Selbstverwaltung
in der Gesetzlichen Krankenversicherung
im Lichte der Sozialwahl 2017

Axel Olaf Kern

HOCHSCHULE
RAVENSBURG-WEINGARTEN
UNIVERSITY
OF APPLIED SCIENCES

CHSP Working Paper No. 11 ISSN 2509-6540

Hochschule Ravensburg-Weingarten
Masterstudiengang Management im Sozial- und Gesundheitswesen
Prof. Dr. Axel Olaf Kern
Leibnizstr. 15
88250 Weingarten
Axel.kern@rwu.de

Weingarten 2020

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung 3

2 Selbstverwaltung 3

2.1 Gesetzliche Krankasse 7

2.2 Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) 8

2.3 Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigungen 9

2.4 Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) 9

2.5 Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) 10

2.6 Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK) 10

2.7 Gesellschaft für Telematik (gematik GmbH) 11

2.8 Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH) 11

2.9 Zulassungsausschüsse 12

3 Sozialversicherungswahlen in der Gesetzlichen Krankenversicherung 12

3.1 Urwahlen und Friedenswahlen 13

3.2 Mandatsverteilung in den Verwaltungsräten der Gesetzlichen Krankenversicherung 15

3.2.1 AOK Verwaltungsräte 17

3.2.2 IKK Verwaltungsräte 18

3.2.3 BKK Verwaltungsräte 18

3.2.4 Verwaltungsräte Ersatzkassen 19

3.2.5 Bedeutung der Gewerkschaften 20

3.2.6 Wahlbeteiligung an der Sozialwahl in den Krankenkassen 22

3.2.7 Kosten der Sozialwahlen 23

4 Schlussbetrachtung 26

1 Einleitung

In Deutschland gilt das Prinzip der Selbstverwaltung, wonach entsprechend gesetzlicher Rahmenbedingungen von den Versicherten und Beitragszahlern sowie Vertretern der Arbeitgeber in Krankenkassen und deren Verbänden die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung organisiert wird und dies auf Landes- und Bundesebene gemeinsam mit Organisationen der Leistungserbringer. Sie sind verpflichtet, die medizinische Versorgung der Bevölkerung in eigener Verantwortung unter staatlicher Aufsicht zu gestalten. Die gesetzlichen Krankenkassen und die Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sind hoheitlich handelnde Körperschaften des öffentlichen Rechts.

Mit diesem Beitrag soll der Blick nicht auf das Ergebnis der bestehenden Selbstverwaltung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Bezug auf die Versorgungsqualität für die Versicherten gerichtet werden. Vielmehr wird betrachtet, wie Selbstverwaltung im Ursprung bei den Sozialversicherungsträgern und hier speziell bei den Krankenkassen gestaltet ist vor dem Hintergrund des Ergebnisses der Sozialwahlen im Jahr 2017.

2 Selbstverwaltung

Das Fundament der Sozialen Selbstverwaltung der Krankenkassen bilden die aus Vertretern von Arbeitgebern und Arbeitnehmern zusammengesetzten Verwaltungsräte der Krankenkassen.[1] Die Zusammensetzung der Verwaltungsräte der jeweiligen Krankenkassen erfolgt im Rahmen der Sozialwahlen, die erstmals im Jahr 1953 stattfanden.[2] Diesen kommt neben einem hohen Maß an sozialpolitischer Bedeutung in Bezug auf die Sicherstellung der Versorgung der Versicherten mit Gesundheitsleistungen[3] auch ein ebenso hohes Maß an wirtschaftspolitischer Verantwortung zu. Diese Verantwortung ergibt sich daraus, dass sich die Beitragssatzhöhe infolge der paritätischen Finanzierung der Beiträge durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer unmittelbar auf die Lohnkosten der

[1] Die Selbstverwaltung der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau umfasst neben Vertretern der Versicherten und Arbeitgeber auch die Gruppe der Selbstständigen ohne fremde Arbeitskräfte. Allerdings wird hier nicht gesondert ein Verwaltungsrat gewählt, da die Organisation der Kranken- und Pflegekasse mitübernommen wird. Ebenso übernimmt die Selbstverwaltung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See die Verwaltung der zugehörigen Kranken- und Pflegekasse.

[2] Bis 2017 erfolgten die Sozialwahlen in den Jahren 1958, 1962, 1968, 1974, 1980, 1986, 1993, 1999, 2005 und 2011.

[3] Die Krankenkassen schließen dazu Verträge mit Leistungserbringern, wie Ärzten und Krankenhäusern, und ziehen zur Vergütung der Leistungen die Krankenversicherungbeiträge von ihren Mitgliedern ein.

Unternehmen und die verfügbaren Einkommen der Versicherten auswirkt. Allerdings wurde diese Verantwortung für den Beitragssatz, welcher sich in dem krankenkassenindividuellen Ausgleich von Einnahmen und Ausgaben im Rahmen des Umlageverfahrens ausdrückt, mit der Einführung des Gesundheitsfonds im Jahr 2009[4] wesentlich beschnitten. Seitdem wird der weitaus größte Teil der Beitragsleistung der Versicherten parlamentsgesetzlich gemäß § 241 SGB V festgesetzt. Im Sinne der hoheitlichen Selbstverwaltung bleibt dem Verwaltungsrat auf der Seite der Einnahmen lediglich, den krankenkassen-individuellen Zusatzbeitragssatz gemäß § 242 SGB V als Rest der Beitragssatzautonomie zu bestimmen.[5] Zudem erfolgt die Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder seit Einführung des Gesundheitsfonds nicht mehr von den einzelnen Krankenkassen durch Satzung, sondern einheitlich durch den GKV-Spitzenverband. Damit ist das wesentliche Element sowohl aus wettbewerbspolitischer Sicht als auch in Bezug auf die Verantwortung für die Lohnkosten der Unternehmen nicht mehr in Händen der Selbstverwaltung der Krankenkassen.

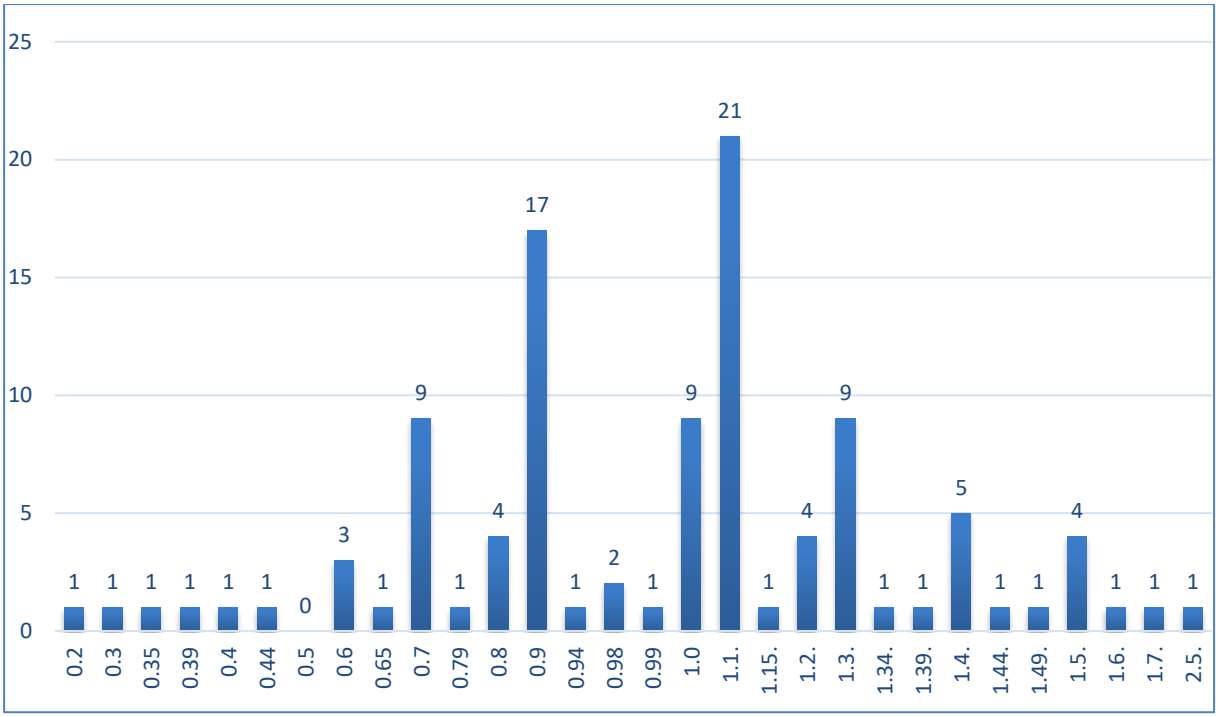
Die Höhe des Beitragssatzes, der unter staatlicher Regie festgesetzt wird, bestimmt sich somit entsprechend der Zahl der Erwerbstätigen sowie deren sozialversicherungspflichtigem Erwerbseinkommen und der zu finanzierenden Ausgaben für Krankheitsleistungen im Gesamtsystem der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen, der sich in verschieden hohen, krankenkassenindividuell bestimmten Beitragssätzen bei nahezu identischem Leistungsversprechen aller Krankenkassen widerspiegelte, ist somit erheblich eingeschränkt. Dem für den Beitragszahler erkennbar werdenden Quasi-Preis, dem krankenkassenindividuellen Zusatzbeitrag[6], kann diese Signalwirkung auf Grund dessen geringer Höhe nicht mehr zugeschrieben werden. Um dies zu verdeutlichen, sind in Abbildung 1 die Zusatzbeiträge aller Krankenkassen im Jahr 2019 aufgeführt.

[4] Beschlossen mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) im Jahr 2007.

[5] Der Verwaltungsrat hat gemäß § 197 SGB V die Satzung zu beschließen, den Vorstand zu überwachen, den Haushaltsplan festzustellen, über die Entlastung des Vorstands zu beschließen, die Krankenkasse gegenüber dem Vorstand und dessen Mitgliedern zu vertreten, über Grundstücksgeschäfte zu entscheiden und über die Auflösung der Krankenkasse oder die freiwillige Vereinigung mit anderen Krankenkassen zu beschließen. Der Verwaltungsrat kann dazu sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen und prüfen.

[6] Der Zusatzbeitrag wird als Prozentsatz vom beitragspflichtigen Einkommen berechnet und paritätisch von Arbeitgeber und Arbeitnehmer finanziert.

Abbildung 1: Höhe der Zusatzbeiträge der Krankenkassen im Jahr 2019



Quelle: eigene Berechnungen, eigene Darstellung nach gkv-spitzenverband (2019)

Aus Abbildung 1 wird deutlich, dass nur zehn Krankenkassen einen Zusatzbeitrag von weniger als 0,7 Prozent erheben. 16 Krankenkassen einen Zusatzbeitrag von mehr als 1,3 Prozent. 44 Krankenkassen weisen einen Zusatzbeitrag zwischen 0,7 und 1, 0 Prozent aus. 35 Krankenkassen erheben einen Zusatzbeitrag zwischen 1,1 Prozent und 1, 3 Prozent. Im Vergleich zum allgemeinen Beitragssatz von 14,6 Prozent, der GKV-einheitlich von allen Krankenkassen erhoben wird, verlangen nur acht Krankenkassen einen Zusatzbeitrag von mehr als 1,46 Prozent, der damit mehr als 10 Prozent des Allgemeinen Beitragssatzes entspricht. Dies ist vor dem Hintergrund der Preisreagibilität der Versicherten von Interesse hinsichtlich der Steuerungswirkung des Zusatzbeitrags. So ist davon auszugehen, dass sich aufgrund des geringen Gewichts des Zusatzbeitrags an der Gesamtbeitragslast und bei paritätischer Finanzierung für den Beitragszahler die Höhe des Zusatzbeitrags nur wenig auf die Entscheidung für einen Krankenkassenwechsel auswirken wird. Somit erscheint die stark eingeschränkte Beitragssatzautonomie der Krankenkassen, worin sich die eigentliche Entscheidungskraft der Selbstverwaltung zeigte, erheblich verwässert.

In der Krankenversicherung sind die Ausgaben für Gesundheitsleistungen vom Umfang des definierten Leistungskatalogs, dessen qualitativer und quantitativer Ausgestaltung durch die Selbstverwaltung sowie der Leistungsinanspruchnahme von Versicherten bzw. Patienten bestimmt. Der Umfang der Leistungen ist im Grundsatz vom Gesetzgeber in §11 SGB V festgelegt. Krankenkassenindividuelle

zusätzliche Leistungen, sogenannte Satzungsleistungen, sind in Paragraph 11 Abs. 6 SGB V formuliert, wonach

> „die Krankenkasse .. in ihrer Satzung zusätzliche vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossene Leistungen in der fachlich gebotenen Qualität im Bereich der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation (§§ 23, 40), der Leistungen von Hebammen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§ 24d), der künstlichen Befruchtung (§ 27a), der zahnärztlichen Behandlung ohne die Versorgung mit Zahnersatz (§ 28 Absatz 2), bei der Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimitteln (§ 34 Absatz 1 Satz 1), mit Heilmitteln (§ 32) und Hilfsmitteln (§ 33), im Bereich der häuslichen Krankenpflege (§ 37) und der Haushaltshilfe (§ 38) sowie Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern vorsehen [kann]. Die Satzung muss insbesondere die Art, die Dauer und den Umfang der Leistung bestimmen; sie hat hinreichende Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung zu regeln. Die zusätzlichen Leistungen sind von den Krankenkassen in ihrer Rechnungslegung gesondert auszuweisen."

In

Tabelle 1 sind die Ausgaben für Satzungsleistungen aller Krankenkassen absolut und bezogen auf die Leistungsausgaben der GKV insgesamt für die Jahre 2010 bis 2016 ausgewiesen.[7]

Tabelle 1: Ausgaben für Satzungsleistungen in der GKV 2010 bis 2016

	Leistungsausgaben in Mio. Euro	Satzungsleistungen in Mio. Euro	Anteil in Prozent
2010	161.236	836	0,52
2011	164.852	780	0,47
2012	169.304	720	0,43
2013	178.681	875	0,49
2014	189.364	991	0,52
2015	197.703	921	0,47
2016	205.867	1'137	0,55

Quelle: eigene Darstellung, eigene Berechnung nach BVA (2018), S. 23

Der Anteil der Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V betrug im Jahr 2016 mit 1,137 Milliarden Euro bezogen auf die Leistungsausgaben der GKV lediglich einen Anteil von 0,55 Prozent. Im Vergleich dazu beträgt der Anteil der Ausgaben für Vorsorge und Rehabilitation an den Gesamtausgaben der GKV rund

[7] Satzungsleistungen umfassen hier auch Ermessensleistungen.

1,2 Prozent. Im Jahr 2016 betrugen die Ausgaben für Werbung der Krankenkassen mit 214.049.076 Euro rund ein Fünftel des Volumens der Satzungsleistungen. Demgegenüber beliefen sich im Jahr 2016 die Verwaltungskosten der Krankenkassen auf 10,98 Milliarden Euro und waren damit rund zehnmal so hoch wie die Ausgaben für Satzungsleistungen. Hieran wird deutlich, dass die Satzungsautonomie der Krankenkassen und damit der Selbstverwaltung auch auf der Leistungsseite deutlich beschränkt ist.

2.1 Gesetzliche Krankasse

Der Gesetzgeber schuf im Rahmen der Neuordnung der Selbstverwaltung mit dem Gesundheits-Strukturgesetz (GSG) im Jahr 1993 die Voraussetzungen für die Errichtung eines ehrenamtlichen Verwaltungsrats als höchstes Selbstverwaltungsorgan. Seit 1. Januar 1996 gliedert sich gemäß § 197 SGB V die Organisationsstruktur einer Krankenkasse[8] in den hauptamtlichen Vorstand und den Verwaltungsrat, welcher im Rahmen der Sozialwahlen alle sechs Jahre durch die Wahl ehrenamtlicher Vertreter aus der Gruppe der Versicherten und der Arbeitgeber bestimmt wird.[9] Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung und bestellt und kontrolliert den hauptamtlichen Vorstand. Gleichwohl ist festzustellen, dass der Vorstand dem Verwaltungsrat nicht weisungsgebunden ist und die Kontrolle durch den Verwaltungsrat somit nur nachträglich stattfinden kann. Hieraus kann abgeleitet werden, dass „die Versicherten [..] in erster Linie Kunden [sind], die ihre Interessen durch Beschwerdemanagement[10] oder „exit" (Kassenwechsel) und „choice" (Leistungen) zum Ausdruck bringen können, nicht aber durch „voice"."[11] Die Veränderung der Zahl der Krankenkassen zwischen 1992 und 2016 ist in Abbildung 2 ausgewiesen.

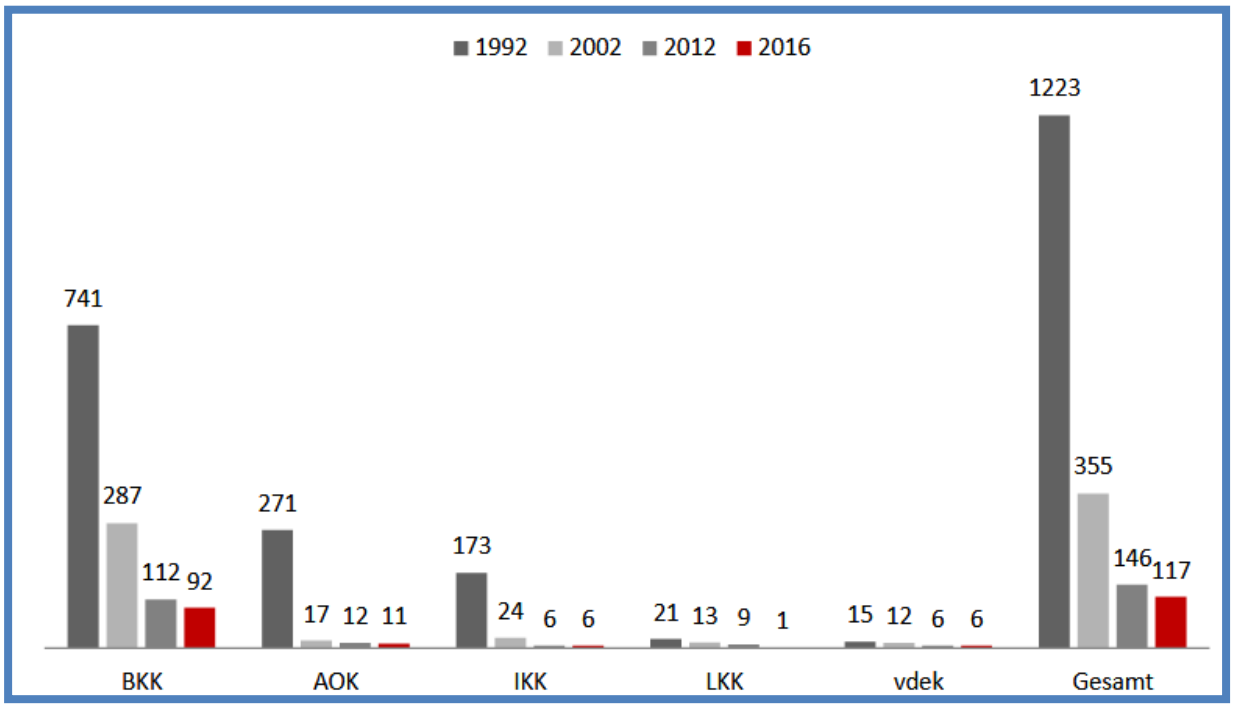
[8] In der Privaten Krankenversicherung sind die Versicherungsträger private Versicherungsunternehmen, von denen lediglich aus historischen Gründen einige noch den Namen Krankenkasse im Namen tragen (z.B. Postbeamtenkrankenkasse, Deutsche Beamtenkrankenkasse - Debeka)

[9] § 217c Abs. 2 und 3

[10] Hierzu zählt auch insbesondere die Organisation und inhaltliche Ausgestaltung des Widerspruchsverfahrens, welches das Abhilfeverfahren bei der Krankenkasse und der Widerspruchsentscheidung durch die Widerspruchsstelle beinhaltet. Der Widerspruchsausschuss ist ein besonderer Ausschuss, der vom Verwaltungsrat gebildet und durch ehrenamtliche Mitglieder oder auch durch Mitarbeiter der Krankenkasse besetzt wird, um die Interessen der Versicherten zu vertreten und organisatorische Mängel in der Krankenkasse zu erkennen. Die Einzelfallenscheidungen über Widersprüche der Versicherten sind verbindlich. Bei Zurückweisung des Widerspruchs ist dem Versicherten das Sozialgerichtsverfahren eröffnet. Vgl. Fischer und Welti (2019) sowie Sander et al. (2017)

[11] Klenk et al. (2009), S. 86

Abbildung 2: Entwicklung der Zahl der Krankenkassen von 1992 bis 2016



Quelle: Monopolkommission (2017), S. 21

Wie aus Abbildung 2 deutlich wird, verringerte sich die Zahl der Krankenkassen im Zeitraum von 1992 bis zum Jahr 2016 von 1223 auf 117 Krankenkassen. Betrug im Jahr 1992 der relative Anteil der Betriebskrankenkassen 60,5 Prozent, so stieg dieser bis zum Jahr 2016 auf 78,6 Prozent, wenn auch nur noch 12,4 Prozent der Betriebskrankenkassen im Jahr 2016 im Vergleich zum Jahr 1992 existierten. Den geringsten Rückgang verzeichnen die Ersatzkassen (VdEK), von denen im Jahr 2016 noch 40 Prozent geschäftstätig waren. Im System der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) waren es noch 4,1 Prozent, bei den Innungskrankenkassen (IKK) noch 3,5 Prozent, bei den Landwirtschaftlichen Krankenkassen noch 4,7 Prozent und bezogen auf alle gesetzlichen Krankenkassen 9,5 Prozent. Diese Verringerung der Zahl der Krankenkassen bedeutet auch, dass die Zahl der Verwaltungsräte deutlich zurückging. Allerdings wird die Zahl der zu vergebenden Mandate bei einer Sozialwahl erst ab dem Schlussbericht zu den Sozialwahlen 2011 erfasst, weshalb die die Veränderungen der Mandatszahlen über die Jahre möglich ist. Für die Sozialversicherungswahl im Jahr 2017 ist festzustellen, dass noch 1867 Verwaltungsratsmandate vergeben wurden.

2.2 Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)

Auf Bundesebene sind die Krankenkassen im „Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ (GKV-Spitzenverband) zusammengeschlossen. Dessen Verwaltungsrat setzt sich aus 52 Mitgliedern

entsprechend der Versichertenanteile der verschiedenen Krankenkassenarten zusammen.[12] So stellen die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) jeweils neun Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertreter (34,61 Prozent), der Verband der Ersatzkassen (VdEK) 16 Arbeitnehmer- und vier Arbeitgebervertreter (38,46 Prozent), die Betriebskrankenkassen (BKK) jeweils vier Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertreter (15,38 Prozent), die Innungskrankenkassen (IKK) jeweils zwei Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertreter (7,67 Prozent) sowie die Deutsche Rentenversicherung - Krankenkasse Bahn-See (DRV-KBS) und die Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK) jeweils einen Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertreter (3,8 Prozent).

2.3 Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigungen

Auf der Seite der Leistungserbringer sind Vertragsärzte und Vertragszahnärzte gemäß § 77 SGB V in den auf Länderebene organisierten Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZV) selbstverwaltet und unter staatliche Aufsicht organisiert. Die Selbstverwaltung der Leistungserbringer gliedert sich in die jeweiligen von Mitgliedern gewählten Vertreterversammlungen und Vorstände. Auf Bundesebene sind diese Interessensgruppen im Rahmen der Selbstverwaltung als Kassenärztliche bzw. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KBV bzw. KZBV) gefasst.

2.4 Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Das Dach der gemeinsamen Selbstverwaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung ist auf Bundesebene der Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), welcher von Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen (KBV und KZBV), der Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) gebildet wird.[13] Dessen 13 stimmberechtigte Mitglieder umfassen einen unparteiischen Vorsitzenden und zwei weitere unparteiische Mitglieder sowie fünf Vertreter, die vom GKV-Spitzenverband benannt werden, und einem von der KZBV, zwei von der KBV und zwei von der DKG benannten Vertretern. Die unparteiischen

---

[12] Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbands wird von der Mitgliederversammlung bestimmt, die sich daraus zusammensetzt, dass jede Mitgliedskasse jeweils einen Arbeitgeber- und einen Versichertenvertreter aus deren Verwaltungsrat (bzw. ehrenamtlichen Vorstand oder Vertreterversammlung) entsendet. Eine Ersatzkasse, deren Verwaltungsrat nicht zur Hälfte mit Vertretern der Arbeitgeber besetzt ist, entsendet jeweils zwei Vertreter der Versicherten aus ihrem Verwaltungsrat. (§ 271b Abs. 3 SGB V)

[13] Gemäß §§ 91 Abs. 3, 139a, 137a SGB i.V.m. § 139c erfolgt die Finanzierung durch sogenannte Systemzuschläge, die sich jeweils zur Hälfte durch die Erhebung eines Zuschlags für jeden abzurechnenden Krankenhausfall (2,24 Euro) und durch die zusätzliche Anhebung der Vergütungen für die ambulante vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Versorgung (jeweils 6,5954479 Cent) bestimmen.

Mitglieder werden von den Spitzenorganisationen der Krankenkassen und der Leistungserbringer vorgeschlagen und nur im Falle einer zweimaligen Ablehnung durch den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages vom Bundesminister für Gesundheit berufen.[14] Der Gemeinsame Bundesausschuss verhandelt die Grundsätze der inhaltlichen Ausgestaltung der Krankenversorgung und legt die Leistungen für die Versorgung der Versicherten im Sinne der Ausgestaltung der gesetzlichen Vorgaben nach SGB V fest.

2.5 Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS)

Beim MDS, der medizinischen und pflegefachlichen Expertenorganisation, die den GKV-Spitzenverband berät und die Arbeit der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) auf Länderebene koordiniert, ist als Selbstverwaltungsorgan ebenso ein Verwaltungsrat gebildet. Die 16 stimmberechtigten Mitglieder des MDS-Verwaltungsrats setzen sich zusammen aus jeweils sieben Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretern, die aus den Reihen und von den Verwaltungsratsmitgliedern des GKV-Spitzenverbandes gewählt werden, und aus zwei der drei Vorstandsmitglieder des GKV-Spitzenverbands. Darüber hinaus wählt der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbands aus den sechs Krankenkassenarten jeweils einen Vorstand bzw. einen Geschäftsführer in den Verwaltungsrat des MDS. Zudem sind zwei Geschäftsführer der Medizinischen Dienste der Krankenkassen auf Länderebene (MDK) und jeweils ein Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertreter aus den Verwaltungsräten der MDKs in dem Verwaltungsrat des MDS vertreten.

2.6 Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)

In jedem Bundesland ist ein MDK errichtet, der von der Arbeitsgemeinschaft der Landesverbände der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, der landwirtschaftlichen Krankenkasse, der Ersatzkassen und der BAHN-BKK gebildet wird. Der Verwaltungsrat des jeweiligen MDK, dem höchstens 16 Vertreter angehören können[15], wird von den Verwaltungsräten der Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft gewählt. Dabei gilt, dass höchstens einem Viertel der Mitglieder im Verwaltungsrat durch Beschäftigte der Krankenkassen oder Beschäftigte von Verbänden oder Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen sein dürfen.

---

[14] Vgl. § 91 SGB V

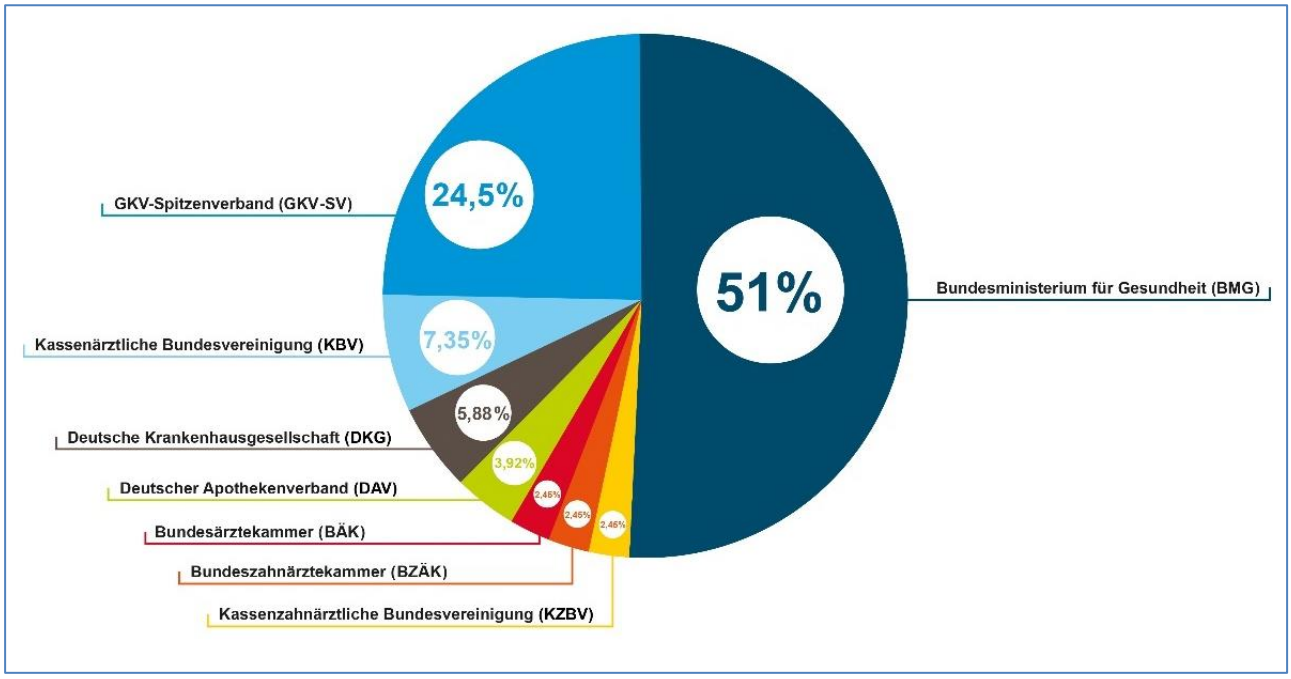
[15] Die Zahl kann in besonderen Ausnahmen „angemessen" erhöht werden. Kommt keine Einigung der Mitglieder zustande, entscheidet die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes.

2.7 Gesellschaft für Telematik (gematik GmbH)

Damit die elektronische Gesundheitskarte zu Verbesserungen der Wirtschaftlichkeit, Qualität und Transparenz beitragen kann, wurden die Spitzenorganisationen des deutschen Gesundheitswesens beauftragt, eine interoperable und sektorübergreifende Informations-, Kommunikations- und Sicherheitsinfrastruktur (Telematikinfrastruktur) als Grundlage für eine digitale und sichere Vernetzung im Gesundheitswesen zu gestalten. Die funktionalen und technischen Vorgaben einschließlich eines Sicherheitskonzepts sind zu erstellen, Inhalt und Struktur der Datensätze für deren Bereitstellung und Nutzung festzulegen, Vorgaben für den sicheren Betrieb der Telematikinfrastruktur festzulegen und deren Umsetzung zu überwachen sowie die notwendigen Test- und Zertifizierungsmaßnahmen sicherzustellen und Verfahren einschließlich der dafür erforderlichen Authentisierungsverfahren zu bestimmen.

Die Gesellschafteranteile der gematik GmbH entfallen zu 51 Prozent auf die Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das Bundesministerium für Gesundheit, zu 24,5 Prozent auf den GKV-Spitzenverband und zu 24,5 Prozent auf die Organisationen der Leistungserbringer wie in Abbildung 3 ausgewiesen.

Abbildung 3: Verteilung der Gesellschafteranteile der gematik GmbH



Quelle: Gematik (2019), o.S.

2.8 Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH)

Im Jahr 2001 wurde von den Spitzenverbänden der Krankenkassen, dem Verband der Privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft das Institut für das Entgeltsystem

im Krankenhaus (InEK GmbH). Die Gesellschafter sind die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der GKV-Spitzenverband und der Verband der Privaten Krankenversicherungen. Die Aufgabe der InEK GmbH besteht darin, das Vergütungssystem für die allgemeinen vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen auf der Grundlage von Diagnosis Related Groups (DRG) nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) zu gestalten und weiterzuentwickeln (§ 17b KHG). Zur Finanzierung der Aufgaben der InEK GmbH wird entsprechend § 17b Absatz 5 KHG ein DRG-Systemzuschlag[16] von den Krankenhäusern je voll- und teilstationärem Krankenhausfall dem selbstzahlenden Patienten oder dem jeweiligen Kostenträger in Rechnung gestellt.

2.9 Zulassungsausschüsse

Für die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland[17] wird für den Bezirk jeder Kassenärztlichen Vereinigung oder für Teile dieses Bezirks (Zulassungsbezirk) und den Landesverbänden der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen ein Zulassungsausschuss errichtet. Jeder Zulassungsausschuss ist ein selbstständiges und nicht weisungsgebundenes Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung. Die Zulassungsausschüsse bestehen in gleicher Zahl aus Vertretern der Ärzte, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV), und Vertretern der Krankenkassen, die von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestellt werden. Zulassungsausschüsse beschließen mit einfacher Stimmenmehrheit. Die obersten Landesbehörden, die für die Sozialversicherungen jeweils zuständig sind, haben in besonderen Fällen ein Mitberatungsrecht.

3 Sozialversicherungswahlen in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Gemäß § 29 SGB IV sind die Träger der Sozialversicherung (Versicherungsträger) rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Die Selbstverwaltung wird durch die Versicherten und die Arbeitgeber ausgeübt und erfüllt ihre Aufgaben in eigener Verantwortung. Die

---

[16] Der DRG-Systemzuschlag betrug 1,30 Euro im Jahr 2017 (1,66 € – im 2020) , wovon auf die Finanzierung der pauschalierten Zahlungen für die an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäuser (Zuschlagsanteil , Kalkulation') 1,04 Euro (1,40€) und auf die Finanzierung der InEK GmbH (Zuschlagsanteil , InEK') 0,26 Euro (0,26€) entfallen.

[17] Zu den Aufgaben gehören überwiegend Zulassung von Vertragsärzten, Vertragszahnärzten, Psychologischen Psychotherapeuten und Medizinischen Versorgungszentren, Ermächtigungen von (Krankenhaus-)Ärzten, Praxiskooperationen, Anstellung von Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Verlegung des Praxissitzes, Wechsel/Erweiterung des Fachgebiets.

Legitimation der Selbstverwaltung ergibt sich durch die Sozialversicherungswahlen, die alle sechs Jahre stattfinden und erstmals im Jahr 1953 in der Bundesrepublik Deutschland erfolgten.

3.1 Urwahlen und Friedenswahlen

In Tabelle 2 ist für die Sozialwahlen seit 1953 ausgewiesen, wie viele Wahlen in den verschiedenen Sozialversicherungszweigen mit aktiven Wahlhandlungen (Urwahl) stattfanden. Zum Vergleich ist für das Jahr 2017 die Zahl der Sozialversicherungsträger aufgeführt.

Tabelle 2: Wahlen mit aktiven Wahlhandlung nach Sozialversicherungszweigen 1953 bis 2017

	1953	1958	1962	1968	1974	1980	1986	1993	1999	2005	2011	2017	Träger 2017
AOK	3	2	6	11	12	10	6	3	1				11
IKK								3					6
Ersatzk.		4	5	5	5	7	8	7	6	4	5	5	6
BKK	2	3	14	16	19	24	14	10	6	2	2	2	88
Berufsgen.			2	6	1	7	5	3	1	1	2	1	9
Unfallk.		1		1									24
LVA/DRV	1	1	3	5			1					1	15
BfA/DRV Bund	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Knappschaft	2	7	7	7									1
Gesamt	**9**	**19**	**38**	**52**	**38**	**49**	**35**	**27**	**15**	**8**	**10**	**10**	161

Quelle: eigene Darstellung nach BWB (2018), S. 15

Aus Tabelle 2 wird deutlich, dass im Jahr 2017 lediglich bei 10 von 161 Sozialversicherungsträgern aktive Wahlhandlungen stattfanden und in Bezug auf die Krankenkassen der Gesetzlichen Krankenversicherung waren dies nur bei sieben der 112 Krankenkassen[18] der Fall. Bei den Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) und Innungskrankenkassen (IKK) fanden in den Sozialversicherungswahlen bereits seit 1999 keine Wahlhandlungen mehr statt. In fünf der sechs Ersatzkassen findet eine aktive Wahl des Verwaltungsrats statt.[19] Auffallend ist auch, dass lediglich in zwei der 88 Betriebskrankenkassen im Jahr 2017 gewählt wurde.

In allen anderen Krankenkassen fanden Friedenswahlen, Wahlen ohne Wahlhandlung statt. Friedenswahlen ergeben sich dann, wenn nur eine Vorschlagsliste eingereicht oder zugelassen ist oder

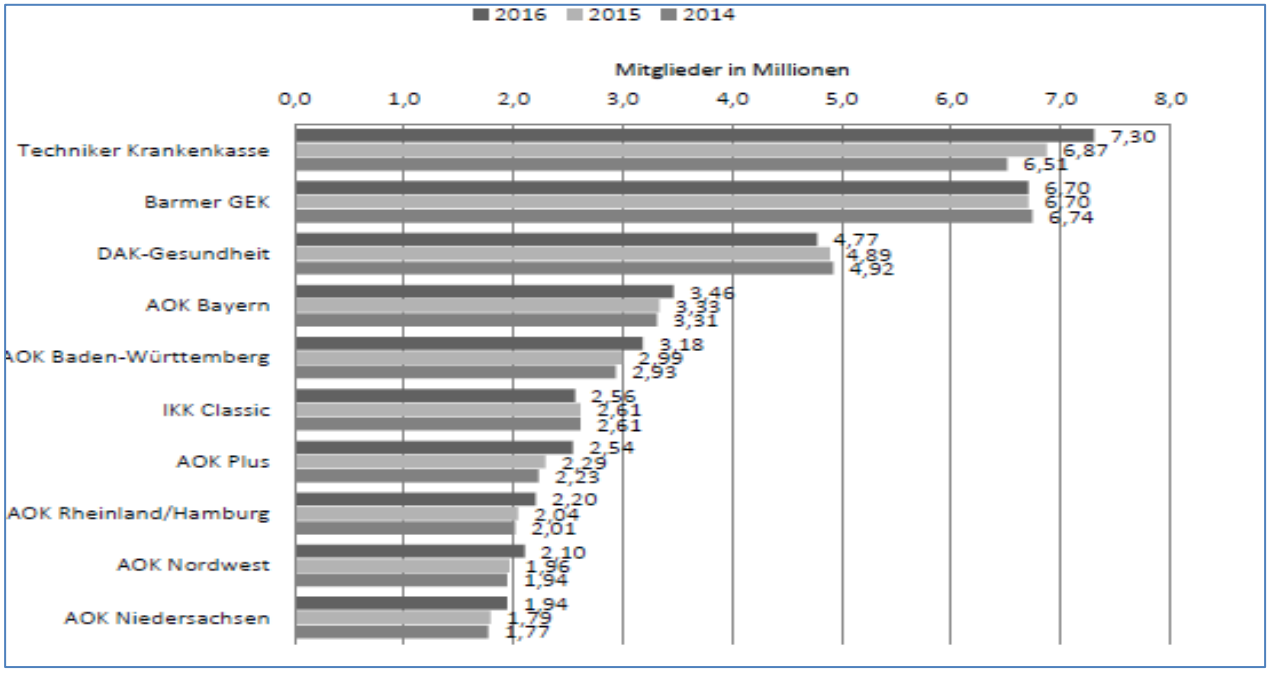
[18] Incl. Knappschaft-Bahn-See

[19] Die Hanseatische Krankenkasse (HEK) bestimmte ihre Verwaltungsratsmitglieder in einer Friedenswahl.

die Anzahl der Bewerber auf verschiedenen Vorschlagslisten die Zahl der zu vergebenden Mandate nicht übersteigt.

Aus wettbewerbspolitischer Sicht sind die Größenverhältnisse der Krankenkassen von besonderem Interesse auch in Bezug auf der Vertretung in GKV-weiten Selbstverwaltungsorganen. In Abbildung 4 ist deshalb die Größenverteilung nach Mitgliederzahl für die zehn größten Krankenkassen dargestellt.

Abbildung 4: Zehn größte Krankenkassen nach Mitgliederzahl 2014 bis 2016



Quelle: Monopolkommission (2017), S. 23

Aus Abbildung 4 ist abzulesen, dass die drei nach Mitgliederzahlen größten Krankenkassen (Techniker, Barmer, DAK) Ersatzkassen sind und bundesunmittelbar geschäftstätig sind. Mit 18,8 Millionen Mitgliedern versichern diese drei Krankenkassen 33,6 Prozent aller Mitglieder in der GKV. Die viert- und fünftgrößten Krankenkassen sind die AOK Bayern mit 3,46 Millionen Mitgliedern und AOK Baden-Württemberg mit 3,18 Millionen Mitgliedern, wobei deren Geschäftstätigkeit lediglich auf das jeweilige Bundesland beschränkt ist. Jedoch wird deutlich, dass diese Krankenkassen jemals mit rund drei Millionen Mitgliedern annähernd halb so groß sind wie die Techniker Krankenkasse oder die Barmer und dies, obgleich sie nicht bundesweit tätig sind. Mit Ausnahme der IKK Classic, die ebenso bundesweit geschäftstätig ist, sind die nächsten Krankenkassen ebenso Allgemeine Ortskrankenkassen für die Bundesländer Sachsen und Thüringen (AOK Plus), Rheinland und Hamburg sowie Westfalen, Lippe und Schleswig-Holstein (AOK Nordwest) als auch Niedersachsen mit jeweils etwas unter bzw. über 2 Millionen Mitgliedern.

3.2 Mandatsverteilung in den Verwaltungsräten der Gesetzlichen Krankenversicherung

Diese zehn größten Krankenkassen werden durch jeweils 30 und damit insgesamt 300 Verwaltungsräte, davon 125 Mandate auf Arbeitgeberseite und 175 Mandate auf Versichertenseite kontrolliert. Dies bedeutet, dass 16 Prozent der 1867 Verwaltungsratsmandate in der Gesetzlichen Krankenversicherung auf die zehn größten Krankenkassen entfallen, jedoch mit 36,75 Millionen Mitgliedern diese zehn Krankenkassen 66,1 Prozent der insgesamt 55,6 Mitglieder[20] in der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland im Jahr 2016 betreuten.[21]

Bezogen auf die Sozialversicherung wurden in der Sozialversicherungswahl 2017 insgesamt 3'423 Mandate in der Selbstverwaltung besetzt, davon jedoch nur 169 Mandate durch Wahlhandlung. Dies bedeutet, dass lediglich 4,94 Prozent aller Mandate aktiv von den Versicherten und Arbeitgebern bestimmt sind. 95,06 Prozent der Selbstverwaltungsmandate wurden durch Friedenswahlen ermittelt.[22]

In den Krankenkassen der Gesetzlichen Krankenversicherung wurden insgesamt 1867 Verwaltungsratsmandate bestimmt.[23] In

Tabelle 3 ist für die verschiedenen Versicherungsträger, bei denen aktive Wahlhandlungen stattfanden, die Zahl der Mandate ausgewiesen, die durch aktive Wahlhandlung vergeben wurden.

[20] 55.608.149 Mitglieder und 71.864.858 Versicherte.

[21] Kinder, Ehepartner und Ehepartnerinnen sowie eingetragene Lebenspartner und Lebenspartnerinnen von Mitgliedern sind beitragsfrei familienversichert und zählen nicht zu der Statusgruppe der Mitglieder. Im Jahr 2016 waren dies 16.256.709 Personen.

[22] Vgl. BWB (2018), S. 22

[23] Die Anzahl der zu vergebenden Mandate bei einer Sozialwahl wurde erst ab dem Schlussbericht zu den Sozialwahlen 2011 erfasst.

Tabelle 3: Anzahl der durch Wahlen mit Wahlhandlungen vergebenen Mandate 2017

Versicherungsträger	Zahl der Mandate
Deutsche Rentenversicherung Bund	15
Deutsche Rentenversicherung Saarland	15
Rentenversicherungsträger	*30*
Barmer	27
Techniker Krankenkasse	15
DAK-Gesundheit	28
KKH	20
hkk	9
BKK RWE	10
BKK VerbundPlus	10
Krankenkassen	***119***
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau[24]	20

Quelle: eigene Darstellung nach BWB (2018), S. 22

Aus

Tabelle 3 geht hervor, dass 119 der 169 durch Wahlhandlung vergebenen Verwaltungsratsmandate im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung angesiedelt sind. Dies bedeutet, dass 70,4 Prozent der in einer Urwahl aktiv ermittelten Verwaltungsratsmandate aller Sozialversicherungsbereiche in den Krankenkassen der Gesetzlichen Krankenversicherung vergeben wurden. Dabei sind mit diesen 119 Mandaten lediglich 6,37 Prozent der insgesamt 1867 Verwaltungsratsmandate von Arbeitgebern bzw. Versicherten durch aktive Wahlhandlungen bestimmt worden. Besonders hervorzuheben ist, dass m

it Ausnahme der BKK VerbundPlus die Mandate für die Verwaltungsräte der Krankenkassen ausschließlich auf Versichertenseite gewählt wurden. Die aktive Wahlhandlung der BKK VerbundPlus bezieht sich auf die Vergabe von zehn Verwaltungsratsmandaten auf der Arbeitgeberseite.[25] Wie sich die Verwaltungsratsmandate auf die verschiedenen Kassenarten verteilen, ist in Tabelle 4 ausgewiesen.

[24] Die Selbstverwaltung der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau wird im Rahmen der Sozialwahlen bestimmt, jedoch kein Verwaltungsrat gewählt, da die Selbstverwaltung neben Unfall- und Rentenversicherung auch die Krankenkasse und Pflegekasse verwaltet.

[25] Auf Arbeitnehmerseite erfolgte in der BKK VerbundPlus eine Friedenswahl.

Tabelle 4: Verteilung der Verwaltungsratsmandate nach Kassenarten[26]

Kassenart	Zahl der Krankenkassen	Mandate absolut	Mandate prozentual
AOK	11	318	17,25
BKK	88	1218	66,09
IKK	6	154	8,36
VdEK	6	153	8,30

Quelle: eigene Darstellung, eigene Berechnungen nach BWB (2018)

Aus Tabelle 4 wird deutlich, dass mit 66,09 Prozent die meisten Verwaltungsratsmandate in der gesetzlichen Krankenversicherung in den 88 Betriebskrankenkassen (BKK) gewählt werden. Bei den elf Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) sind 17,25 Prozent, bei den sechs Innungskrankenkassen (IKK) 8,36 Prozent und bei den sechs Ersatzkassen (VdEK) 8,3 Prozent aller Mandate für die Verwaltungsräte zu verzeichnen.

Für die Verwaltungsräte der Krankenkassen gilt im Grundsatz, dass diese mindestens zur Hälfte aus Vertretern der Versicherten bestehen müssen. Die Krankenkassen können jedoch entsprechend § 44 Abs. 4 SGB IV die Zusammensetzung des Verwaltungsrates, insbesondere die Zahl der dem Verwaltungsrat angehörenden Arbeitgeber- und Versichertenvertreter in ihrer Satzung regeln. Der Verwaltungsrat der Krankenkassen hat höchstens dreißig Mitglieder (§ 43 Abs. 1 SGB IV).

3.2.1 AOK Verwaltungsräte

Die 318 Verwaltungsratsmandate bei den Allgemeinen Ortskrankenkassen verteilen sich gleichmäßig. So werden 159 Mandate von Arbeitgebervertretern über Vorschlagslisten von Unternehmerverbänden ermittelt. Auf Versichertenseite werden 159 Mandate für die Verwaltungsräte durch verschieden zusammengesetzte Gemeinschaftslisten bzw. Einheitslisten der Gewerkschaften (DGB, ACA, dbb, CGB, GdS)[27] bestimmt. In den Verwaltungsräten der AOK Baden-Württemberg, AOK Bayern, AOK Hessen, AOK Niedersachsen, AOK NordWest, AOK Plus (Sachsen und Thüringen), AOK Rheinland/Hamburg, AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, AOK Nordost sind jeweils 15 Mandate auf der Seite der Arbeitgeber und auf der Versichertenseite zu verzeichnen. In der AOK Sachsen-Anhalt sind jeweils 14 Mandate und in der AOK Bremen/Bremerhaven jeweils 10 auf Arbeitgeber- und Versichertenseite vergeben.

[26] Die Vertreterversammlung der Knappschaft-Bahn-See (KBS) weist 30 Sitze auf und verteilt sich auf jeweils 15 Vertreter der Arbeitgeber und der Versicherten.

[27] DGB – Deutscher Gewerkschaftsbund, ACA – Arbeitsgemeinschaften Christlicher Arbeitnehmer-Organisationen, dbb – beamtenbund und tarifunion, CGB – Christlicher Gewerkschaftsbund Deutschlands, GdS – Gewerkschaft der Sozialversicherung

3.2.2 IKK Verwaltungsräte

Für die Innungskrankenkassen gilt ebenso eine Gleichverteilung der 154 Verwaltungsratsmandate. So entfallen 77 Mandate auf die Arbeitgebervertreter (Innungen, Handwerker-AG-Verbände)[28] und 77 Mandate auf Seite der Arbeitnehmervertreter, werden aufgrund der je nach Innungskrankenkasse verschieden zusammengesetzten Gewerkschaftslisten (DGB, ACA, dbb, CGB, ver.di, NGG, IG-Metall, IG-Bau, GdS)[29] bestimmt. Im Verwaltungsrat der IKK Classic sind jeweils 15 Arbeitgeber- und Versichertenmandate vergeben. Jeweils 14 Mandate auf Arbeitgeberseite und Versichertenseite weisen die Verwaltungsräte der IKK Brandenburg und Berlin, IKK Nord, IKK Südwest auf. Jeweils 13 Mandate auf Arbeitgeber- und Versichertenseite sind es in der IKK gesund plus und jeweils 7 Mandate in der BIG – direkt gesund.

3.2.3 BKK Verwaltungsräte

Die 1'218Verwaltungsratsmandate der Betriebskrankenkassen werden von 477 Arbeitgebervertretern und 741 Arbeitnehmervertretern wahrgenommen. Aus den Einzelnachweisen der Wahlergebnisse lassen sich folgende wesentlichen Ergebnisse feststellen.

Mehr als insgesamt 20 Verwaltungsratsmitglieder sind in nur 21 der 88 Betriebskrankenkassen zu verzeichnen.

In den 27 geschlossenen Betriebskrankenkassen benennen die Trägerunternehmen unmittelbar den bzw. die Arbeitgebervertreter für den Verwaltungsrat.[30]

Bei 24 Betriebskrankenkassen ist die Arbeitgeberseite lediglich mit einem Mandat im Verwaltungsrat vertreten.[31]

In 43 Betriebskrankenkassen sind die Verwaltungsratsmandate zwischen Arbeitgeber- und Arbeitnehmerseite zahlenmäßig gleichverteilt.

In 40 Betriebskrankenkassen wurden die Arbeitgebervertreter in den Verwaltungsräten über freie Listen ermittelt.

In 22 Verwaltungsräten entfallen die Mandate auf der Versichertenseite auf Listen, die nicht explizit in Bezug zu einer Gewerkschaft stehen.

---

[28] Zum Beispiel: Schornsteinfeger-Innung in Berlin, Kreishandwerkerschaft Potsdam, KH ABI – Kreishandwerkerschaft Anhalt-Bitterfeld, AGVH Arbeitgeberverband des Saarländischen Handwerks

[29] Ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, NGG - Gewerkschaft Nahrung-Genuss-Gaststätten, IG-Metall – Industriegewerkschaft Metall, IG-Bau – Industriegewerkschaft Bauen-Agrar-Umwelt

[30] Geschlossene Betriebskrankenkassen versichern ausschließlich Betriebsangehörige der Trägerunternehmen sowie deren Familienmitglieder.

[31] Dieser hat gemäß §44 Abs. 2 SGB IV dieselbe Zahl der Stimmen wie die Vertreter der Versicherten.

In 59 Verwaltungsräten sind auf Versichertenseite Mandatsträger in einer Friedenswahl gewählt aufgrund nur einer Gewerkschaftsliste (47), einer Gemeinschaftsliste von Gewerkschaften (7) oder mehrerer (konkurrierender) Gewerkschaftslisten (3)[32] oder konkurrierender Gewerkschafts- und freien Listen (2)[33] und in einer Krankenkasse erfolgte dies in einer Urwahl (1)[34].

In 15 Betriebskrankenkassen entfallen die Mandate auf Versichertenseite ausschließlich auf freie Listen oder auf Listen von Arbeitnehmervertretern bzw. Mitarbeiterverbänden oder Betriebsräten.[35]

3.2.4 Verwaltungsräte Ersatzkassen

In den sechs Ersatzkassen verteilen sich die 153 Verwaltungsratsmandate auf 39 Sitze der Arbeitgebervertreter und 114 der Arbeitnehmervertreter. Einzig die Hanseatische Krankenkasse (HEK) zählt in ihrem Verwaltungsrat ausschließlich Vertreter der Arbeitnehmerseite, wobei diese lediglich neun Mandate umfasst. Bei der DAK-Gesundheit verteilen sich die 30 Mandate im Verwaltungsrat auf zwei Mandate der Arbeitgeberseite und 28 Mandate auf der Versichertenseite. Bei der Kaufmännischen Krankenkasse Halle (KKH) setzt sich der Verwaltungsrat aus zehn Mandaten der Arbeitgeberseite und 20 Mandaten der Arbeitnehmerseite zusammen. In der hkk (ehem. Handelskrankenkasse) umfasst der Verwaltungsrat 18 Mandate, die sich in gleicher Zahl auf Arbeitgeberseite und Versichertenseite verteilen. In der Techniker Krankenkasse bildet sich die Selbstverwaltung mit 15 Mandaten auf Arbeitgeberseite und 15 Mandaten auf Versichertenseite. Bei der Barmer sind im Verwaltungsrat die Arbeitgeberseite mit drei Mandaten und die Versichertenseite mit 27 Mandaten vertreten.

In Bezug auf die Listenvielfalt weisen die Ersatzkassen gegenüber den Allgemeinen Ortskrankenkassen und Innungskrankenkassen eine Besonderheit auf. Diese besteht darin, dass die überwiegende Zahl der Mandate auf Versichertenseite aus Listen krankenkassenspezifischer Versichertengemeinschaften, die gewerkschaftsunabhängig sind[36], hervorgehen. So erreichte die Barmer Versichertengemeinschaft 18

---

[32] *BAHN BKK* - „Gewerkschaft Deutscher Lokomotivführer-GDL" (1 Mandat) und „Eisenbahn- und Verkehrsgewerkschaft – EVG - Frankfurt am Main" (14 Mandate), *BKK Rieker.RICOSTA.Weisser* - IG-Metall (2 Mandate) und IG Bergbau, Chemie, Energie (4 Mandate), *Novitas BKK* - IG Metall (14 Mandate) und Christliche Gewerkschaft Metall (1 Mandat)

[33] *WMF Betriebskrankenkasse* - IG-Metall (3 Mandate) und „Freie Liste Gabriele Luprich" (1 Mandat), *Daimler BKK* - IG-Metall (12 Mandate), AUB – die Unabhängigen e.V. (1 Mandat), Christliche Gewerkschaft Metall (1 Mandat), Freie Liste „Neue Perspektive e.V." (1 Mandat),

[34] BKK RWE – ver.di (7 Mandate) und „Freie Liste Casser, Triller" (3 Mandate)

[35] Zum Beispiel „Krones AG – Arbeitnehmer", Verband der Akademischen Angestellten (VAA), „Vers 1" (Versichertenliste von Betriebsräten der Trägerunternehmen der BKK Vital - ab 01.01.2018 fusioniert mit BKK Pfalz), „Vertrauensrat der Fa. Würth"

[36] Diese Listen wurden oftmals jedoch von Personen begründet worden, die Gewerkschaftsmitglieder sind und/oder zuvor auf Wahllisten der Gewerkschaften vertreten waren.

der 27 Mandate und die BfA DRV-Gemeinschaft-freie und unabhängige Interessengemeinschaft der Versicherten und Rentner in der Deutschen Rentenversicherung, Krankenversicherungen, Pflegeversicherung und Unfallversicherung e.V. drei Mandate. Die verbleibenden sechs Mandate entfielen auf ver.di, IG-Metall sowie die Liste der Katholische Arbeitnehmer-Bewegung Deutschland e.V., Kolpingwerk Deutschland, Bundesverband evangelischer Arbeitnehmerorganisationen e.V. Bei der Techniker Krankenkasse vereinigte die TK-Gemeinschaft, unabhängige Versichertengemeinschaft der Techniker Krankenkasse e.V. zehn der 15 Mandate auf sich und die BfA DRV-Gemeinschaft weitere zwei. Die Gewerkschaftslisten von ver.di und IG-Metall erreichten die übrigen drei Mandate. Die DAK Mitgliedergemeinschaft e.V. erreichte 13 der 28 Mandate auf Versichertenseite im Verwaltungsrat. Dazuhin zogen die DAK-VRV e.V. - Versicherten- und Rentnervereinigung seit 1977 bei der DAK-Gesundheit und der Deutschen Rentenversicherung ebenso wie die BfA DRV-Gemeinschaft - freie und unabhängige Interessengemeinschaft der Versicherten und Rentner in der Deutschen Rentenversicherung, Krankenversicherung, Pflegeversicherung und Unfallversicherung e.V. mit jeweils drei Mandaten in den Verwaltungsrat ein. Über Gewerkschaftslisten wurden sechs Mandate vergeben. Im Falle der KKH erreichte die KKH-Versichertengemeinschaft e.V. 17 der 20 Mandate im Verwaltungsrat auf Versichertenseite. Der Deutsche Gewerkschaftsbund (ein Mandat) und ver.di (zwei Mandate) vervollständigen Verwaltungsrat. Im Verwaltungsrat der hkk entfallen sechs der neun Mandate auf die hkk-Gemeinschaft e.V., zwei Mandate auf die BfA DRV-Gemeinschaft und lediglich ein Mandat auf ver.di. In der hanseatischen Krankenkasse (HEK) stellen die HEK-Interessengemeinschaft e.V. elf der 15 Mandate, der Deutsche Gewerkschaftsbund ein Mandat und ver.di drei Mandate. In der Zusammenschau ist festzustellen, dass in den Ersatzkassen 91 der 114 Verwaltungsratsmandate auf Versichertenseite und damit 79,8 Prozent von nicht gewerkschaftsgebundenen Listen gestellt werden.

3.2.5 Bedeutung der Gewerkschaften

Wenngleich die Bedeutung der Gewerkschaften bei den Ersatzkassen eher als untergeordnet bezeichnet werden kann, so spielen Gewerkschaften in den Allgemeinen Ortskrankenkassen, den Innungskrankenkassen und den Betriebskrankenkassen eine deutlich größere Rolle. So werden 785 Mandate auf Versichertenseite (AOK 159, IKK 77, Ersatzkassen 20, BKK 529[37]) von Gewerkschaftsvertretern gestellt. Dies bedeutet, dass 71,95 Prozent der 1091 Verwaltungsratsmandate

[37] In der Schwenninger Betriebskrankenkasse und der Merck BKK bestehen Listenverbindungen aus Gewerkschaften und einer Freien Liste bzw. dem Verband der Akademischen Angestellten (VAA), weshalb keine eindeutige Zuordnung von Gewerkschaftsmandaten im Verwaltungsrat möglich ist.

auf Versichertenseite von Gewerkschaftsvertretern wahrgenommen werden. Bei AOK und IKK beträgt der Anteil Gewerkschaftsvertreter auf Versichertenseite 100 Prozent, bei den Ersatzkassen 17,5 Prozent und bei den Betriebskrankenkassen 71,39 Prozent.

Im Vergleich zur Bedeutung der Gewerkschaften in den Verwaltungsräten der Krankenkassen sind in Tabelle 5 die Mitgliederzahlen in den verschiedenen Gewerkschaften in Deutschland ausgewiesen.

Tabelle 5: Mitglieder in den DGB-Gewerkschaften[38] im Jahr 2017

Gewerkschaft	Insgesamt		Männlich		Weiblich	
		in v. H.	Gesamt	in v. H.	Gesamt	in v. H.
IG BAU	254.525	4,2	187.456	73,6	67.069	26,4
IG BCE	637.623	10,6	500.611	78,5	137.012	21,5
GEW	278.243	4,6	78.714	28,3	199.529	71,7
IG Metall	2.262.661	37,7	1.855.768	82	406.893	18
NGG	199.921	3,3	116.180	58,1	83.741	41,9
GdP	185.153	3,1	139.121	75,1	46.032	24,9
EVG	189.975	3,2	148.771	78,3	41.204	21,7
ver.di	1.987.336	33,1	949.115	47,8	1.038.221	52,2
DGB-gesamt	**5.995.437**	**100**	**3.975.736**	**66,3**	**2.019.701**	**33,7**

Quelle: DGB (2020)

Aus Tabelle 5 geht hervor, dass im Jahr 2017 alle DGB-Gewerkschaften 5,99 Millionen Mitglieder zählten. Dies bedeutet einen Anteil von 15,02 Prozent an allen 39,867 Millionen Erwerbstätigen[39] in Deutschland. Der Anteil der 420.063 gewerkschaftlich organisierten Beamten beträgt 7,0 Prozent bezogen auf die Gesamtmitgliederzahl der DGB-Gewerkschaften. Der gewerkschaftliche Organisationsgrad von 15,02 Prozent in Bezug auf die Zahl aller Erwerbstätigen entspricht somit im Wesentlichen dem Anteil an Verwaltungsratsmandaten, den Gewerkschaftsvertreter im Bereich der Ersatzkassen (17,5 Prozent) repräsentieren. In den Allgemeinen Ortskrankenkassen und Innungskrankenkassen sind Gewerkschaftsvertreter aufgrund der 100-prozentigen Vertretungsmacht in den Verwaltungsräten ebenso deutlich überrepräsentiert wie im Vergleich zu dem 71,3-prozentigen Anteil der Gewerkschaftsvertreter in den Verwaltungsräten der Betriebskrankenkassen.

[38] IG BAU - IG Bauen-Agrar-Umwelt; IG BCE - IG Bergbau, Chemie, Energie; GEW – Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft; NGG – Gewerkschaft Nahrung-Genuss-Gaststätten; GdP – Gewerkschaft der Polizei; EVG - Eisenbahn- und Verkehrsgewerkschaft

[39] Erwerbstätige Arbeitnehmer (Inländer), Destatis (2018)

3.2.6 Wahlbeteiligung an der Sozialwahl in den Krankenkassen

Um die Bedeutung der Sozialwahlen für die Legitimation der Selbstverwaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung weiter einordnen zu können, bedarf es auch des Blicks auf die Wahlbeteiligung an der Sozialwahl in den Krankenkassen, die eine aktive Wahl, eine Wahl mit Wahlhandlung verzeichneten. Die Ergebnisse aus der Sozialwahl 2017 für diese Sozialversicherungsträger sind in Tabelle 6 dargestellt.

Tabelle 6: Wahlberechtigte, eingegangene Stimmen und Wahlbeteiligung bei Urwahlen in der Gesetzlichen Krankenversicherung 2017

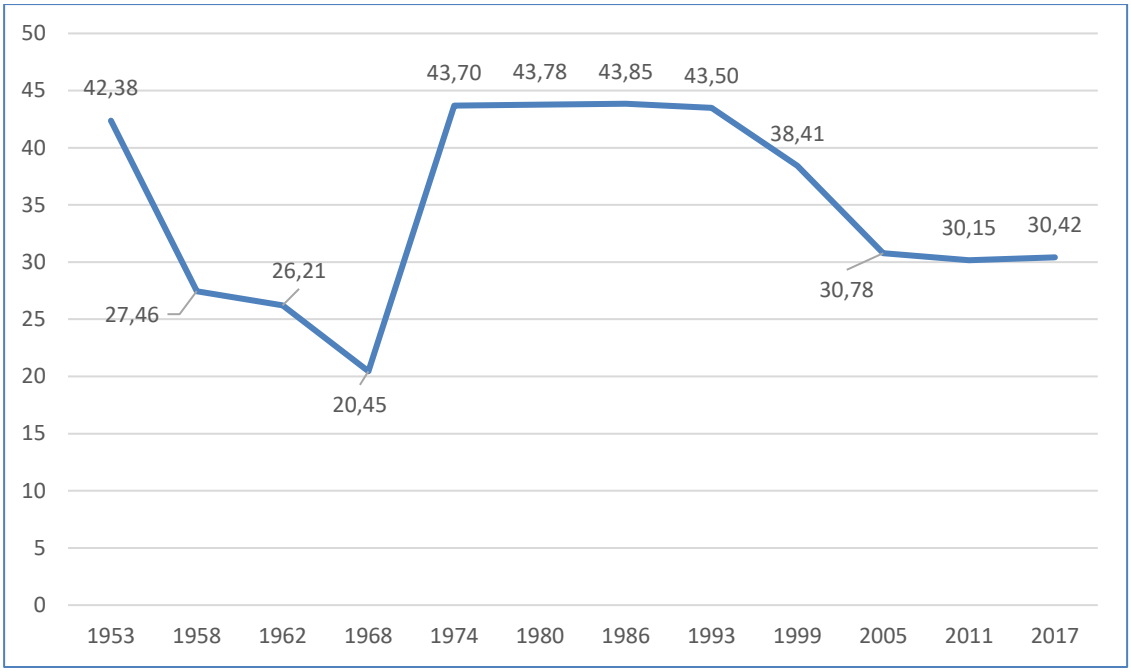
Sozialversiche-rungsträger	Wahlberechtigte	Eingegangene Stimmen	Wahlbeteiligung in Prozent
Barmer	7'369'632	2'232'898	30,30
TK	7'408'270	2'400'155	32,40
DAK	4'748'657	1'349'659	28,42
KKH	1'375'747	392'452	28,53
hkk	399'519	115'993	29,03
BKK RWE	43'952	20'703	47,10
Krankenkassen	21345777	6511860	30,51

Quelle: BMB (2018), S. 19

Aus Tabelle 6 lässt sich ablesen, dass die Wahlbeteiligung mit Ausnahme der BKK RWE bei den Krankenkassen mit Urwahlen in der Gesetzlichen Krankenversicherung lediglich rund 30 Prozent beträgt. Die höchste Wahlbeteiligung mit 32,40 Prozent weist die Techniker Krankenkasse (TK) auf, die geringste mit 28,42 Prozent die Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK). Bei der Urwahl auf der Arbeitgeberseite der BKK VerbundPlus ergab sich eine Wahlbeteiligung von nur 11,76 Prozent. Die Wahlbeteiligungen bei Bundestagswahlen lagen mit 76,2 Prozent im Jahr 2017, mit 71,5 Prozent im Jahr 2013 und mit 70,8 Prozent im Jahr 2009 doch deutlich höher im Vergleich zu der Wahlbeteiligung bei Sozialwahlen.40 Die höchste Wahlbeteiligung bei der Sozialwahl 2017 ist mit 67,6 Prozent bei der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau zu verzeichnen. Die Wahlbeteiligung über alle Sozialversicherungsträger mit Wahlhandlung beträgt 30,42 Prozent im Jahr 2017. In Abbildung 5 sind die Wahlbeteiligungen über alle Sozialversicherungsträger seit der ersten Sozialwahl in der Bundesrepublik Deutschland im Jahr 1953 dargestellt.

[40] Die höchste Wahlbeteiligung bei einer Bundestagswahl war im Jahr 1972 mit 91,1 Prozent zu verzeichnen.

Abbildung 5: Höhe der Wahlbeteiligung an Sozialwahlen 1953 bis 2017, Angaben in Prozent



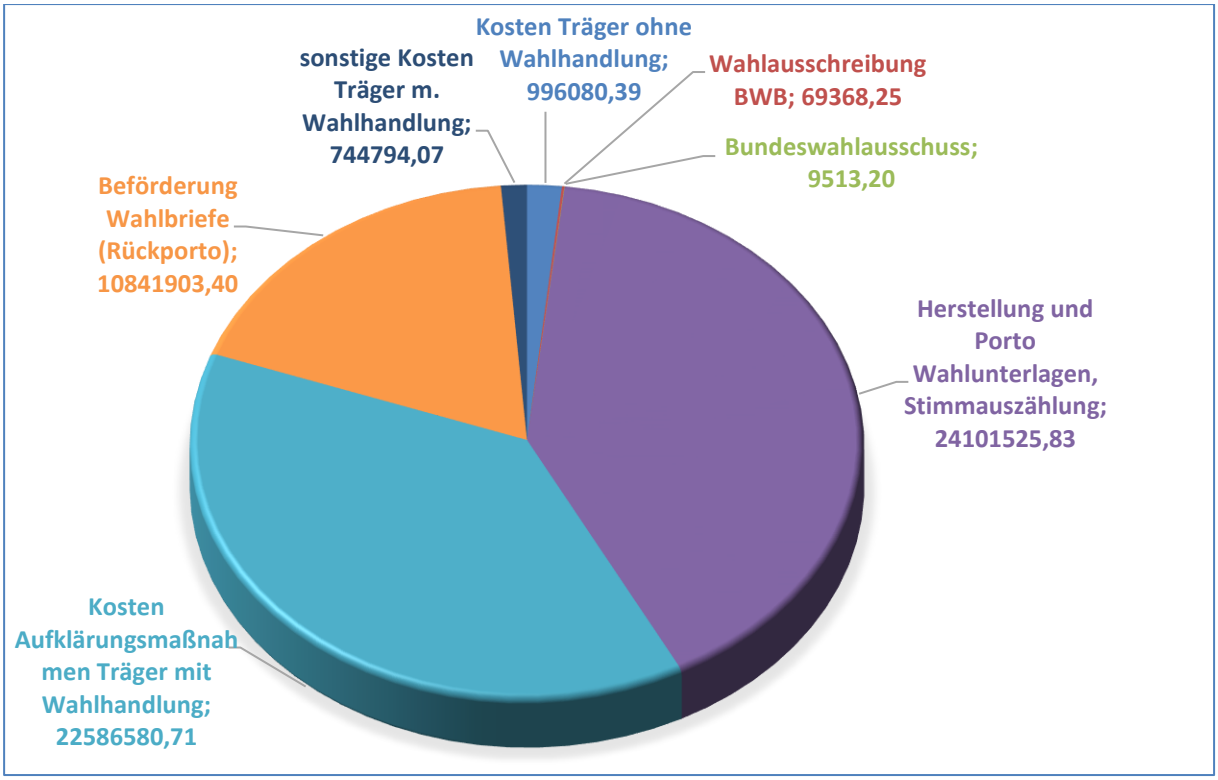
Quelle: eigene Darstellung nach BWB (2018), S. 18

Aus Abbildung 5 wird deutlich, dass die Wahlbeteiligung im Jahr 2017 geringfügig angestiegen sein mag, jedoch im Vergleich deutlich unter den Wahlbeteiligungen in den 1970er und 1980er Jahren mit über 43 Prozent zurückbleibt.

3.2.7 Kosten der Sozialwahlen

Die Kosten für die Vorbereitung und Durchführung der Sozialwahlen im Jahr 2017 betrugen insgesamt 59,35 Mio. Euro. Davon entfielen auf die Sozialversicherungsträger, welche sogenannte Friedenswahlen durchführten, Ausgaben in Höhe von 996.080 Euro, was einem Anteil von 16,7 Prozent entspricht. In Abbildung 6 sind die Kosten der Sozialwahl im Jahr 2017 dargestellt.

Abbildung 6: Kosten der Sozialwahl im Jahr 2017 in Euro



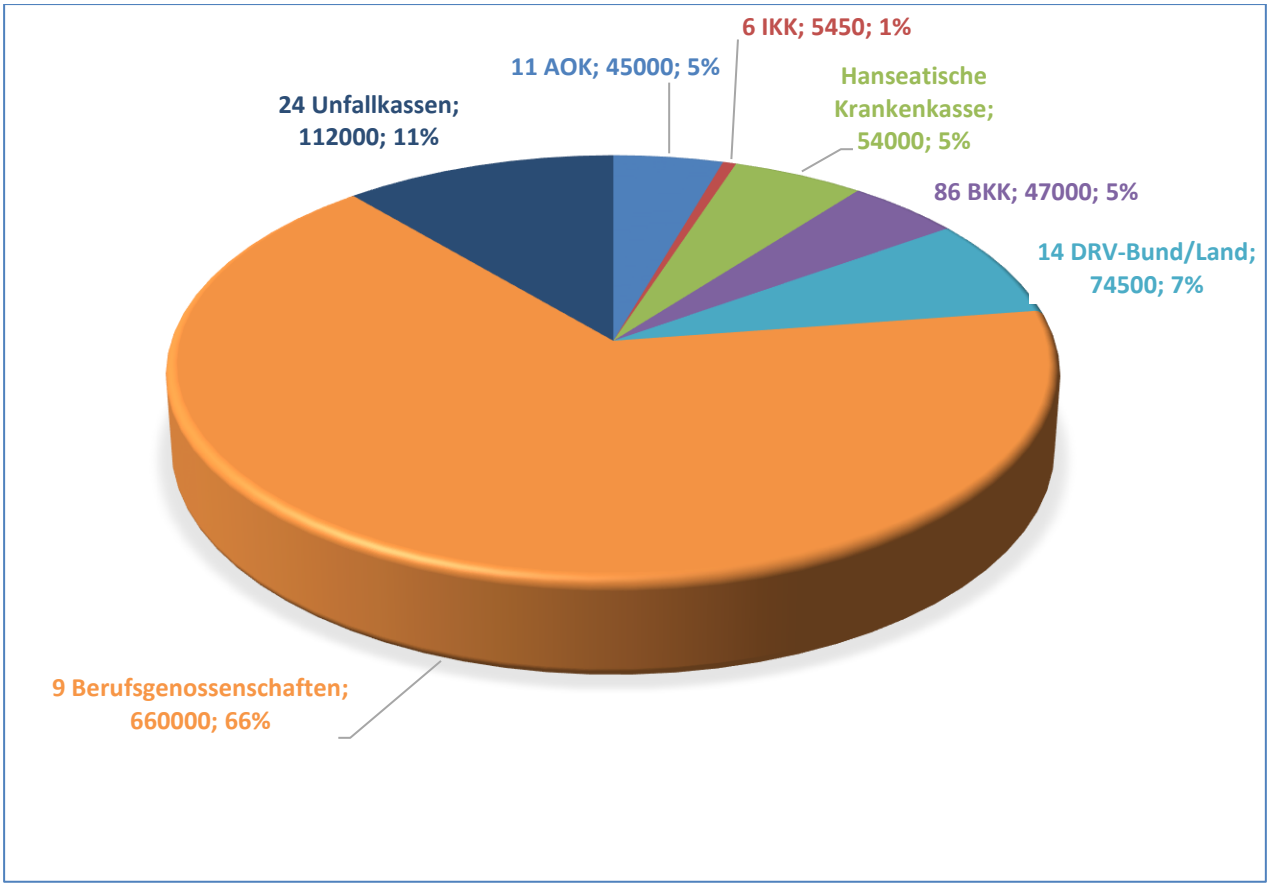
Quelle: eigene Darstellung nach BWB (2018), S. 46

Aus Abbildung 6 wird deutlich, dass die Kosten, die den Trägern der gesetzlichen Krankenkassen, der gesetzlichen Rentenversicherung und den gesetzlichen Trägern der Unfallversicherung entstanden, die keine Wahlhandlung (Friedenswahl) durchführten lediglich rund 996.000 € und damit 2 Prozent der Gesamtausgaben für die Sozialwahlen im Jahr 2017 betragen. Somit sind den Trägern mit Wahlhandlung Kosten in Höhe von 58.274.804 € zuzurechnen, was 98,2 Prozent der Gesamtausgaben entspricht.

Den größten Ausgabenanteil mit 41,4 Prozent nehmen die Herstellung und das Porto für die Wahlunterlagen sowie die Stimmauszählung (24.101.525 Euro) ein. 38,7 Prozent beträgt der Anteil der Kosten für die Aufklärungsmaßnahmen der Versicherten (22.586.580 Euro) über den Ablauf der Wahl und die Vorstellung der zur Wahl stehenden Vorschlagslisten. Alleine das Rückporto für den Transport der Wahlbriefe (10.841.903 Euro) beläuft sich auf 19,6 Prozent der Gesamtausgaben für die Realisierung der Wahlen mit Wahlhandlung.

Die Kosten in Höhe von 996.080 Euro, die für die Durchführung der Friedenswahlen entstanden sind, verteilen sich auf die Versicherungsträger wie in Abbildung 7 ausgewiesen.

Abbildung 7: Kosten für Friedenswahlen nach Sozialversicherungsträger



Quelle: eigene Darstellung nach BWB (2018), S. 46

Wie aus Abbildung 7 deutlich wird, entsteht der größte Teil der Ausgaben für die Durchführung von Friedenswahlen mit 66 Prozent bei den neun Berufsgenossenschaften (660.000 Euro). Der zweithöchste Anteil mit 11 Prozent an den Gesamtausgaben entfällt auf die 24 Unfallkassen (112.000 Euro), gefolgt von der Hanseatischen Krankenkasse (HEK) mit 47.000 Euro bzw. einem Anteil von 5,4 Prozent sowie den Allgemeinen Ortskrankenkassen mit 45.000 Euro bzw. 4,5 Prozent. Werden die Kosten für die Durchführung der Friedenswahlen von Innungskrankenkassen (5.450 Euro) und Betriebskrankenkassen (47.000 Euro) eingerechnet, so entstanden bei den Krankenkassen für Friedenswahlen Kosten in Höhe von lediglich 151.450 Euro, was einem Anteil von 15,2 Prozent an den gesamten Ausgaben für Friedenswahlen im Jahr 2017 entspricht.

Für die Gesamtschau und zur Einordnung der Kosten für die Durchführung der Sozialversicherungswahl bei Krankenkassen ist festzustellen, dass im Jahr 2017 die Netto-Verwaltungskosten in der Gesetzlichen Krankenversicherung, welche ausschließlich die Verwaltungskosten der Krankenkassen und nicht auch die Kosten der Leistungserbringer zur Sicherstellung des Sachleistungsprinzips berücksichtigen, 10.859.259.616 Euro betrugen. Dies entspricht einem Anteil von 5,01 Prozent an den gesamten Ausgaben

der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland.[41] Bezogen auf die Netto-Verwaltungskosten beläuft sich der Anteil der Kosten für die Sozialversicherungswahl auf 0,54 Prozent. Dies entspricht demselben prozentualen Verhältnis der Ausgaben für Satzungsleistungen an den Gesamtausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung, welches 0,55 Prozent betrug im Jahr 2016.

4 Schlussbetrachtung

Wird Selbstverwaltung stärker als Wahrung der Interessen der Versicherten verstanden, so wird der Intrakassen-Ausgleich zwischen berechtigten Ansprüchen an die Leistungsgewährung im Behandlungsfall und die Erhebung erforderlicher Beitragsmittel deutlich kassenindividueller betrachtet werden müssen. Diese kann sich nur in der vollständigen Beitragssatzautonomie und größtmöglichen Freiheit der vertraglichen Ausgestaltung von Versorgungsleistungen ausdrücken. Dies bedeutet im Kern eine Abkehr vom Gleichbehandlungsgrundsatz, von einem einheitlichen Leistungskatalog, da nur dann ein echter Leistungswettbewerb zwischen Krankenkassen möglich wird. Als Gestaltungsparameter bleiben die Organisation der Versicherungsleistung und Servicequalität, die sich durch Servicestellen, den Internetauftritt, Beratungs-Hotlines, kurze Bearbeitungszeiten und selektivvertragliche Versorgungssteuerung ausdrücken können. Hierauf allerdings können die Verwaltungsräte nur strategisch Einfluss nehmen. Dabei wird die große Bedeutung der Gewerkschaften, die in den Verwaltungsräten der Allgemeinen Ortskrankenkassen und Innungskrankenkassen zu 100 Prozent und in Betriebskrankenkassen zu 71 Prozent die Mandate der Versichertenvertreter besetzen, in der Selbstverwaltung das Spannungsfeld zwischen umfangreicher und qualitativ hochwertiger Leistungsbereitstellung sowie lohnkostenrelevanten Beitragssätzen schwerlich moderieren können. Hinzu kommt die asymmetrische Verteilung von Fachkompetenz zwischen Verwaltungsrat und Vorstand. So bleiben den Verwaltungsräten lediglich als direkte Handlungsoptionen, Selbstbehalt-, Beitragserstattungs- und Kostenerstattungstarife (§ 53 SGB V) zu gestalten und individuelle Satzungsleistungen (§ 11 Abs. 6 SGB V) zu formulieren.

Eine Konzentration der Zahl der Krankenkassen, wie dies seit Einführung des Risikostrukturausgleichs im Jahr 1992 mit 1223 Krankenkassen auf 117 Krankenkassen im Jahr 2017[42] deutlich erkennbar ist, erfordert eine stärkere regionale Ausrichtung in Bezug auf das Leistungsgeschehen. In Hinsicht auf die

[41] Werden die Managementkosten der Leistungserbringer, die zur Sicherstellung des Sachleistungsprinzips in der GKV erforderlich sind, beläuft sich der Anteil der Verwaltungskosten bei den Krankenkassen und den Selbstverwaltungsorganen bezogen auf die Gesamtausgaben der GKV auf 10 – 13 Prozent. Vgl. Kern und Beske (2000)

[42] Gab es im Jahr 2019 noch 109 Krankenkassen, so waren es zum 01. Januar 2020 noch 105 Krankenkassen.

Verhandlungsmacht gegenüber den Leistungserbringern sollten größere Verhandlungsfreiheiten zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern möglich sein.

Staatliche Zuschüsse werden die soziale Selbstverwaltung in ihrer Autonomie schrittweise, wenn auch zunächst kaum spürbar, einschränken, da eine Abhängigkeit von der Makroebene geschaffen wird. Die Gestaltungsmöglichkeiten der Verwaltungsräte werden zunehmend verringert, da die Zusage des Staates, für seine Verbindlichkeiten einzustehen, angesichts des demographischen Wandels und dem daraus resultierenden Rückgang der Erwerbsbevölkerung bereits heute kaum mehr haltbar erscheint. Während dem Staat gestattet ist, Unterschiede in den Einnahmen und Ausgaben der öffentlichen Haushalte durch Schuldenaufnahme zu korrigieren, ist dies der sozialen Selbstverwaltung verwehrt. Selbstverwaltung durch die Sozialpartner schafft den herausragenden Vorteil, unabhängig von kurzfristigen politischen oder parteitaktischen Überlegungen eine legislaturperiodenübergreifende Gesundheitsversorgung zu gestalten. Finanzielle Verschiebebahnhöfe werden im Sinne der Finanzautonomie der sozialen Selbstverwaltung vermieden. Der Bundeszuschuss zur Finanzierung versicherungsfremder Leistungen ist vor diesem Hintergrund zu überprüfen.

Die Zusammensetzung der Verwaltungsräte in Bezug auf die verschiedenen Versichertengruppen ist weiter zu beachten. Hier ist neben der Dominanz der Gewerkschaften auch die Wahlbeteiligung wesentlich. Zum Zeitpunkt der Sozialwahlen im Jahr 2017 wurden nur 6,37 Prozent der Verwaltungsratsmandate in der gesetzlichen Krankenversicherung durch aktive Wahlhandlungen bestimmt. Urwahlen erfolgten lediglich bei sieben Krankenkassen mit einer Wahlbeteiligung von durchschnittlich rund 30 Prozent. In allen übrigen Krankenkassen fanden Friedenswahlen statt. Über die Repräsentanz der Verwaltungsräte der Krankenkassen in den übergeordneten Selbstverwaltungsinstitutionen wird deren Gewicht weiter betont.

Im Ergebnis ist festzustellen, dass soziale Selbstverwaltung dem Subsidiaritätsprinzip und somit dem Ziel der gebotenen Staatsferne entspringt. Zugleich bedarf soziale Selbstverwaltung größerer Handlungsautonomie, um gesamtgesellschaftlich verantwortlich den Versicherteninteressen entsprechen zu können.

Literatur

BWB – Die Bundeswahlbeauftragte für die Sozialversicherungswahlen (2018): Schlussbericht über die Sozialwahlen 2017, Berlin

Destatis (2018): Erwerbspersonen 2017, unter: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2018/01/PD18_001_13321.html

DGB (2020): DGB-Mitgliederzahlen 2017, unter: https://www.dgb.de/uber-uns/dgb-heute/mitgliederzahlen/2010?tab=tab_0_2#tabnav

Fischer M und F Welti (2019): Das Widerspruchsverfahren und die Widerspruchsausschüsse in der Sozialversicherung, in: Höland A und F Welti (Hrsg): Recht und Praxis der Widerspruchsausschüsse in der Sozialversicherung, Reihe study Bd. 411, Hans-Böckler-Stiftung,

Gematik (2019): Unternehmensstruktur, unter: https://www.gematik.de/ueber-uns/unternehmensstruktur/

Kern AO und F Beske (2000): Verwaltungskosten in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Manuelle Medizin, 98/2000, S. 299 – 305

Klenk, T, F Nullmeier, Ph Weyrauch, A Haarmann (2009): Das Ende der Bismarck-Tradition? In: Sozialer Fortschritt, 5/2009, S. 85-92

Sander M, M Albrecht, V Stengel, M Möllenkamp, S Loos, G Igl (2017): Leistungsbewilligungen und -ablehnungen durch Krankenkassen, IGES, Berlin