt das GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz vor allem darauf ab, die Aufsichtskompetenzen des BMG über die Spitzenorganisationen in der GKV neu zu justieren. Der nachfolgende Abschnitt gibt zunächst einen Überblick über die bisherige Aufsicht über die Spitzenorganisationen in der GKV.

3 Aufsicht über die Spitzenorganisationen in der GKV

In diesem Abschnitt sollen Merkmale der bisherigen Aufsicht über die Spitzenorganisationen in der GKV (KBV, G-BA und GKV-Spitzenverband) herausgearbeitet werden, die anschließend den im GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz getroffenen Regelungen gegenübergestellt werden.

Die Beziehung zwischen Aufsicht und Selbstverwaltung in der Sozialversicherung ist durch den Grundsatz der maßvollen Ausübung der Aufsicht (Übermaßverbot) gegenüber den Sozialversicherungsträgern geprägt (vgl. *Schirmer/Kater/Schneider*, 22. Lfg I 11, Rz. 350, S. 8). Vergleichbar mit der Aufsicht der Bundesländer über die Kommunen (vgl. hierzu *Schuppert* 1998, S. 831) besteht somit auch in der Sozialversicherung ein Dualismus zwischen Aufsicht und Selbstverwaltung, der darauf ausgerichtet ist, der Selbstverwaltung angemessene Freiheiten zu belassen (vgl. Deutscher Bundestag 2017b, S. 21610 B). Dieses *Spannungsverhältnis* beschreibt hier das grundlegende *Charakteristikum* der Aufsicht über die Spitzenorganisationen in der GKV (vgl. Tab. 1).

Tabelle 1: Merkmale der bisherigen Aufsicht über die Spitzenorganisationen in der GKV

Merkmale	Aufsichtstyp Aufsicht über Spitzenorganisationen in der GKV
Charakteristikum	Spannungsverhältnis zwischen Aufsicht und Selbstverwaltung
Aufsichtsart	Erweiterte Rechtsaufsicht
Aufsichtsobjekt	Öffentlich-rechtliche Körperschaft
Aufsichtsanlass	Rechtsverletzung
Aufsichtsfunktion	Beratungs-, Kontroll- und Korrekturfunktion
Aufsichtsraum	Öffentlich-rechtlich
Aufsichtsmittel nach Rangfolge	Informationsrecht
–repressive	Beratung Verpflichtung Ersatzvornahme
–präventive	Genehmigungs- und Anzeigenvorbehalte

Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an Schuppert 1998, Staatsaufsicht im Wandel, S. 832.

Auf der Grundlage der von Schuppert verwendeten Kriterien zur Einordnung der Kommunalaufsicht (vgl. Schuppert 1998, S. 831) gibt die vorstehende Tabelle einen Überblick über die Merkmale der bisherigen Aufsicht über die Spitzenorganisationen in der GKV. Die im SGB IV festgelegte *Rangfolge der Aufsichtsmittel* (§ 89 SGB IV) wurde hier präzisiert. Weiterhin wurden die Aufsichtsmerkmale um den *Aufsichtsraum* ergänzt (vgl. Tab. 1). Im Folgenden wird dementsprechend von einer Aufsicht im *öffentlich-rechtlichen Raum* gesprochen, da die Aufsicht des BMG über die Spitzenorganisationen gegenüber öffentlich-rechtlichen Trägern und nicht gegenüber privaten Organisationen (vgl. Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht [BaFin] 2014) ausgeübt wird. Das *Aufsichtsobjekt* bilden hier *öffentlich-rechtliche Körperschaften* (vgl. Tab. 1). Diesen gegenüber hat die Aufsichtsbehörde eine *Beratungs-, Kontroll- und Korrekturfunktion*, die darauf abzielt, Rechtsverletzungen bei der Rechtsanwendung zu korrigieren bzw. zu vermeiden (vgl. Schirmer/Kater/Schneider, 23. Lfg VII. 12, Ziff. 220).

Die Aufsichtskompetenzen sind grundsätzlich auf die *Rechtsaufsicht*, die sich in der Sicherstellung der Einhaltung von Recht und Gesetz erschöpft (vgl. Döhler 2011, S. 111), beschränkt (§ 87 Abs. 1, Satz 2 SGB IV). In wesentlichen Geschäftsbereichen bestehen jedoch Anzeige- und Genehmigungspflichten der Spitzenorganisationen gegenüber dem BMG (vgl. Bogs 1973, S. 185), welche im Folgenden die *präventiven Aufsichtsmittel* abbilden (vgl. Tab. 1). Kluth (vgl. 1997) sieht darin eine „erweiterte Rechtsaufsicht“ (1997, S. 272), die hier das Merkmal *Aufsichtsart* der Aufsicht über die Spitzenorganisationen in der GKV beschreibt. Ein Beispiel für das in der vorstehenden Tabelle aufgeführte Merkmal der *erweiterten Rechtsaufsicht* sind die sog. genehmigungspflichtigen Vermögensanlagen (§ 85 SGB IV). Die eingangs beschriebenen Immobiliengeschäfte der KBV hätten beispielsweise einer entsprechenden Genehmigung der Aufsicht (§ 85 Abs. 1, 2 SGB IV) bedurft (vgl. Deutscher Bundestag 2016a, S. 8).

In Ergänzung zu den präventiven standen dem BMG bisher auch die für die Aufsicht über die Sozialversicherungsträger gültigen *Aufsichtsmittel* zur Verfügung (§§ 217d i.V.m. 208 Abs. 2 und 78 Abs. 3 SGB V i.V.m. §§ 88, 89 SGB IV). Diese umfassen neben dem erwähnten umfassenden Prüfrecht (vgl. Schütte-Geffers 2014, S. 439, Rz. 4 und 5), das sich auf die Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung der Verbände bezieht,

auch ein *Informationsrecht* der Aufsichtsbehörde (§ 88 SGB IV). Demnach haben die Spitzenorganisationen auf Verlangen der Aufsichtsbehörde auch im Vorhinein einer rechtlichen Überprüfung angeforderte Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen (vgl. *Schütte-Geffers* 2014, S. 441, Rz. 12f.). Im Rahmen des Informationsrechts kann das BMG an Sitzungen der Selbstverwaltungsorgane teilnehmen (vgl. *Schütte-Geffers* 2014, S. 442, Rz. 17). Weiterhin kann die Aufsicht bei Vorliegen einer Rechtsverletzung die Spitzenorganisation zunächst aufsichtsrechtlich beraten (vgl. *Schirmer/Kater/Schneider*, 23. Lfg VII. 12, Ziff. 220, S. 11). Erst nach erfolgloser Beratung besteht die Möglichkeit die Selbstverwaltungseinrichtung zu verpflichten (§ 89 Abs. 1 S. 2 SGB IV). Dabei stehen dem Gesundheitsministerium die Mittel des Verwaltungsvollstreckungsgesetzes (VwVG) zur Verfügung (§ 89 Abs. 1 S. 3 SGB IV). Diese schließen u.a. die Ersatzvornahme ein (§ 10 VwVG). Dieses Aufsichtsmittel steht auch der Kommunalaufsicht zur Verfügung und wird aufgrund seines „Vollstreckungscharakters“ (*Oebbecke* 2015, S. 246) den sog. *repressiven Aufsichtsmitteln* (vgl. hierzu *Smollich* 2011, S. 7, Rz. 16) zugeordnet (vgl. *Oebbecke* 2015, S. 240). Weiterhin konnte das BMG im Fall der Verhinderung von Organen die Aufgaben der KBV selbst wahrnehmen oder einen Beauftragten zu diesem Zweck bestellen (§ 79a SGB V). Gleiches gilt nun auch für den GKV-Spitzenverband (§ 217i SGB V). Nachfolgend werden die durch das GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz eingeführten Vorschriften vertiefend betrachtet.

4 GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz: Regulierung der Spitzenorganisationen und Stärkung der Aufsicht

Ziel dieses Abschnitts ist es, einerseits die Wirkungen der im GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz getroffenen Regelungen auf die Spitzenorganisationen in der GKV zu verdeutlichen. Andererseits sollen die Auswirkungen dieses Gesetzes auf die Aufsicht des BMG betrachtet werden. Ziel dabei ist es, die Veränderungen zu der bisherigen Aufsicht herauszuarbeiten. Aus den im GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz verfolgten Zielen (vgl. Deutscher Bundestag 2017a, S. 2), erstens der Stärkung von Kontrollrechten der Mitglieder der Selbstverwaltung, zweitens der Erhöhung der Transparenz im Verwaltungshandeln und drittens der Stärkung der Aufsicht, werden hier wesentliche Maßnahmen abgeleitet, die im Folgenden drei Regulierungsbereichen zugeordnet werden. Dies ist zunächst die *Neuausrichtung der Selbstverwaltungsstrukturen*, bei der eine am Prinzip von *checks and balances* ausgerichtete Aufbauorganisation in den Spitzenorganisationen etabliert werden soll (vgl. Deutscher Bundestag 2017b, S. 21610 A). Der zweite Regulierungsbereich beinhaltet die Vorgabe der *Errichtung und Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Verwaltung* (vgl. Deutscher Bundestag 2017a, S. 16). Während diese beiden Bereiche Veränderungen in den selbstverwalteten Spitzenorganisationen herbeiführen sollen, strebt der Gesetzgeber entsprechend des dritten Ziels des GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetzes Maßnahmen zur *Stärkung der Aufsicht über die Spitzenorganisationen in der GKV* an. Nachfolgend sollen die Wirkungen dieser drei Regulierungsbereiche auf die Selbstverwaltung der Spitzenorganisationen und die Aufsicht des BMG näher betrachtet werden.

4.1 Neuausrichtung der Selbstverwaltungsstrukturen

Aufbauend auf der vom Gesetzgeber vorgenommenen Umstrukturierung der gesetzlichen Krankenkassen seit den 1990er-Jahren (vgl. *Gerlinger* 2012) erfolgt nun eine vergleichbare Neuausrichtung der Selbstverwaltungsorgane der Spitzenorganisationen im Gesundheitswesen. Leitmotiv ist dabei die bereits für die gesetzlichen Krankenkassen vorgesehene „Professionalisierung der Leitungsstrukturen“ (*Klenk* 2012, S. 105f.).

Im Verfahren zum GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz hieß es, die neue Ausrichtung der Selbstverwaltungsorgane der Spitzenorganisationen trage zur Erhöhung der Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit der Selbstverwaltungsinstitutionen bei (vgl. Deutscher Bundestag 2017b, S. 21611 A). Vor diesem Hintergrund hat der Gesetzgeber z.B. die Anzahl der Vorstände auf 2 oder 3 Mitglieder festgelegt (vgl. Deutscher Bundestag 2017a, S. 15, *Beerheide* 2016). Eine Ausnahme hiervon wurde für die KBV getroffen, sie *muss* zukünftig über drei Vorstandsmitglieder verfügen (§ 79 Abs. 4, Satz 2 SGB V).

Im Unterschied zur wettbewerbsbedingten Re-Regulierung (vgl. *Döhler/Wegrich* 2010, S. 46) der gesetzlichen Krankenkassen (vgl. *Gerlinger* 2012, S. 145ff.), sehen die Regelungen des GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetzes nicht die Errichtung gänzlich neuer Institutionen im Gesundheitswesen (vgl. *Gerlinger* 2012, S. 147ff.), sondern die Umstrukturierung und den Ausbau vorhandener Institutionen vor (vgl. Bundesrat 2017). Letzteres wird durch die gesetzliche Implementierung von Selbstverwaltungsorganen (Verwaltungsrat, Geschäftsführung und Mitgliederversammlung) im MDS deutlich (vgl. Bundesrat 2017, Art. 1 Nr. 15, S. 12f.). Der MDS bildet demnach unverändert eine beratende „Expertenorganisation“ (MDS 2017) des GKV-Spitzenverbands und bleibt in der Spitze weiterhin eng mit dem GKV-Spitzenverband verbunden (vgl. Deutscher Bundestag 2017a, S. 36). Durch das GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz ist der MDS jedoch von einem vormals eingetragenen Verein (vgl. hierzu *Wasem* u.a. 2013, S. 70) zur Selbstverwaltungsinstitution mit eigenen Gremien umgestaltet worden. Diese Umgestaltung entspreche jedoch im Wesentlichen den bisher in der Satzung des MDS enthaltenen Regelungen (vgl. GKV-Spitzenverband 2017, S. 28ff.). Neu hingegen ist, dass die Satzung des MDS nun die Genehmigung des BMG erfordert (vgl. GKV-Spitzenverband 2017, S. 29; § 282, Abs. 2e SGB V).

4.2 Errichtung und Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Verwaltung

Mit der Neuausrichtung der verbandlichen Selbstverwaltungsstrukturen der Spitzenorganisationen der GKV sowie der Ausdehnung von Berichts-, Anzeige- und Kontrollpflichten (beispielsweise betreffend der Beteiligungen; vgl. hierzu Deutscher Bundestag 2017a, S. 42f.) wird eine neue Qualität der Aufbau- und Ablauforganisation der Spitzenorganisationen in der GKV angestrebt. Wesentliches Kriterium hierfür ist die erstmals per Gesetz formulierte Vorgabe, dass selbstverwaltete Organisationen im Sozialversicherungsumfeld ein internes Kontrollsystem und eine *unabhängige* interne Revision einzurichten haben (vgl. *Schommers* 2014, S. 5; Deutscher Bundestag 2017a, S. 16, S. 21, S. 25). Dies betrifft gleichermaßen die KBV, den G-BA, den GKV-Spitzenverband und den MDS (§§ 79 Abs. 7, 91a Abs. 3, 217b Abs. 2a, 282 Abs. 2d, Satz 4 SGB V). Wie der GKV-Spitzenverband deutlich gemacht hat, verfügte er bereits über eine interne Revision (vgl. Deutscher Bundestag 2017c, S. 13). Einen Eingriff in die Selbstverwaltung sieht er vor allem in der Be-

richtspflicht der internen Revision gegenüber der Aufsichtsbehörde (§ 217b Abs. 2a, Satz 3 SGB V), weil hierdurch die Geschäftsführung umgangen werde (vgl. GKV-Spitzenverband 2017, S. 11).

Die einschlägigen Vorschriften in der Sozialversicherung beinhalteten bisher keine explizite Anforderung, dass eine interne Revision einzurichten sei, sie setzten diese Institution jedoch voraus (ähnlich auch *Schommers* 2014, S. 5). So geht die Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung (SVRV) zwar von einer unvermuteten Kassenprüfung aus (§ 4 Abs. 1 SVRV) und die Allgemeine Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung (SRVwV) gibt hierzu ergänzend vor, dass die unvermuteten Prüfungen durch einen hauptamtlichen Vertreter des Trägers oder eine damit beauftragte Prüfstelle durchzuführen sind (§ 7 Abs. 3 SRVwV). Da das GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz bis auf die Unabhängigkeit keine Anforderungen an die Ausgestaltung der internen Revision beinhaltet, ist diese nicht mit den internen Revisionen privater Versicherungsunternehmen (§ 30 VAG) oder denen von Kreditinstituten vergleichbar, die nach den Mindestanforderungen an das Risikomanagement (MaRisk) der BaFin ausgestaltet sein sollen (vgl. BaFin 2016, Konsultation 02/2016, AT 4.4.3 MaRisk).

4.3 Stärkung der Aufsicht über die Spitzenorganisationen der GKV

Eine stärkende Wirkung auf die Aufsicht über die Spitzenorganisationen in der GKV kann vor allem von den folgenden drei Regelungsbereichen des GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetzes ausgehen. Dies ist zunächst die Ausweitung bestehender Aufsichtsmittel auf die sog. *Arbeitsgemeinschaften* (§ 94 Abs. 1a SGB X), an denen die Spitzenorganisationen beteiligt sind. Zweitens hält das GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz neue Aufsichtsinstrumente bereit sowie drittens eine Ausweitung bestehender Vorschriften aus dem Bereich Vermögensanlagen.

Arbeitsgemeinschaften sind Institutionen, die durch Sozialversicherungsträger sowie durch deren Verbände zu Zwecken einer engeren Zusammenarbeit hinsichtlich der ihnen gesetzlich übertragenen Aufgaben gebildet werden können (§ 94 Abs. 1a SGB X). Eine Überwachung dieser Institutionen sei vor allem deshalb bedeutsam, weil sie „selbst von den Mitgliedern als ‚black box‘“ (*Sichert* 2013, S. 130) angesehen würden. Arbeitsgemeinschaften seien insbesondere ein Instrument zur „effizienten und kostensparenden Aufgabenerledigung“ (*Sichert* 2013, S. 130). Im Klartext dienen sie dazu, Aufgaben auszulagern (Outsourcing) (vgl. BVA 2008). Das GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz sieht vor, dass das BMG im Rahmen seiner Aufsicht über die Arbeitsgemeinschaften zukünftig die für die Aufsicht über die Träger der Sozialversicherung vorgesehenen Aufsichtsmittel (vgl. § 89 Abs. 1 SGB IV) anwenden kann (vgl. Bundesrat 2017). Dies gilt sowohl für die beiden Dachverbände KBV und GKV-Spitzenverband, als auch für den G-BA und den MDS (§§ 77b Abs. 3, 219 Abs. 4, 91a Abs. 4, 282 Abs. 4, Satz 2 SGB V).

Der zweite Regelungsbereich, der hier „ein zielgerichtetes und schnelles Eingreifen“ (Deutscher Bundestag 2016c, S. 2) der Aufsicht ermöglichen soll, beinhaltet eine Anhebung des bislang verhängbaren Zwangsgeldes sowie ein in der Aufsicht der Sozialversicherung gänzlich neues Aufsichtsmittel. Bislang konnte die Aufsicht ein Zwangsgeld bis zu einer maximalen Höhe von 25.000 Euro (§ 11 Abs. 3 VwVG) verhängen. Das GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz hat dies für die oben genannten Spitzenorganisationen der GKV auf 10 Millionen Euro, die zugunsten des Gesundheitsfonds erhoben werden kön-

nen, angehoben (§§ 78, Abs. 4, 91a Abs. 2, 217d Abs. 3 und 282 Abs. 4, Satz 2 SGBV). Wie Fattler (vgl. 2008, Rz. 6, S. 9) deutlich macht, ist im Falle eines erfolglos gebliebenen Zwangsmittels eine erneute Androhung eines weiteren Zwangsmittels für die Aufsicht in der Sozialversicherung explizit ausgeschlossen worden. Insofern erscheint eine Erhöhung des Zwangsgeldes hier sinnvoll. Im Gegensatz dazu habe sich jedoch die Durchsetzung von Verpflichtungsbescheiden mit den Mitteln des VwVG in der Aufsichtspraxis vor allem gegenüber den bundesunmittelbaren Krankenversicherungsträgern bisher als nicht zielführend erwiesen (vgl. Fattler 2008, Rz. 6, S. 9). Ob sich die Erhöhung des Zwangsgeldes in der Aufsichtspraxis tatsächlich auswirkt, bleibt daher fraglich. Dennoch hat der GKV-Spitzenverband (vgl. 2017) die Anhebung des Zwangsgeldes als „eklatant“ (ebd., S. 13) bewertet und stellt auch die Verhältnismäßigkeit in Frage (vgl. ebd., S. 13). Zunächst soll hier daher festgehalten werden, dass die Anhebung des Zwangsgeldes dazu führt, dass die Ausgestaltung dieses Aufsichtsmittels über die Vorgabe im VwVG hinaus geht.

Zwecks Errichtung einer „wirksamen staatlichen Aufsicht“ (Deutscher Bundestag 2016c, S. 1) des BMG über die Spitzenorganisationen in der GKV sieht das GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz darüber hinaus ein weiteres, in der Aufsicht über die Sozialversicherung neues, Aufsichtsinstrument vor. Dies ist die Möglichkeit einer sog. „Entsandten Person für besondere Angelegenheiten des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ (Deutscher Bundestag 2017a, S. 29). Eine entsprechende Regelung besteht auch gegenüber der KBV (§ 78b SGB V) und dem MDS (§ 282 Abs 4, Satz 2 i.V.m. § 217h SGB V). Das Aufsichtsmittel der *entsandten Person* ist vom Beauftragten, den das BMG im Falle veränderter Organe bestellen kann, zu differenzieren. Der Unterschied besteht insbesondere darin, dass das BMG nun bereits (relativ unbestimmt) eine Person in die KBV, den GKV-Spitzenverband und den MDS entsenden kann, wenn *hinreichende Anhaltspunkte* dafür vorliegen, dass eine Pflichtverletzung eines Organmitglieds einen Schaden an der Körperschaft verursacht hat (§ 78b Abs. 1, Satz 2 Nr. 4 SGB V). Weiterhin setzt die entsandte Person des BMG wie auch der Beauftragte nach § 79a bzw. § 217i SGB V eine Anordnung voraus. Im Falle der entsandten Person haben Klagen gegen diese Anordnung jedoch keine aufschiebende Wirkung (§§ 78b Abs. 4, Satz 2, 217h Abs. 4, Satz 2 SGB V). In der mündlichen Anhörung des Gesundheitsausschusses zum GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz machte Professor *Sodan* hierzu deutlich, dass das BMG somit die „vorläufige Sicherung des Status-Quo“ (Deutscher Bundestag 2017c, S. 7) durch die Spitzenorganisationen umgehe und „vollendete Tatsachen“ (Deutscher Bundestag 2017c, S. 7) schaffen kann. Weiterhin habe der Einsatz des Aufsichtsmittels der entsandten Person eine „niedrige Schwelle“ (Deutscher Bundestag 2017c, S. 9) im Vergleich zu den bereits bestehenden Aufsichtsmitteln. Insbesondere die Bestellung eines Beauftragten im Falle der Verhinderung von Organen müsse vergleichsweise „strenge Voraussetzungen“ (Deutscher Bundestag 2017c, S. 9) erfüllen. Zudem handele es sich um keine enumerative Aufzählung der Fälle, in denen das BMG eine Person in die Spitzenorganisationen entsenden kann, weshalb dieses Aufsichtsmittel im Gegensatz zu den bestehenden Aufsichtsmitteln nicht als „Ultima Ratio“ (Deutscher Bundestag 2017c, S. 9) zu bewerten sei (vgl. Deutscher Bundestag 2017c, S. 9).

Eine entsandte Person des Gesundheitsministeriums soll den Vorstand und den Verwaltungsrat der Spitzenorganisation beraten und unterstützen sowie auf die Umsetzung von Aufsichtsverfügungen hinwirken (vgl. Bundesrat 2017, Art. 1 Nr. 4, S. 3). Hierzu könne sie sich Unterlagen vorlegen lassen, an Gremiensitzungen teilnehmen und Nachforschungen selbst vor Ort beim Träger durchführen. Der letztgenannte Punkt verdeut-

licht, dass das Aufsichtsmittel der entsandten Person vor allem die Ausübung des bereits bestehenden Informationsrechts unterstützt. Wie im Folgenden gezeigt wird, besteht bei dem Aufsichtsmittel der entsandten Person auch eine bedingte Analogie zum Beauftragten, den die Kommunalaufsichten bestellen können (vgl. § 175 Niedersächsische Kommunalverfassung [NKomVG]).

Der dritte Regelungsbereich, der auf die Stärkung der Aufsicht über die Spitzenorganisationen im Gesundheitswesen zielt, umfasst eine Ausweitung bestehender Vorschriften im Bereich Vermögensanlagen (§§ 78 Abs. 5, Satz 2, 91a Abs. 1, Satz 6 und 217d Abs. 2, Satz 3 SGB V). Demnach haben sich die KBV, der G-BA und der GKV-Spitzenverband, im Gegensatz zum MDS (§ 281 Abs. 2, Satz 3 SGB V), nun nicht mehr ausschließlich nach den Grundsätzen der Vermögensanlage in der Sozialversicherung (§ 80 Abs. 1 SGB IV) und den Vorschriften für die genehmigungsbedürftigen Vermögensanlagen (§ 85 SGB IV) zu richten (vgl. *Brandt* 2014, S. 412ff.; S. 428ff.), sondern ergänzend auch die Vorschriften für die Anlegung der Rücklage (§ 83 SGB IV) (vgl. *Brandt* 2014, S. 420ff.) zu berücksichtigen (vgl. Deutscher Bundestag 2017a, S. 9).

Zur Auslegung dieser Vorschriften hatte das BVA den unter seiner Aufsicht stehenden bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträgern den Erlass von Anlagerichtlinien für Vermögensanlagen aufgegeben (vgl. BVA 2013). Hinsichtlich der Gestaltung dieser Richtlinien hat die Aufsichtsbehörde den unter ihrer Aufsicht stehenden Trägern empfohlen, sich an der durch die Deutsche Rentenversicherung Bund erlassenen Anlagerichtlinie (vgl. BVA 2013, S. 3) sowie an den Vorgaben der BaFin für private Versicherungsunternehmen zu orientieren (vgl. BVA 2014).

Vor diesem Hintergrund scheint die Kritik an der „dezent wahrgenommenen“ (Deutscher Bundestag 2017b, S. 21614 A) Aufsicht des Gesundheitsministeriums über die KBV, insbesondere in Hinblick auf den Bereich Vermögensanlagen, nicht gänzlich unbegründet zu sein. Folge dieser Kritik ist die Einführung einer Berichtspflicht des Gesundheitsministeriums gegenüber dem Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages, die als Pendant zur Ausweitung der Aufsichtskompetenzen des BMG angesehen werden kann. Erstmals am 1. März 2018 (zukünftig jährlich), hat das BMG dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages sowohl über die Anwendung des Aufsichtsinstruments der entsandten Person als auch über den Erlass von Verpflichtungsbescheiden (vgl. *Schütte-Geffers* 2014, S. 444ff.) gegenüber dem GKV-Spitzenverband und der KBV (§§ 78c, 217j SGB V) als auch gegenüber dem MDS (§ 282 Abs. 4, Satz 2 SGB V) zu berichten. Diese Kontrolle der Aufsichtsführung des BMG wurde durch einen Änderungsantrag der SPD in das GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz eingebracht (vgl. Deutscher Bundestag 2017b, S. 21612 C). Vor dem Hintergrund der eingangs beschriebenen Vermögensverluste der KBV (vgl. *Thelen* 2016, S. 8), vertritt die SPD die Auffassung, dass „eine effiziente Rechtsaufsicht [...] auch auf der Grundlage der bestehenden gesetzlichen Regelungen hätte ausgeübt werden können“ (Deutscher Bundestag 2017b, S. 21612 C).

Sowohl die Ausweitung von Aufsichtsmitteln auf die Arbeitsgemeinschaften als auch die Ausweitung bestehender vermögensrechtlicher Vorschriften deuten hier auf eine in ihrem Umfang veränderte Aufsicht über die Spitzenorganisationen der GKV hin (vgl. Tab. 1). Zukünftig kommen zu den Spitzenorganisationen ergänzend die Arbeitsgemeinschaften als *Aufsichtsobjekte* hinzu. Hierdurch erweitert sich ggf. auch der *Aufsichtsraum*, sofern diese Arbeitsgemeinschaften, wie durchaus üblich, privatwirtschaftliche Rechtsformen (z.B. in Form einer GmbH) besitzen (vgl. BVA 2015, S. 117). Im Bereich der *Aufsichtsmittel* macht insbesondere das Aufsichtsinstrument der entsandten Person deutlich,

inwiefern die Aufsicht des BMG hier zur Durchsetzung von Vorgaben gegenüber den Spitzenorganisationen der GKV befähigt wird. Die Einführung dieses Aufsichtsmittels gibt im Folgenden Anlass zu der Annahme, dass sich die Aufsicht des Gesundheitsministeriums über die Spitzenorganisationen der GKV an die Kommunalaufsicht annähert. Diese Entwicklung der BMG-Aufsicht wird im Folgenden Abschnitt behandelt.

5 Annäherung der Aufsicht über die Spitzenorganisationen der gesetzlichen Krankenversicherung an die Kommunalaufsicht

Die Bestellung eines Beauftragten war bisher, mit Ausnahme des Falles der Verhinderung von Organen, der Kommunalaufsicht (§ 175 NKomVG) vorbehalten. Dieses Instrument zielt darauf ab die Umsetzung von Aufsichtsvorgaben der Kommunalaufsicht zur Behebung eines gesetzeswidrigen Zustands sicherzustellen (vgl. *Knemeyer* 2007, Rz. 54, S. 232). Bei der Bestellung eines Beauftragten trete die „politische Verantwortlichkeit für die getroffene Zweckmäßigkeitsentscheidung offen zutage“ (*Oebbecke* 2015, S. 247), weshalb dieses Aufsichtsmittel hier nicht der Rechtsaufsicht zugeordnet werde, sondern Zweckmäßigkeitscharakter aufweise (vgl. *Oebbecke* 2015, S. 247). Vor allem sei es, im Gegensatz zur entsandten Person des BMG, das letzte und zugleich schärfste Mittel der Kommunalaufsicht, bevor die Auflösung kommunaler Organe und die Ausschreibung von Neuwahlen in Betracht kämen (vgl. hierzu *Knemeyer* 2007, Rz. 54, S. 232). Das Land Nordrhein-Westfalen hat beispielsweise die Bestellung eines Beauftragten, der auch als „Staatskommissar“ (*Holtkamp* 2012, 162) bezeichnet wird, an den Haushaltsausgleich geknüpft (vgl. *Holtkamp/Fuhrmann* 2014, S. 145.). Die Entsendung von Staatskommissaren sei in diesem Fall jedoch weitgehend gescheitert (vgl. *Holtkamp* 2011, S. 243) und für die Kommunalaufsichten keine ernst zunehmende Handlungsoption (vgl. *Stolzenberg/Heinelt* 2013, S. 475f.). Dies zeige sich insbesondere daran, dass in Nordrhein-Westfalen die Bestellung eines Staatskommissars zwar vorgeschrieben wurde, für den Fall, dass eine Kommune im Haushaltssicherungskonzept (§ 110 Abs. 8 NKomVG) keinen Haushaltsausgleich darstellen kann (vgl. *Holtkamp/Fuhrmann* 2014, S. 145). Diese Möglichkeit werde jedoch in der Praxis gar nicht oder nur zeitweise in kleineren Kommunen angewendet (vgl. *Stolzenberg/Heinelt* 2013, S. 476). Im Bereich der Kommunalaufsichten weist dieses Aufsichtsinstrument folglich auf ein Steuerungsproblem in Form eines Steuerungsverzichts hin. Nach *Stolzenberg und Heinelt* (vgl. 2013, S. 475) strebten die Länder vor allem danach, dem Vorwurf der Mitschuld an der kommunalen Haushaltsmisere (vgl. hierzu *Rehm* 2011) zu entgehen. Andererseits würden Kommunen die Kontrolle der Kommunalaufsichten durch Privatisierungen, parteipolitische Kontakte zur Landesebene oder den Klageweg erschweren (vgl. *Stolzenberg/Heinelt* 2013, S. 476). Lücken bei der Genehmigung von Kassenkrediten (vgl. hierzu *Hansmann* 2011, S. 13) ermöglichten ihnen sogar, die hierarchische Steuerung zu umgehen (vgl. *Stolzenberg/Heinelt* 2013, S. 476). Nach *Zabler/Person/Ebinger* (vgl. 2016, S. 10) habe auch die Verschärfung dieser Genehmigungsvorbehalte keinen spürbaren Effekt auf die Verringerung der kommunalen Verschuldung gehabt.

Die entsandte Person des BMG ist insbesondere deshalb von dem Staatskommissar der Kommunalaufsichten zu unterscheiden, weil sie nur im Innenverhältnis der Spitzenorganisationen tätig werden soll. Eine Vertretung der Selbstverwaltungsorgane nach außen ist im GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz explizit ausgeschlossen worden (vgl.

Deutscher Bundestag 2017a, S. 12). Aufgrund dieses Kompetenzunterschieds zum Beauftragen der Kommunalaufsicht wird die vom Gesundheitsministerium entsandte Person auch als „kleiner Staatskommissar“ (Deutscher Bundestag 2017b, S. 21612 B) bezeichnet. Obwohl die Ausgestaltung der Kommunalaufsicht bislang als „Prototyp der klassischen Staatsaufsicht“ (Schuppert 1998, S. 831) herausgestellt wurde, ergeben sich nun durch das Aufsichtsmittel der entsandten Person weitere Überschneidungen mit der Aufsicht des BMG über die Spitzenorganisationen in der GKV (vgl. Tab. 2). Dementsprechend wurde im dritten Abschnitt bereits angedeutet, dass aufgrund der Aufsicht über öffentlich-rechtliche (G-BA) bzw. Selbstverwaltungskörperschaften (KBV, GKV-Spitzenverband, MDS), dem zugrunde liegenden Spannungsverhältnis, dem Aufsichtsraum, der Aufsichtsart sowie dem Aufsichts Anlass von einer Vergleichbarkeit der Aufsichtstypen hinsichtlich ihrer Wesensart ausgegangen werden kann. Ähnlichkeiten bestehen auch hinsichtlich der *Aufsichtsfunktionen* (vgl. Knemeyer 2007, Rz. 11, 12, S. 221f.) und der *Aufsichtsmittel* (vgl. Oebbecke 2015, S. 240ff.). Bei der Aufsicht des BMG über die Spitzenorganisationen in der GKV und den Kommunalaufsichten handelt es sich daher um zwei Aufsichtstypen, die eine ähnliche Wirkungsweise und Ausrichtung haben (vgl. Tab. 2).

Tabelle 2: Die zukünftige Aufsicht über Spitzenorganisationen in der GKV im Vergleich

Aufsichtstypen Merkmale	Aufsicht über Spitzenorganisationen in der GKV	Kommunalaufsicht
Charakteristikum	Spannungsverhältnis zwischen Aufsicht und Selbstverwaltung	Spannungsverhältnis zwischen Aufsicht und Selbstverwaltung
Aufsichtsart	Erweiterte Rechtsaufsicht	Erweiterte Rechtsaufsicht
Aufsichtsobjekt	Selbstverwaltungskörperschaften und Arbeitsgemeinschaften	Selbstverwaltungskörperschaften
Aufsichtsanlass	Rechtsverletzung	Unterstützung und Rechtsverletzung
Aufsichtsfunktion	Beratungs-, Kontroll- und Korrekturfunktion	Schutz- und Kontrollfunktion
Aufsichtsraum	Öffentlich-rechtlich und gegenüber Institutionen der Privatwirtschaft	Öffentlich-rechtlich
Aufsichtsmittel nach Rangfolge	Informationsrecht	Informationsrecht
– repressive	Beratung Verpflichtung Ersatzvornahme Erhebung eines Zwangsgeldes bis zu einer Höhe von 10 Mio. Euro	Beanstandung Anordnung Ersatzvornahme
– präventive	Genehmigungs- und Anzeigenvorgehalte Bestellung einer entsandten Person	Genehmigungs- und Anzeigenvorbehalte Bestellung eines Staatskommissars

Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an Schuppert 1998, Staatsaufsicht im Wandel, S. 832.

Beide Aufsichtstypen sind der *erweiterten Rechtsaufsicht* zuzuordnen, da sie auch über präventive Aufsichtsmittel verfügen (vgl. Oebbecke 2015, S. 239f.). Das *Informationsrecht* der Kommunalaufsichten ist insofern vergleichbar mit dem Umfang des Informationsrechts des BMG, als dass beide keinen Anfangsverdacht, sondern lediglich ein *nach-*

vollziehbares Informationsbedürfnis der Aufsichtsbehörde erfordern (vgl. *Breitkreuz* 2007, Rz. 6, S. 537f., *Oebbecke* 2015, S. 238).

Die *repressiven Aufsichtsmittel* der Kommunalaufsicht stimmen in ihrer Wirkung ebenfalls mit denen der Aufsicht des BMG über die Spitzenorganisationen in der GKV überein (vgl. Tab. 2). Denn sie sollen dazu dienen die Beseitigung von Rechtsverletzungen durchzusetzen und dies ggf. auch zu erzwingen (vgl. *Schirmer/Kater/Schneider* 2011, Rz. 350, *Oebbecke* 2015). Wie in der Praxis der Sozialversicherung (vgl. *Fattler* 2008, Rz. 6, S. 9) sind die repressiven Aufsichtsmittel auch in der Aufsichtspraxis der Kommunalaufsichten problematisch. Hier führe eine Beanstandung (vgl. hierzu *Oebbecke* 2015, S. 240ff.) nicht zwangsläufig dazu, dass beispielsweise Werkverträge, die auf einem rechtswidrigen Beschluss basieren, rückgängig gemacht werden. Vielmehr gäbe sich die Kommunalaufsicht bereits mit der Aufhebung des rechtswidrig gefassten Beschlusses zufrieden (vgl. *Oebbecke* 2015, S. 241).

In Hinblick auf das erhöhte Zwangsgeld überschreiten die Aufsichtskompetenzen des BMG zukünftig sogar die der Kommunalaufsichten (§§ 172; 174 NKomVG). Abgesehen von den Unterschieden betreffend die Erhebung eines Zwangsgeldes sowie den verschiedenen ausgestalteten Kompetenzen der Staatskommissare ergibt sich bei näherem Hinschauen in der Praxis der Kommunalaufsicht eine Diskrepanz hinsichtlich der Frage, wann welches repressive Aufsichtsmittel angewendet wird (vgl. *Oebbecke* 2015). *Oebbecke* (vgl. 2015, S. 244) hat darauf hingewiesen, dass sich insbesondere die Rechtsprechung schwer damit tue, den Ermessensspielraum (vgl. hierzu *Maurer* 2011, S. 143, Rz. 7ff.) von Kommunalaufsichtsbehörden hinsichtlich der Geeignetheit des ausgewählten Mittels zu beurteilen. Im Kern gehe es dabei nicht darum ob (Entschließungsermessen, auch Opportunitätsprinzip), sondern wie die Aufsicht einschreiten sollte (Auswahlermessen) (vgl. *Maurer* 2011, S. 144, Rz. 7). Im Gegensatz zur Aufsicht des BMG über die Spitzenorganisation in der GKV ist die Reihenfolge der anzuwendenden Aufsichtsmittel für die Kommunalaufsichten offenbar weniger präzise durch die Landesgesetzgeber vorgeschrieben worden. Gleichzeitig werde insbesondere die Finanzaufsicht im hohen Maße uneinheitlich ausgeübt (vgl. *Zabler/Person/Ebinger* 2016, *Person/Niemann* 2016). Die Gründe hierfür lägen in den individuellen Aufsichtsphilosophien der zuständigen Landratsämter, deren geringen Personalbesetzungen sowie in dem fehlenden regelmäßigen Austausch der Aufsichtsbehörden untereinander (vgl. *Geißler/Ebinger* 2015, S. 17).

Der Vergleich der entsandten Person des BMG mit dem Beauftragten der Kommunalaufsicht hat hier grundlegende Ähnlichkeiten zwischen den Aufsichtstypen aufgezeigt. Dabei wurde ebenfalls deutlich, dass der Gesetzgeber mit der entsandten Person dem BMG ein Aufsichtsmittel zur Verfügung gestellt hat, welches aufgrund seiner niedrigen Einsatzvoraussetzungen bislang weder in der Aufsicht über die Sozialversicherung noch in der Kommunalaufsicht bestand.

6 Schlussfolgerungen

Ziel dieses Beitrags war es, die durch das GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz ausgelöste Regulierung von Strukturen der selbstverwalteten Spitzenorganisationen in der GKV sowie die Entwicklung der Aufsicht des Gesundheitsministeriums über diese Organisationen herauszuarbeiten. Hierzu wurden zunächst die bisherige Ausgestaltung der Spitzenorganisationen und die der Aufsicht des BMG dargestellt. Dabei wurde aufgezeigt, dass die

Spitzenorganisationen in der GKV sehr unterschiedlich aufgebaut sind. Die im vierten Abschnitt durchgeführte Analyse hat deutlich gemacht, dass die differenzierte Ausgestaltung der Spitzenorganisationen in der GKV weiterhin bestehen bleibt. Ein Ziel des GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetzes, nämlich die Aufsicht über die Spitzenorganisationen zu vereinheitlichen (vgl. Deutscher Bundestag 2016c, S. 21), ist im Wesentlichen erreicht worden. Darüber hinaus wurde hier verdeutlicht, inwiefern die Aufbau- und Ablauforganisation der Spitzenorganisationen in der GKV reguliert bzw. im Falle des MDS die Aufbaustruktur gesetzlich vorgegeben wurde. Dass letzteres nicht ungewöhnlich ist, zeigt sich an den bereits bestehenden Spitzenorganisationen in der GKV. Das Beispiel des MDS hat jedoch verdeutlicht, dass künftig das BMG für die Satzungsgenehmigung zuständig ist und diesbezüglich an Kompetenzen hinzugewonnen hat (vgl. 4.1). Die Neuausrichtung der Selbstverwaltungsstrukturen betrifft im besonderen Maße die KBV, für die die Wahl eines dritten Vorstandsmitglieds im Gegensatz zu den anderen Spitzenorganisationen nun verpflichtend ist (§ 79 Abs. 4, Satz 2 SGB V). Die Erweiterung bestehender Berichtspflichten sowie die Vorgabe, eine interne Revision zu errichten (4.2), zielen auf eine erhöhte Transparenz ab, was sich positiv auf das Informationsrecht der Aufsicht des BMG auswirken könnte. Schließlich hat die im vierten Abschnitt vorgenommene Analyse gezeigt, welche Regelungen eine Stärkung der Aufsicht des BMG über die Spitzenorganisationen begünstigt haben (4.3). So kann das BMG künftig die repressiven Aufsichtsmittel auch auf privatwirtschaftlich organisierte Arbeitsgemeinschaften anwenden. Ergänzend wurde das erhebliche Zwangsgeld deutlich erhöht und die Gültigkeit der gesetzlichen Vorschriften im Bereich der Vermögensanlagen auf zumindest drei der hier betrachteten vier Spitzenorganisationen ausgeweitet. Weiterhin ist mit der entsandten Person ein zusätzliches Aufsichtsmittel geschaffen worden, das die Aufsicht des BMG über die Spitzenorganisationen der GKV zukünftig grundlegend verändern kann.

Hierzu hat der Vergleich der BMG-Aufsicht mit der Kommunalaufsicht Erkenntnisse in mehrfacher Hinsicht geliefert: Erstens sind die beiden Aufsichtstypen nicht nur aufgrund der ihre Aufsichtsobjekte charakterisierenden Selbstverwaltungsstruktur, sondern insbesondere in Hinblick auf das grundlegende Spannungsverhältnis vergleichbar. Zweitens wurden Unterschiede in der Ausgestaltung der Anwendung der Aufsichtsmittel in der Aufsichtspraxis des Gesundheitsministeriums im Vergleich zur Kommunalaufsicht deutlich, die es rechtfertigen auch weiterhin von zwei verschiedenen Aufsichtstypen zu sprechen. Drittens wurde aufgezeigt, dass sich die BMG-Aufsicht durch das Aufsichtsmittel der entsandten Person an die Kommunalaufsicht angenähert hat, da dies die Zweckmäßigkeit des Aufsichtshandelns des BMG betont. Obwohl hier herausgearbeitet wurde, dass die entsandte Person insbesondere das bestehende Informationsrecht des BMG stärkt, deutet dieses Aufsichtsmittel, auch aufgrund der unbestimmten Rechtsbegriffe, auf eine Verschiebung von der Rechts- zur Zweckmäßigkeitensaufsicht hin. Dementsprechend lässt sich feststellen, dass die Aufsicht des BMG ihren ursprünglichen Fokus auf die Rechtsaufsicht verloren hat und somit zumindest aus dem „Schatten“ (Kluth 1997, S. 5) der Kommunalaufsicht tritt. Sollte sich dies durch die zukünftige Aufsichtspraxis bestätigen, könnte eine Folge dieser Entwicklung sein, dass sich der grundlegende Charakter und somit das Spannungsverhältnis zwischen Selbstverwaltung und Aufsicht *dauerhaft* zugunsten der staatlichen Aufsicht verschiebt.

Die Einführung der Berichtspflicht des BMG über seine Aufsichtshandlungen bezüglich der entsandten Person sowie des Erlasses von Verpflichtungsbescheiden (vgl. Bundesrat 2017, Art. 1 Nr. 4a, S. 4; Nr. 12, S.11) deutet hingegen daraufhin, dass künftig das

tatsächliche Einschreiten der Aufsicht und somit das Entschließungsermessen (vgl. *Maurer* 2011, S. 143f., Rz. 7; Bundessozialgericht 2006, B 1 A2/05 R, Rz. 32) kontrolliert oder gar in Frage gestellt (vgl. Deutscher Bundestag 2017c, S. 16) wird. Vor allem die Einhaltung der Verhältnismäßigkeit, also die Auswahl des Aufsichtsmittels, könnte so überwacht werden. Eine vergleichbare gesetzlich geregelte parlamentarische Kontrolle der Aufsicht über die Spitzenorganisationen der anderen Sozialversicherungszweige, die teilweise dem BVA und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales obliegt (§ 90 Abs. 2a SGB IV), besteht hingegen nicht. Abschließend stellt sich daher die Frage, ob das GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz für den Beginn einer Neuausrichtung der Aufsicht über die Sozialversicherung insgesamt steht. Trifft dies zu, stellt der hier herausgearbeitete Umbruch der Aufsicht des BMG über die Spitzenorganisationen der GKV einen Anknüpfungspunkt zu einer vertiefenden Betrachtung zukünftiger Herausforderungen im Spannungsfeld der Aufsicht über die Sozialversicherung dar.

Literatur

- Bandelow, Nils C./Schade, Mathieu* 2008: Die Gesundheitsreform der Großen Koalition: Strategische Erfolge im Schatten des Scheiterns, in: *Fischer, Thomas/Kießling, Andreas/Novy, Leonard* (Hrsg.): Politische Reformprozesse in der Analyse, Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung 2008, S. 85-144.
- Beerheide, Rebecca* 2016: „GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz: Ministerium verschärft die Aufsicht“, 113(47), Online verfügbar unter: www.aerzteblatt.de/archiv/183954/GKV-Selbstverwaltungsstaerkungsgesetz-Ministerium-verschaerft-die-Aufsicht, Stand: 26.04.2017.
- Behagel, Katrin* 1994: Kostendämpfung und ärztliche Interessenvertretung: Ein Verbandssystem unter Stress, in: Schriften des Max-Planck-Instituts für Gesellschaftsforschung Köln, Bd. 18, Frankfurt am Main: Campus.
- Beyer, Jürgen* 2015: Pfadabhängigkeit, in: *Wenzelburger, Georg/Zohnhöfer, Reimut* (Hrsg.), Handbuch Policy-Forschung, Wiesbaden: Springer VS, S. 149-171.
- Bogs, Harald* 1973: Die Sozialversicherung im Staat der Gegenwart, in: Veröffentlichungen des Vereins für Versicherungswirtschaft, 75, Berlin: Duncker & Humblot.
- Brandt, Thomas* 2014: Kommentierung §§ 80, 83 und 85 SGB IV, in: *Kreikebohm, Ralf* (Hrsg.), Sozialgesetzbuch IV Kommentar, 2. Aufl., München: C.H. Beck, S. 412-432.
- Breitkreuz, Tilmann* 2007: Kommentierung § 88 SGB IV, in: *Winkler, Jürgen* (Hrsg.), Sozialgesetzbuch IV, Lehr- und Praxiskommentar, Baden-Baden: Nomos, S. 536-538.
- Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht* 2016: Konsultation 02/2016: Entwurf der MaRisk in der Fassung vom 18.02.2016, Online verfügbar unter: https://www.bafin.de/SharedDocs/Veroeffentlichungen/DE/Konsultation/2016/kon_0216_marisk-novelle_2016.html, Stand: 18.07.2017.
- Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht* 2014: Aufgaben & Geschichte der BaFin, Online verfügbar unter: https://www.bafin.de/DE/DieBaFin/AufgabenGeschichte/aufgabengeschichte_node.html, zul. geändert: 31.03.2014, Stand: 26.04.2017.
- Bundesrat* 2017: Gesetzesbeschluss des Deutschen Bundestages zum GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz, Drs. 55/17, 27.01.2017.
- Bundesversicherungsamt* 2015: Tätigkeitsbericht, Online verfügbar unter: www.bundesversicherungsamt.de/service/publikationen.html, Stand: 03.05.2017.
- Bundesversicherungsamt* 2014: Rundschreiben „Finanzanlagemanagement von bundesnahen Einrichtungen; hier: Empfehlung des Bundesministeriums der Finanzen für Mindestanforderungen an ein Finanzanlagemanagement (Stand: 31. Oktober 2014), Az.: 511 – 4110.02-134/2012, Online verfügbar unter:

- <http://www.bundesversicherungsamt.de/aufsicht/finanzen-und-vermoeegen-der-sozialversicherungstraeger/finanzenanlagenmanagement.html>, Stand: 18.07.2017.
- Bundesversicherungsamt* 2013: Rundschreiben „Richtlinie für die Anlage und Verwaltung der liquiden Vermögensmittel (Anlagerichtlinie)“, Az.: V1 – 4110.02-134/2012, Online verfügbar unter: <http://www.bundesversicherungsamt.de/aufsicht/finanzen-und-vermoeegen-der-sozialversicherungstraeger/finanzenanlagenmanagement/browse/1.html>, Stand: 18.07.2017.
- Bundesversicherungsamt* 2008: Arbeitspapier Outsourcing, Stand: 23.06.2008, Online verfügbar unter: <http://www.bundesversicherungsamt.de/aufsicht/vergaberecht-sonstige-angelegenheiten-der-sozialversicherung/browse/1.html>, Stand: 18.07.2017.
- Butterwegge, Christoph* 2012: Krise und Zukunft des Sozialstaates, 4., überarb. und erw. Aufl., Wiesbaden: Springer VS.
- Deutscher Bundestag* 2017a: Drs. 18/11009, Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit, 25.01.2017.
- Deutscher Bundestag* 2017b: Drs. 18/215, Plenarprotokoll, 26.01.2017.
- Deutscher Bundestag* 2017c: Wortprotokoll der 100. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Öffentliche Anhörung zum GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz, Nr. 18/100, 16.01.2017.
- Deutscher Bundestag* 2016a: Drs. 18/7464, Antwort der Bundesregierung, „Immobilienengeschäfte der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und mögliche aufsichtsrechtliche Versäumnisse der Bundesregierung“, 04.02.2016.
- Deutscher Bundestag* 2016b: Drs. 18/7832, Antwort der Bundesregierung, „Wertpapiergeschäfte der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und möglicher Handlungsbedarf der Bundesregierung“, 10.03.2015 [sic! 2016].
- Deutscher Bundestag* 2016c: Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung der Spitzenorganisationen in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie zur Stärkung der über sie geführten Aufsicht (GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz), Drs. 18/10605, 09.12.2016.
- Döhler, Marian* 2015: Das Politikfeld als analytische Kategorie, in: *der moderne staat*, 8. Jg., H. 1, S. 51-69.
- Döhler, Marian* 2011: Wie Ministerien (versuchen) Bundesbehörden (zu) steuern, in: *Verwaltungsarchiv*, Jg. 102, H. 1, S. 110-133.
- Döhler, Marian/Wegrich, Kai* 2010: Regulierung als Konzept und Instrument moderner Staatstätigkeit, in: *dms – der moderne staat*, H. 1/2010, S. 31-52.
- Döhler, Marian/Manow, Philip* 1995: Formierung und Wandel eines Politikfeldes: Gesundheitspolitik von Blank zu Seehofer, MPIfG Discussion Paper, No. 95/6.
- Elten, Katharina van* 2016: Dissens und Konfliktlinien in der ärztlichen Selbstverwaltung, in: *Sack, Detlef/Strünck, Christoph* (Hrsg.), *Verbände unter Druck. Protest, Opposition und Spaltung in Interessenorganisationen*, Zeitschrift für Politikwissenschaft, 26. Jg., Sonderheft 2, S. 217-232.
- Etscheid, Mario* 2009: Fachaufsicht neu denken und gestalten, Siegburg: Reckinger.
- Fattler, Frank* 2008: Kommentierung § 89 SGB IV, in: *Hauck, Karl/Nofz, Wolfgang* (Hrsg.), *Sozialgesetzbuch IV Kommentar*, 50. Lfg. X/08, Berlin: Erich Schmidt.
- Frankfurter Allgemeine Zeitung* 2017: Krankenkassen ärgern sich über Präventionszwang, 17.07.2017, Nr. 163, S. 15.
- Geißler, René/Ebinger, Falk* 2015: Die Kommunalaufsicht im Spannungsfeld der Erwartungen, in: *Die innovative Verwaltung*, 37. Jg., H. 10, S. 14-17.
- Gemeinsamer Bundesausschuss* 2017a: Geschäftsordnung, Online verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1332/GO_2016-10-20_iK-2017-01-20.pdf, Stand: 25.04.2017.
- Gemeinsamer Bundesausschuss* 2017b: „Der Gemeinsame Bundesausschuss stellt sich vor“, Online verfügbar unter: www.g-ba.de/institution/struktur/, Stand: 25.04.2017.
- Gerlinger, Thomas* 2012: Die Bedeutung der gemeinsamen Selbstverwaltung im Steuerungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung, in: *Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften*, Bd. 47, S. 141-162.
- Hansmann, Marc* 2011: Kommunalfinanzen in der Krise. Problemlagen und Handlungsansätze im Überblick, in: *ders.* Hrsg., *Kommunalfinanzen in der Krise*, Berlin: Wissenschafts-Verlag, S. 13-29.

- Holtkamp, Lars/Fuhrmann, Tobias* 2014: Kommunale Selbstverwaltung zwischen Steuerschraube und Staatskommissar. Eine Zwischenbilanz zum Stärkungspakt, in: *der gemeindehaushalt*, 7/2014, S. 145-148.
- Holtkamp, Lars* 2012: Verwaltungsreformen. Problemorientierte Einführung in die Verwaltungswissenschaft, Wiesbaden: Springer VS.
- Holtkamp, Lars* 2011: Kommunale Krisenstrategien bei leeren Kassen, in: *Hansmann, Marc* (Hrsg.), *Kommunalfinanzen in der Krise*, Berlin: Wissenschafts-Verlag, S. 238-252.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung 2017: „Unsere Aufgaben“, Online verfügbar unter: www.kbv.de/html/434.php, Stand: 26.04.2017.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung 2016: Satzung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Stand: 24. Dezember 2016, Online verfügbar unter: http://www.kbv.de/media/sp/Satzung_der_KBV.pdf, Stand: 25.04.2017.
- Klenk, Tanja* 2012: Deutschland: Korporatistische Selbstverwaltung zwischen Staat und Markt, in: *Klenk, Tanja* u.a., *Abkehr vom Korporatismus?*, Frankfurt am Main: Campus, S. 51-117.
- Kluth, Winfried* 1997: Funktionale Selbstverwaltung, in: *Jus Publicum*, Beiträge zum öffentlichen Recht, Bd. 26, Tübingen: Mohr Siebeck.
- Knemeyer, Franz-Ludwig* 2007: Die Staatsaufsicht über die Gemeinden und Kreise (Kommunalaufsicht), in: *Mann, Thomas/Püttner, Günther* (Hrsg.), *Handbuch der kommunalen Wissenschaft und Praxis*, Bd. 1, Berlin: Springer, S. 217-243.
- Kuhr, Nicola* 2014: „Der streitbare Ärztefunktionär geht“, 16.01.2014, Spiegel online, Online verfügbar unter: <http://www.spiegel.de/wissenschaft/medizin/andreas-koehler-chef-der-kbv-legt-sein-amt-nieder-a-943870.html>, Stand: 26.04.2017.
- Maurer, Hartmut* 2011: Allgemeines Verwaltungsrecht, 18. Aufl., München: C. H. Beck.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen 2017: „Medizinische- und pflegefachliche Expertise“, Online verfügbar unter: www.mds-ev.de/der-mds, Stand: 26.04.2017.
- Oebbecke, Janbernd* 2015: Kommunalaufsicht, in: *Die Verwaltung*, 48. Jg., H. 2, S. 233-257.
- Pfeiffer, Doris* 2009: Herausforderungen an ein qualitätsorientiertes Gesundheitssystem der Zukunft aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes, in: *Bandelow, Nils C./Eckert, Florian/Rüsenberg, Robin* (Hrsg.), *Gesundheit 2030*, Wiesbaden: Springer VS, S. 128-134.
- Person, Christian/Niemann, Friedericke-Sophie* 2016: Kommunale Finanzaufsicht im Ländervergleich: Zur Relevanz heterogener Umsetzungspraxis, in: *Junkernheinrich, Martin* u.a. (Hrsg.), *Jahrbuch für öffentliche Finanzen*, Bd. 2, Berlin: Wissenschaftsverlag, S. 407-420.
- Pressel, Holger* 2012: Der Gesundheitsfonds, Wiesbaden: Springer VS.
- Rehm, Hannes* 2011: Finanzkrise und Kommunalfinanzen, in: *Hansmann, Marc* (Hrsg.), *Kommunalfinanzen in der Krise*, Berlin: Wissenschafts-Verlag, S. 33-48.
- Reiners, Hartmut* 2009: Wettbewerb, Regulierung, Selbstverwaltung: Wer stellt die medizinische Versorgung sicher?, in: *Bandelow, Nils C./Eckert, Florian/Rüsenberg, Robin* (Hrsg.), *Gesundheit 2030*, Wiesbaden: Springer VS, S. 84-96.
- Schirmer, Herwig/Kater, Horst/Schneider, Fred*: Aufsicht in der Sozialversicherung. Ergänzbare Handbuch für die Praxis, Stand: 23. Lfg VII 12, Berlin: Erich Schmidt.
- Schommers, Werner* 2014: Die Revision in einem modernen öffentlich-rechtlichen Dienstleistungsunternehmen, in: *Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See* (Hrsg.), *Kompass*, 124. Jg., S. 3-9.
- Schuppert, Gunnar Folke* 1998: Staatsaufsicht im Wandel, in: *Die öffentliche Verwaltung*, H. 19, S. 831-837.
- Schütte-Geffers, Cornelia* 2014: Kommentierung § 87 SGB IV, in: *Kreikebohm, Ralf* (Hrsg.), *Sozialgesetzbuch IV Kommentar*, 2. Aufl., München: C. H. Beck, S. 433-439.
- Sichert, Markus* 2013: Die Arbeitsgemeinschaft als Akteur in der GKV – Von offenen Kooperationsgewinnen und verborgenen Kontrollverlusten, in: *Neue Zeitschrift für Sozialrecht (NZS)*, H. 4, 2013, S. 129-138.
- Smollich, Thomas* 2011: Kommentierung § 170 NKomVG, in: *Blum, Peter* u.a. (Hrsg.), *NKomVG-Kommentar, Praxis der Kommunalverwaltung*, Wiesbaden: Kommunal- u. Schulverlag.

- Spitzenverband Bund der Krankenkassen* 2017: Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 09.01. 2017 zur öffentlichen Anhörung zum GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz, Online verfügbar unter <https://www.bundestag.de/ausschuesse18/a14/anhoeerungen/Stellungnahmen-svsg-inhalt/487870>, Stand: 18.07.2017.
- Spitzenverband Bund der Krankenkassen* 2016: Satzung des GKV-Spitzenverbandes, genehmigt am 12.06.2016, Online verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/gkv_spitzen-verband/wir_ueber_uns/organisation/20160712_Satzung_GKV-Spitzenverband_genehmigt.pdf, Stand: 25.04.2017.
- Stolleis, Michael* 2001:, Sozialpolitik in Deutschland bis 1945, in: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung/Bundesarchiv (Hrsg.), Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945, Bd. 1 Grundlagen der Sozialpolitik, S. 203-332, Baden-Baden: Nomos.
- Stolzenberg, Philipp/Heinelt, Hubert* 2013: „Die Griechen von NRW“. Kommunale Rettungsschirme der Bundesländer, in: dms – der moderne staat, Bd. 6, H. 2, S. 463-484.
- Thelen, Peter* 2016: „Kassenärzte verzocken sich mit Schrottpapieren“, Handelsblatt 24.02.2016, Nr. 38, S. 8.
- Wasem, Jürgen/Matusiewicz, David/Staudt, Susanne* u.a. 2013: Akteure des Gesundheitssystems in Deutschland, in: *Wasem, Jürgen/Staudt, Susanne/Matusiewicz, David* (Hrsg.), Medizinmanagement, S. 49-116, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Zabler, Steffen/Person, Christian/Ebinger, Falk* 2016: Finanzaufsicht in den Ländern: Struktur, Recht und ihr (fraglicher) Effekt auf die kommunale Verschuldung, in: Zeitschrift für Kommunalfinanzen, Bd. 66, H. 1, S. 6-12.

Anschrift der Autorin:

li.marienfeld@gmx.de