



GEORG-AUGUST-UNIVERSITÄT  
GÖTTINGEN

***Digital Health Affairs –  
Voraussetzungen für politischen Wandel  
im Gesundheitswesen***

Dissertation  
zur Erlangung des Doktorgrades  
der Sozialwissenschaftlichen Fakultät  
der Georg-August-Universität Göttingen

vorgelegt von  
Dipl.-Volksw. Stefanie Beck, M.A.  
geboren in Augsburg

Göttingen, 2017

**Erstbetreuer:** Prof. Dr. Andreas Busch

**Weitere Betreuer:** Prof. Dr. Anja Jetschke

Prof. Dr. Monika Oberle

Tag der mündlichen Prüfung: 15.02.2016

# Inhaltsverzeichnis

<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>VII</b>
<b>Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>VIII</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>XII</b>
<b>1 Einleitung .....</b>	<b>1</b>
1.1 Motivation und Problemstellung.....	1
1.2 Zielsetzung und Forschungsfragen.....	3
1.3 Aufbau der Arbeit .....	6
<b>2 Begriffsdefinitionen .....</b>	<b>9</b>
2.1 Gesundheitspolitik und gesundheitspolitische Reformen .....	9
2.2 Gesundheitstelematik bzw. E-Health .....	11
2.3 Elektronische Kartensysteme und elektronische Netzsysteme .....	12
<b>3 Besonderheiten des deutschen und österreichischen Gesundheitswesens .....</b>	<b>16</b>
3.1 Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Organisation der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland und Österreich .....	16
3.1.1 Deutschland .....	16
3.1.2 Österreich.....	17
3.1.3 Zusammenführung .....	18
3.2 Eine netzwerkanalytische Betrachtung der Entscheidungsstrukturen und Steuerungs- formen im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen .....	19
3.2.1 Makroebene .....	20
3.2.1.1 Die Rolle der Europäischen Union und internationaler Organisationen in der nationalen Gesundheitspolitik.....	20
3.2.1.2 Deutschland .....	22
3.2.1.3 Österreich .....	23
3.2.2 Mesoebene.....	24
3.2.2.1 Deutschland .....	25
3.2.2.2 Österreich .....	29
3.2.3 Mikroebene.....	32
3.2.4 Zusammenführung .....	33
3.3 Die europäische Krankenversicherungskarte und die elektronischen Kartensysteme in Deutschland und Österreich.....	34
3.3.1 Die europäische Krankenversicherungskarte .....	34
3.3.2 Die elektronische Gesundheitskarte in Deutschland .....	35
3.3.3 Die E-Card in Österreich .....	38
3.3.4 Zusammenfassung – Vergleich der eGK und der E-Card .....	41

<b>4</b>	<b>Stand der Forschung zu (gesundheits)politischem Wandel und Einordnung der vorliegenden Arbeit in das Forschungsumfeld .....</b>	<b>45</b>
4.1	Methodisches Vorgehen bei der Aufarbeitung des Forschungsstandes .....	45
4.1.1	Vorgehensweise der Literaturerhebung .....	45
4.1.2	Vorgehensweise zur Literatúrauswertung .....	46
4.2	Ergebnisse der Literatúrauswertung: (Gesundheits)politischer Wandel in Theorie und Empirie .....	47
4.2.1	(Gesundheits)politischer Wandel als theoretisches Konzept .....	48
4.2.2	Empirische Forschung zu (gesundheits)politischem Wandel .....	50
4.3	Einordnung der eigenen Arbeit in das Forschungsumfeld .....	56
4.3.1	Empirische Implikationen .....	56
4.3.2	Begründung der Theorieauswahl .....	58
<b>5</b>	<b>Verwendete Theorieansätze und Hypothesenbildung .....</b>	<b>61</b>
5.1	Theoretischer Rahmen für die empirische Analyse .....	61
5.1.1	Theriefamilien der vergleichenden Staatstätigkeitsforschung .....	61
5.1.1.1	Sozioökonomische Determination der Regierungstätigkeit .....	61
5.1.1.2	Die Bedeutung von Machtressourcen organisierter Interessen .....	62
5.1.1.3	Lehre von der Parteiendifferenz .....	62
5.1.1.4	Politisch-institutionalistischer Erklärungsansatz .....	63
5.1.1.5	Internationale Hypothese .....	64
5.1.1.6	Politik-Erbe und Pfadabhängigkeit .....	65
5.1.2	Theorieansätze der Policy-Forschung .....	66
5.1.2.1	Multiple-Streams-Ansatz .....	66
5.1.2.2	Punctuated-Equilibrium-Framework .....	68
5.2	Hypothesenbildung .....	72
5.2.1	Hypothesen zu den Theriefamilien der vergleichenden Staatstätigkeitsforschung .....	72
5.2.2	Hypothesen zu den Theorieansätzen der Policy-Forschung .....	76
<b>6</b>	<b>Forschungsstrategie .....</b>	<b>78</b>
6.1	Politikfeld Gesundheit .....	78
6.2	Politik-Bereich: Regulative Politik .....	79
6.3	Fallstudientyp und Länderauswahl .....	81
6.4	Untersuchungszeitraum .....	84
6.5	Untersuchungsmethoden .....	85
6.5.1	Erhebung der Daten .....	86
6.5.1.1	Sammlung von Dokumenten .....	86
6.5.1.2	Leitfadengestützte Experten-Interviews .....	87
6.5.1.2.1	Interviewleitfaden .....	87
6.5.1.2.2	Auswahl der Interviewpartner .....	90
6.5.1.2.3	Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung der Interviews .....	91
6.5.2	Auswertung der aus den Interviews erhobenen Daten .....	92

6.5.2.1	Strukturieren und Zusammenfassen.....	92
6.5.2.2	Reflexion, Theorieüberprüfung und -entwicklung .....	93
<b>7</b>	<b>Empirische Analyse: Erklärungsfaktoren für die Reform „Einführung eines elektronischen Kartensystems“ im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen ....</b>	<b>96</b>
7.1	Gesellschaftliche und wirtschaftliche Entwicklungen .....	96
7.1.1	Deutschland .....	96
7.1.2	Österreich .....	104
7.1.3	Zusammenführung .....	110
7.2	Interessengruppen und Machtressourcen .....	112
7.2.1	Deutschland .....	113
7.2.1.1	Befürworter mit starken Machtressourcen .....	113
7.2.1.2	Gegner mit geringen Machtressourcen .....	121
7.2.1.3	Weitere Interessengruppen im Gesundheitswesen .....	125
7.2.2	Österreich .....	127
7.2.2.1	Befürworter mit starken Machtressourcen .....	127
7.2.2.2	Gegner mit geringen Machtressourcen .....	136
7.2.2.3	Weitere Interessengruppen im Gesundheitswesen .....	141
7.2.3	Zusammenführung .....	143
7.3	Ideologische Prägung der Regierung .....	145
7.3.1	Deutschland .....	145
7.3.2	Österreich .....	149
7.3.3	Zusammenführung .....	151
7.4	Politisch-institutionalistische Bedingungen und Vetospieler .....	152
7.4.1	Deutschland .....	152
7.4.1.1	Begrenzter Korporatismus .....	153
7.4.1.2	Umgehen von Verfassungsinstitutionen .....	154
7.4.1.3	Das elektronische Kartensystem als Winset.....	155
7.4.2	Österreich .....	157
7.4.2.1	Begrenzter Korporatismus .....	157
7.4.2.2	Umgehen von Verfassungsinstitutionen .....	160
7.4.2.3	Das elektronische Kartensystem als Winset.....	161
7.4.3	Zusammenführung .....	162
7.5	Internationale Einflüsse.....	164
7.5.1	Deutschland .....	169
7.5.2	Österreich .....	171
7.5.3	Zusammenführung .....	173
7.6	Politisches Erbe – selbstverstärkende Mechanismen .....	175
7.6.1	Deutschland .....	175
7.6.1.1	Erbe aus vergangenen politischen Entscheidungen .....	175
7.6.1.2	Verstärkende Mechanismen nach gesetzlicher Einführung der eGK.....	176
7.6.2	Österreich .....	178
7.6.2.1	Erbe aus vergangenen politischen Entscheidungen .....	178

7.6.2.2	Verstärkende Mechanismen nach gesetzlicher Einführung der E-Card...	179
7.6.3	Zusammenführung .....	181
7.7	Politische Entrepreneure und das politische Zeitfenster.....	183
7.7.1	Deutschland .....	183
7.7.1.1	Das politische Zeitfenster .....	183
7.7.1.2	Der politische Entrepreneur .....	185
7.7.1.3	Der politische Entrepreneur nutzt das politische Zeitfenster .....	186
7.7.1.4	Weitere Maßnahmen des politischen Entrepreneurs zur Verbindung der drei Ströme Problemstrom, Policy-Strom und Politics-Strom.....	187
7.7.2	Österreich.....	189
7.7.2.1	Das politische Zeitfenster .....	189
7.7.2.2	Die politischen Entrepreneure .....	190
7.7.2.3	Maßnahmen der politischen Entrepreneure zur Verbindung der drei Ströme Problemstrom, Policy-Strom und Politics-Strom .....	192
7.7.3	Zusammenführung .....	194
7.8	"Neue" Akteure, die Macht der Medien und gebundene Rationalitäten der politischen Entscheider .....	195
7.8.1	Deutschland .....	195
7.8.1.1	"Neue" Akteure im Politikfeld Gesundheit.....	195
7.8.1.2	Wissenschaftliche Expertise als Reformmotor .....	197
7.8.1.3	Neue Institutionen bieten neue Möglichkeiten.....	198
7.8.1.4	Öffentliche und mediale Aufmerksamkeit als Unterstützer der Karte .....	199
7.8.1.5	Gebundene Rationalität ("bounded rationality") .....	200
7.8.2	Österreich.....	202
7.8.2.1	"Neue" Akteure im Politikfeld Gesundheit.....	202
7.8.2.2	Wissenschaftliche Expertise als Reformmotor .....	203
7.8.2.3	Neue Institutionen bieten neue Möglichkeiten.....	204
7.8.2.4	Öffentliche und mediale Aufmerksamkeit als Unterstützer der Karte .....	205
7.8.2.5	Gebundene Rationalität ("bounded rationality") .....	206
7.8.3	Zusammenführung .....	207
<b>8</b>	<b>Diskussion der Ergebnisse .....</b>	<b>210</b>
8.1	Theoretische Implikationen .....	210
8.2	Praktische Implikationen .....	218
8.3	Limitationen der Untersuchung .....	219
<b>9</b>	<b>Schlussbetrachtung.....</b>	<b>222</b>
9.1	Zentrale Ergebnisse der Arbeit .....	222
9.2	Implikationen für die Wissenschaft und Praxis .....	225
9.3	Anregung weiterer Forschungsfragen und Ausblick .....	227
	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>228</b>
	<b>Anhang .....</b>	<b>258</b>

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Aufbau der Arbeit .....	8
Abbildung 2: Telematik .....	11
Abbildung 3: Kommunikation und Vernetzung durch E-Health im Gesundheitswesen .....	13
Abbildung 4: Gegenüberstellung Netzsystem und Kartensystem .....	15
Abbildung 5: Interessengruppen und deren Beziehungen im deutschen Gesundheitswesen auf Makro- und Mesoebene .....	26
Abbildung 6: Interessengruppen und deren Beziehungen im österreichischen Gesundheitswesen auf Makro- und Mesoebene.....	31
Abbildung 7: Positionierung des Literaturreviews .....	45
Abbildung 8: Auswahl der Interviewpartner .....	90

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Ausgestaltung der GKV in Deutschland und Österreich .....	19
Tabelle 2: Die drei Ebenen zur hierarchischen Ordnung des komplexen Gesundheitswesens .....	20
Tabelle 3: Bedeutendste Gremien und beteiligte Akteure im deutschen Gesundheitswesen .....	28
Tabelle 4: Bedeutendste Gremien und beteiligte Akteure im österreichischen Gesundheitswesen.....	32
Tabelle 5: Gegenüberstellung: EGK und E-Card .....	44
Tabelle 6: Einordnung von Wissenschaftsdisziplinen in den Untersuchungsgegenstand Gesundheitsreform .....	55
Tabelle 7: Erklärende Variablen für politischen Wandel aus den Theorieansätzen der vergleichenden Staatstätigkeitsforschung und der Policy-Forschung .....	71
Tabelle 8: Charakteristika der ausgewählten Staaten – Länderauswahl .....	83
Tabelle 9: Die Fünf Phasen der "Systematic process analysis" in der vorliegenden Arbeit .....	95
Tabelle 10: Steigende Kosten im Gesundheitswesen (D).....	97
Tabelle 11: Steigende Informationsmengen (D) .....	98
Tabelle 12: Stetig wachsender Verwaltungsaufwand (D) .....	98
Tabelle 13: Intransparenz (D).....	99
Tabelle 14: Medienbrüche (D) .....	100
Tabelle 15: Technische Entwicklungen (D) .....	101
Tabelle 16: Gesellschaftlicher Trend nach Modernisierung und Technisierung (D) .....	101
Tabelle 17: Datenschutz (D).....	102
Tabelle 18: Geändertes gesellschaftliches Verständnis über die Rolle des Patienten (D) .....	103
Tabelle 19: Technische Entwicklungen (Ö).....	107
Tabelle 20: Gesellschaftlicher Trend nach elektronischen Karten (Ö).....	108
Tabelle 21: Datenschutz (Ö).....	109
Tabelle 22: Veränderte Verteilung von Machtressourcen (D) .....	113
Tabelle 23: Beweggründe und Durchsetzungskraft der Hersteller von Gesundheitstelematik (D).....	114
Tabelle 24: Hersteller von Gesundheitstelematik: Der Machtfaktor Kapital (D).....	114
Tabelle 25: Hersteller von Gesundheitstelematik: Der Machtfaktor Information (D).....	115
Tabelle 26: Hersteller von Gesundheitstelematik: Der Machtfaktor interne Organisationskraft (D) ...	116
Tabelle 27: Hersteller von Gesundheitstelematik: Der Machtfaktor externe Organisationskraft – politische Entscheider (D).....	116



Tabelle 28: Hersteller von Gesundheitstelematik: Der Machtfaktor externe Organisationskraft – Interessengruppen im Gesundheitswesen (D) .....	118
Tabelle 29: Kostenträger: Der Machtfaktor interne Organisationskraft (D) .....	120
Tabelle 30: Einstellungen und Beweggründe der Ärzteschaft (D) .....	121
Tabelle 31: Ärzteschaft: Der Machtfaktor interne Organisationskraft – unterschiedliche Interessen (D) .....	123
Tabelle 32: Beweggründe und Durchsetzungskraft der Hersteller von Gesundheitstelematik und der Arbeitgeber (Ö).....	128
Tabelle 33: Hersteller von Gesundheitstelematik und Arbeitgeber: Der Machtfaktor Kapital (Ö) .....	129
Tabelle 34: Hersteller von Gesundheitstelematik und Arbeitgeber: Der Machtfaktor Information (Ö) .....	129
Tabelle 35: Hersteller von Gesundheitstelematik und Arbeitgeber: Der Machtfaktor externe Organisationskraft – Kontakte zur Politik (Ö) .....	130
Tabelle 36: Durchsetzungskraft des Hauptverbandes der Sozialversicherung (Ö) .....	132
Tabelle 37: Hauptverband der Sozialversicherung: Der Machtfaktor Kapital (Ö) .....	133
Tabelle 38: Hauptverband der Sozialversicherung: Der Machtfaktor interne Organisationskraft (Ö) .....	134
Tabelle 39: Hauptverband der Sozialversicherung: Der Machtfaktor externe Organisationskraft (Ö) .....	135
Tabelle 40: Ärzteschaft: Der Machtfaktor Information (Ö).....	137
Tabelle 41: Ärzteschaft: Der Machtfaktor interne Organisationskraft (Ö) .....	138
Tabelle 42: Ärzteschaft: Der Machtfaktor externe Organisationskraft (Ö) .....	139
Tabelle 43: Ideologische Ausrichtung der Regierungsparteien (D).....	147
Tabelle 44: Anpassung der Argumentationsausrichtung an die eigene Wählerschaft (D) .....	147
Tabelle 45: Orientierung der Regierungsparteien an ihren Wählerschaften (D).....	148
Tabelle 46: Ideologische Ausrichtung der Regierungsparteien (Ö) .....	150
Tabelle 47: Orientierung der Regierungsparteien an ihren Wählerschaften (Ö).....	150
Tabelle 48: Begrenzter Korporatismus (D).....	153
Tabelle 49: Umgehen von Verfassungsinstitutionen (D).....	154
Tabelle 50: Die eGK als Winset (D) .....	156
Tabelle 51: Begrenzter Korporatismus – HV, Bund und Länder (Ö).....	157
Tabelle 52: Begrenzter Korporatismus – kleiner etablierter Kreis an Entscheidern (Ö) .....	158
Tabelle 53: Umgehen von Verfassungsinstitutionen (Ö).....	160
Tabelle 54: Die E-Card als Winset (Ö) .....	162
Tabelle 55: Vorgaben und Richtlinien auf EU-Ebene (D).....	169
Tabelle 56: Transnationale Kommunikation und „politisches Lernen“ (D) .....	170
Tabelle 57: Wirtschaftlicher Anpassungsdruck (D) .....	171

---

Tabelle 58: Vorgaben und Richtlinien auf EU-Ebene (Ö) .....	172
Tabelle 59: Transnationale Kommunikation und „politisches Lernen“ (Ö) .....	173
Tabelle 60: Wirtschaftlicher Anpassungsdruck (Ö) .....	173
Tabelle 61: Erbe aus vergangenen politischen Entscheidungen (D) .....	176
Tabelle 62: Hohe Kosten – Abbruch politisch riskant (D).....	177
Tabelle 63: Erbe aus vergangenen politischen Entscheidungen – SOLL-Konzept und Entschließungsantrag (Ö).....	178
Tabelle 64: Die politische Konzipierung der E-Card als Einstieg in eine geplante Vernetzung des Gesundheitswesens (Ö) .....	179
Tabelle 65: Hohe Kosten – Abbruch politisch riskant (Ö) .....	180
Tabelle 66: Interessengruppen verteidigen die vormals getroffene Entscheidung (Ö).....	181
Tabelle 67: Bereits vorhandene Telematikinfrastruktur (Ö) .....	181
Tabelle 68: Der Lipobay-Skandal als politisches Zeitfenster (D) .....	184
Tabelle 69: Ursula Schmidt als politischer Entrepreneur (D) .....	186
Tabelle 70: Ursula Schmidt nutzt den Lipobay-Skandal als politisches Zeitfenster (D).....	186
Tabelle 71: Maßnahmen zur Verbindung der drei Ströme – Problem- und Lösungsdarstellung auf öffentlichen und verbandlichen Veranstaltungen (D) .....	187
Tabelle 72: Maßnahmen zur Verbindung der drei Ströme – Gespräche und runde Tische im Ministerium (D) .....	188
Tabelle 73: Maßnahmen zur Verbindung der drei Ströme – Einstellung eines qualifizierten Beamtenstabs und Verschiebung von Referaten (D).....	189
Tabelle 74: Die politischen Entrepreneure (Ö) .....	191
Tabelle 75: Maßnahmen zur Verbindung der drei Ströme – Phase 1 (Ö) .....	192
Tabelle 76: Maßnahmen zur Verbindung der drei Ströme – Phase 2 (Ö) .....	193
Tabelle 77: Hersteller von Gesundheitstelematik als "neue" Akteure im Politikfeld Gesundheit (D) ..	196
Tabelle 78: (Wissenschaftliche) Expertise (D) .....	198
Tabelle 79: Neue Institutionen (D).....	198
Tabelle 80: Gebundene Rationalitäten der politischen Entscheider – Informationsdefizit (D).....	201
Tabelle 81: Hersteller von Gesundheitstelematik als "neue" Akteure im Politikfeld Gesundheit (Ö)..	202
Tabelle 82: (Wissenschaftliche) Expertise (Ö) .....	203
Tabelle 83: Neue Institutionen (Ö) .....	204
Tabelle 84: Gebundene Rationalitäten der politischen Entscheider – Informationsdefizit (Ö).....	207
Tabelle 85: Synopse der Erklärungen für die Einführung des elektronischen Kartensystems im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen .....	211

---

Tabelle 86: Determinanten der Hypothesen mit sich verändernder Wirkung im Zeitablauf auf die Einführung der elektronischen Kartensysteme im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen .....	215
Tabelle 87: Determinanten der Hypothesen mit Auswirkung auf die Einführung eines elektronischen Kartensystems anstatt eines Netzsystems im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen .....	216
Tabelle 88: Gütekriterien qualitativer Forschung und deren Adressierung .....	221

## Abkürzungsverzeichnis

ABDA	Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (Deutschland)
ABS	Arzneimittel-Bewilligungs-Service (Österreich)
ACF	Advocacy-Koalitionen-Ansatz/Advocacy-Coalition-Framework
AFGIS	Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem (Deutschland)
AIM	Advanced Informatics in Medicine
AMTS	Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfung (Deutschland)
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (Österreich)
BAH	Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller (Deutschland)
BÄK	Bundesärztekammer (Deutschland)
BAK	Bundesarbeitskammer (Österreich)
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (Deutschland)
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BPI	Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (Deutschland)
BVA	Bundesversicherungsamt (Deutschland)
BvD	Berufsverband der Datenschutzbeauftragten Deutschlands e.V. (Deutschland)
Bvitg	Bundesverband Gesundheits-IT (Deutschland)
BZÄK	Bundeszahnärztekammer (Deutschland)
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Deutschland)
CRS-SISS	Carta Regionale dei Servizi della Lombardia – Sistema Informativo Socio Sanitario (elektronische Gesundheitskarte in der Lombardei)
CV1	Carte Vitale 1 (Krankenversichertenkarte in Frankreich)
CV2	Carte Vitale 2 (elektronische Gesundheitskarte in Frankreich)
D	Deutschland
DEMIS	Deutsches Elektronisches Meldesystem für Infektionsschutz
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DVD	Deutsche Vereinigung für Datenschutz e.V.
EBM	einheitlicher Bewertungsmaßstab
E-Card	elektronische Gesundheitskarte bzw. Patientenkarte in Österreich
eFallakte	elektronische Fallakte (Deutschland)
EFMI	European Federation für Medical Informatics

---

eGK	elektronische Gesundheitskarte bzw. Patientenkarte in Deutschland
EHIC	European Health Insurance Card
EKVK	Europäische Krankenversichertenkarte
ELGA	elektronische Gesundheitsakte (Österreich)
eMedikation	elektronische Medikation (Österreich)
ePatientenakte	elektronische Patientenakte (Deutschland)
eRezept	elektronisches Rezept (Deutschland)
EU	Europäische Union
FAO	Food and Agriculture Organization
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss (Deutschland)
Gematik	Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte GmbH (Deutschland)
GHAP	G8 Global Healthcare Applications Project
GIN	Gesundheits-Informations-Netz (Österreich)
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GMG	Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung/GKV-Modernisierungsgesetz (Deutschland)
HBA oder HPC	Heilberufsausweis (Deutschland)
HIC	Health Insurance Card (elektronische Gesundheitskarte in Slowenien)
HV	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherung
ICC	Integrated Circuit Cards
ICT	information and communication technologies
ILO	International Labour Organization
IMIA	International Medical Informatics Association
IOs	Internationale Organisationen
IST	Information Society Technologies/Benutzerfreundliche Informationsgesellschaft
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung (Deutschland)
KOM-LE	elektronische Kommunikation der Leistungserbringer (Deutschland)
KV	Kassenärztliche Vereinigung (Deutschland)
KVK	Krankenversichertenkarte (Deutschland)
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (Deutschland)
KZV	Kassenzahnärztliche Vereinigung (Deutschland)
LGF	Landesgesundheitsfonds (Österreich)
MSA	Multiple-Streams-Ansatz

---

NFDM	Notfalldatenmanagement (Deutschland)
Ö	Österreich
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
ÖGB	Österreichischer Gewerkschaftsbund
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst (Österreich)
OSE	elektronische Organspendeerklärung (Deutschland)
ÖZÄK	Österreichische Zahnärztekammer
PEI	Paul-Ehrlich-Institut (Deutschland)
PET	Punctuated-Equilibrium-Framework
Pharmig	Verband der Pharmazeutischen Industrie Österreichs
PKV	private Krankenversicherung
PPG	Peering Point Gesellschaft (Österreich)
PRÄKO	Präsidentenkonferenz der Landwirtschaftskammern (Österreich)
PRIKRAF	Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (Österreich)
Protego	Projekt für Telematik der Gesundheitsorganisationen (Deutschland)
QES	qualifizierte elektronische Signatur (Deutschland)
RKI	Robert-Koch-Institut (Deutschland)
SigG	deutsches Signaturgesetz
SPR	Strategietool für politische Reformprozesse
SVC	SV-Chipkarten Betriebs-und Errichtungsgesellschaft (Österreich)
SV-Chipkarte	elektronische Gesundheitskarte bzw. Patientenkarte in Österreich
SVR-Gesundheit	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Deutschland)
SVRKAiG	Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen (Deutschland)
TMF	Telematikplattform für Forschungsnetze (Deutschland)
VFA	Verband forschender Arzneimittelhersteller (Deutschland)
WHO	World Health Organization/Weltgesundheitsorganisation
WKÖ	Wirtschaftskammer Österreich

# 1 Einleitung

## 1.1 Motivation und Problemstellung

*„Heute stellt sich bei der Verwendung von Computern nicht mehr die Frage nach dem `Ob`, sondern nach dem `Wie`.“*

Ursula Schmidt (2009)

Mit diesem Ausspruch wies die ehemalige Bundesgesundheitsministerin Ursula Schmidt auf den sich abzeichnenden Trend der Nutzung von Informationstechnologien im Alltag, im Beruf aber auch in sämtlichen Politikfeldern hin, in denen zunehmend kommuniziert wird und steigende Informationsmengen anfallen. Ursula Schmidt ging davon aus, dass auch im Gesundheitswesen durch Telekommunikations- und Informatiksysteme die ursprünglichen Kommunikations- und Verwaltungsprozesse verbessert werden können und deshalb eine zügige Reform zur Einführung eines bundesweiten IT-gestützten Verfahrens zur Vernetzung von Leistungserbringern und Kostenträgern nicht in Frage gestellt werden kann. Es lässt sich konstatieren: Ursula Schmidt hatte Recht – und Unrecht.

Erst Mitte/Ende der 90er Jahre waren die technologischen Voraussetzungen für ein flächendeckendes bzw. bundesweites elektronisches Kartensystem im Gesundheitswesen gegeben (Stritzke/Eissing, 2005). Bereits wenige Zeit danach – im Jahr 2003 – wurde von der Regierung aus SPD und Bündnis 90/Die Grünen durch das GKV-Modernisierungsgesetz eine elektronische Gesundheitskarte (eGK)<sup>1</sup> in Deutschland eingeführt. In Österreich wurde sogar noch zeitiger ein elektronisches Kartensystem im Gesundheitswesen gesetzlich verabschiedet. Dort führte die damalige Regierung aus SPÖ und ÖVP bereits 1999 durch die 56. ASVG-Novelle eine elektronische Gesundheitskarte<sup>2</sup> (E-Card bzw. SV-Chipkarte) gesetzlich ein. Auf den ersten Blick scheint eine zügige Einführung von Telekommunikations- und Informatiksystemen im Gesundheitswesen tatsächlich nicht in Frage gestellt werden zu können.

Politikwissenschaftliche Studien der vergangenen Jahre stellen allerdings fest, dass gerade im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen Reformen eher nicht durchzusetzen sind (für Deutschland z. B. Bandelow, 2006; Bandelow/Eckert/Rüsenberg, 2010; Geene, 2000, S. 49f; für Österreich z. B. Rudorfer/Dannhäuser, 2011, S. 197; Probst, 2004; Tálos, 2002).<sup>3</sup>

Zwar waren und sind die Gesundheitssysteme in den hochindustrialisierten europäischen Staaten im 20. und 21. Jhd. von vielen Problemen geprägt (Esping-Andersen, 1996; De Swaan, 1993; Riesberg et al., 2003; Baum-Ceisig, 2008), für die Lösungen gesucht wurden und werden. Die Interessengruppen – Leistungserbringer<sup>4</sup>, Kostenträger, Patienten etc. – in den einzelnen Staaten verlangen von den politischen Entscheidungsträgern allerdings differenzierte Lösungsmaßnahmen für diese Probleme, welche zwar für alle Gruppen gelten, aber interessenbedingt von den betroffenen Akteuren unterschiedlich präferiert werden (für

<sup>1</sup> Einschließlich der im Zuge der Einführung notwendigen Telematikinfrastruktur (siehe Kapitel 2.3)

<sup>2</sup> Einschließlich der im Zuge der Einführung notwendigen Telematikinfrastruktur (siehe Kapitel 2.3)

<sup>3</sup> Die Studien untersuchen die Reformierbarkeit des Gesundheitswesens anhand verschiedener gesundheitspolitischer Reformen (nicht allerdings die Reform "Einführung eines elektronischen Kartensystems im Gesundheitswesen").

<sup>4</sup> In dieser Arbeit wird zur Verbesserung der Lesbarkeit durchgehend das generische Maskulinum verwendet. Es ist explizit keine Absicht der Autorin, eine Unterrepräsentation des weiblichen Geschlechts auszudrücken (Stahlverg/Sczesny, 2001, S. 138f). Gedanklich einzuschließen sind demnach Personen jeglichen Geschlechts.

Deutschland: Wittmann et al., 2002, S. 39; Bandelow, 2006; für Österreich: Alber, 1982; Schmidt, 1998; Tálos/Wörister, 1994).<sup>5</sup> Im Lichte dieser Herausforderungen und angesichts der Vielzahl der von politischen Entscheidungen betroffenen Akteure steigt die Komplexität des Willensbildungs- und Entscheidungsprozesses. Trotz des hohen Veränderungsdrucks im Gesundheitswesen bleiben deshalb Anpassungen und Veränderungen im Gesundheitswesen eine Ausnahme (Geene, 2000, S. 49; Schwartz et al., 1998, S. 173). Bandelow, Eckert und Rösenberg (2010) sprechen von „Reformunmöglichkeiten“ im deutschen Gesundheitswesen und Hartmann (2003) hat durch ihre Analyse der Regierungszeit der rot-grünen Regierung – innerhalb dieser u. a. die elektronische Gesundheitskarte eingeführt wurde – „Reformresistenz des Gesundheitswesens“ festgestellt.

*„Die Geschichte der Bundesrepublik ist eine Geschichte ... von Nichtentscheidungen“* (Beyme, 2010, S. 238).

Auch in vielen anderen wohlfahrtsstaatlichen westlichen Regimen gelten die Gesundheitssysteme als besonders reformresistent (Brede, 2006). In Österreich führen wechselnde Zuständigkeiten, die Konkurrenz zwischen Bund und Ländern und die Kostenabwälzung auf andere politische Ebenen sowie eine Vielzahl an Interessenvertretungen zu Reformblockaden (Rudorfer/Dannhäuser, 2011, S. 197; Probst, 2004; Tálos, 2002).

Die zügige Einführung der elektronischen Kartensysteme in Deutschland und Österreich zeigt, dass gesundheitspolitische Reformen möglich sind und entspricht demnach nicht den Ergebnissen der bisherigen politikwissenschaftlichen Studien, welche "Reformunmöglichkeiten" attestieren. Innerhalb der vorliegenden Arbeit gilt es deshalb als leitende<sup>6</sup> Forschungsfrage herauszufinden:

*„Welche Faktoren veranlassten die zügige Einführung der elektronischen Kartensysteme im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen – trotz der allgemein geltenden Reformresistenz in den Gesundheitssystemen der beiden Staaten?“*

Auf Grund der Abweichung der vorliegenden Fallstudie (Reformmöglichkeit) von bisherigen empirischen Ergebnissen (Reformresistenz) aus dem Bereich der Gesundheitspolitik, leistet die in dieser Arbeit vorgenommene **Erklärung von politischem Wandel** einen Beitrag zur politikwissenschaftlichen Forschung.<sup>7</sup> Das „Ob“ ist also doch nicht derart selbstverständlich, wie Ursula Schmidt in dem eingangs erwähnten Zitat festgestellt hat. Die Frage nach dem „Wie“ hat ihre Berechtigung.

Nicht nur in Deutschland und Österreich, sondern europaweit existieren Anstrengungen zur Anwendung von E-Health bzw. Gesundheitstelematik<sup>8</sup> als Mittel, die Gesundheitssysteme zu modernisieren und international wettbewerbsfähig zu machen. Jedoch divergieren die umge-

<sup>5</sup> Zu den Herausforderungen, welche die Politik angemessen adressieren muss, gehören neben den kontinuierlich steigenden Kosten für die Aufrechterhaltung des Gesundheitssystems auch eine gestiegene Erwartungshaltung der Bevölkerung an die Qualität der von den involvierten Akteuren erbrachten Leistungen, eine „gleichwertige Versorgung der Bevölkerung unabhängig vom Einkommen“ sowie die „Sicherung und Schaffung von Arbeitsplätzen und Gewinnmöglichkeiten“ für die Leistungserbringer im Gesundheitswesen (Wittmann et al., 2002, S. 39; Bandelow, 2006).

<sup>6</sup> Zusätzlich zu dieser leitenden Forschungsfrage lassen sich für die vorliegende Arbeit untergeordnete Forschungsfragen ableiten, nach denen der Aufbau dieser Arbeit ausgerichtet ist. Diese Fragen finden sich in Kapitel 1.2 und werden dort begründet.

<sup>7</sup> In Bezug auf die Unterscheidung von Lijphart (1971) in bestimmte Idealtypen von Fallstudien handelt es sich bei der vorliegenden Fallstudie um einen abweichenden Fall bzw. „deviant case“ (Lijphart, 1971, S. 693).

<sup>8</sup> Unter den Begriffen E-Health und Gesundheitstelematik werden „informationstechnisch gestützte Lösungen für zahlreiche Felder der medizinischen Versorgung“ zusammengefasst (Paland/Riepe, 2005, S. 623); ausführlich auch in Dietzel (2000) und in Kapitel 2.2 dieser Arbeit.



setzten Modelle in den einzelnen Staaten. Die E-Health-Modelle können grob nach zwei Arten von Systemen unterschieden werden. Es existieren Netzsysteme – wie in Großbritannien und Dänemark – und Kartensysteme – wie in Deutschland, Österreich, Frankreich, Slowenien und Italien<sup>9</sup>. Dabei sind Kartensysteme vergleichsweise teurer als Netzsysteme (Stadlin, 2008; Campbell, 2011).<sup>10</sup> Dessen ungeachtet lassen beide Systeme annähernd dieselbe Speicherung von Daten zu.<sup>11</sup> Es ist demnach nicht unbedingt begreiflich, weshalb Staaten die teuren Kartensysteme und nicht die günstigeren Netzsysteme einführen. Dies ist ein weiterer Grund, weshalb diese Arbeit der Frage nach den Gründen für die zügige Einführung der elektronischen Kartensysteme nachgeht.

Aus den eingeführten Kartensystemen in den genannten Staaten setzt sich die Auswahl der zu untersuchenden Policies<sup>12</sup> innerhalb dieser Arbeit aus den Reformen in **Deutschland** und **Österreich** zusammen. Deutschland und Österreich sind hochindustrialisierte, demokratische Staaten und ähneln sich im Hinblick auf Parameter ihrer gesundheitspolitischen Orientierung (Tálos, 2002, S. 10). Allerdings liegt der Versorgungsauftrag und damit viele gesundheitspolitische Entscheidungskompetenzen in Deutschland bei der gemeinsamen Selbstverwaltung der Krankenkassen, Ärzte und Krankenhäuser (siehe hierzu Kapitel 3.2). In Österreich werden hingegen viele Entscheidungen vom Bund, den Ländern und der Sozialversicherung bzw. dessen Hauptverband der österreichischen Sozialversicherung (HV) getragen. Während im deutschen Gesundheitswesen ein Korporatismus mit pluralistischen Zügen vorherrscht, dominiert in Österreich staatliche Steuerung mit geringer institutioneller Aufsplitterung (siehe hierzu Kapitel 3.2). Dementsprechend weisen beide Staaten eine große Anzahl an gleichen unabhängigen Variablen auf und es liegen parallel dazu wenige sich unterscheidende unabhängigen Variablen vor.<sup>13</sup> Dies und weitere Gründe<sup>14</sup> motivieren die Untersuchung der Einführung der elektronischen Kartensysteme in Deutschland und Österreich im Rahmen der Fallstudie.

Die einzelnen Ziele der vorliegenden Arbeit und die zur Erreichung dieser notwendigen – der leitenden Forschungsfrage untergeordneten – Forschungsfragen, werden folgend dargelegt.

## 1.2 Zielsetzung und Forschungsfragen

Ziel dieser Arbeit ist es

- die politischen Entscheidungsstrukturen und Steuerungsformen während der Einführung der elektronischen Kartensysteme in Deutschland und Österreich aus politikwissenschaftlicher Sicht zu beschreiben, wobei ein besonderes Interesse auf den Strukturen und Steuerungsformen liegt, die Entscheidungen auf Bundesebene betreffen. Diese Merkmale des Gesundheitswesens bilden den Rahmen, in dem politische Reformen – wie die Einführung der elektronischen Kartensysteme – umgesetzt werden.

<sup>9</sup> Allerdings sind einige Modelle nicht landesweit eingeführt. So existiert in Italien z. B. nur für die Region Lombardei ein flächendeckendes elektronisches Kartensystem.

<sup>10</sup> Die Herstellung und Ausgabe der Chipkarten an jeden Versicherten ist vergleichsweise teurer, als ein System auf das jede autorisierte Person mit einer Art Pin zugreifen darf. Dieser und weitere Unterschiede zwischen Karten- und Netzmodellen werden in Kapitel 2.3 genauer dargestellt.

<sup>11</sup> Siehe Kapitel 2.3

<sup>12</sup> "Policy" ist eine Dimension des Politikbegriffs. Sie bezeichnet den inhaltlichen, materiellen Teil der Politik. Policies können beispielsweise Gesetze, Verordnungen, Entscheidungen, Programme und Maßnahmen sein. Daneben gibt es die Dimensionen "Polity" (Form) und "Politics" (Prozess) (Schubert/Bandelow, 2009a, S. 2).

<sup>13</sup> Die Übereinstimmung möglichst vieler unabhängiger Variablen bewirkt, dass die Unterschiede erzeugenden unabhängigen Variablen am besten isoliert werden können („most similar systems-Design“, siehe Kapitel 6.3).

<sup>14</sup> Siehe hierzu Kapitel 6.3, Fallstudientyp und Länderauswahl

- den politischen Prozess der Einführung der elektronischen Kartensysteme in Deutschland und Österreich aus politikwissenschaftlicher Sicht darzustellen.
- die Gründe für die zügige Umsetzung der Reformen zur Einführung eines elektronischen Kartensystems im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen zu identifizieren.
- herauszuarbeiten, welche Konsequenzen die Ergebnisse dieser Arbeit für die Erklärungskraft der theoretischen Ansätze der vergleichenden Staatstätigkeitsforschung und der Policy-Forschung haben. Die Theorieansätze der beiden Teilgebiete der Politikwissenschaft haben den Anspruch politischen Wandel zu erklären (siehe hierzu Kapitel 5.1).

Es soll **aus theoretischer Sicht** ein Beitrag zum besseren Verständnis von politischen Veränderungen geleistet werden. Dies geschieht, indem das dynamische Zusammenspiel institutioneller, struktureller, situativer, personeller und zeitlicher Faktoren in einem Teilgebiet des Politikfeldes Gesundheit herausgearbeitet wird und ein Tiefenverständnis komplexer und kontingenter Reformprozesse geschaffen wird. Wissenschaftlich ist die Untersuchung demnach relevant, weil sie den Dialog zwischen Theorie und Daten über den bisher bekannten Forschungsstand hinaus weiterentwickelt (Gschwend/Schimmelfennig, 2007, S. 15). Sie leistet einen Beitrag zum Verständnis von politischem Wandel und untersucht, warum und wann dieser Wandel möglich ist. Sie zeigt Bedingungen für Reformen auf.

Theoretisch leistet diese Arbeit auch deshalb einen Beitrag zur wissenschaftlichen Diskussion, weil sie im Policy-Feld Gesundheit theoretische Konzepte der vergleichenden Staatstätigkeitsforschung mit denen der Policy-Forschung kombiniert und daraufhin prüft, ob und wann die Kombination beider Richtungen von Nutzen sein kann. Es erfolgt somit eine Verknüpfung zweier Teilgebiete der Politikwissenschaft, die wegen der aktuellen politikwissenschaftlichen Herausforderungen sinnvoll ist, neue Perspektiven eröffnet und gleichzeitig die Theorieschulen dem Test des internationalen Vergleichs aussetzt (Busch, 2013, S. 31). Die Arbeit leistet somit einen Beitrag zur Integration der vergleichenden Staatstätigkeitsforschung und der Policy-Forschung. Bislang wurden die theoretischen Ansätze der Policy-Forschung nur selten auf den europäischen Raum angewendet (Busch, 2013; Zohlnhöfer, 2008). Die vorliegende Arbeit schließt demnach eine weitere Forschungslücke, indem sie die theoretischen Konzepte auf ihre Erklärungskraft für politische Veränderungen im europäischen Raum testet.

Darüber hinaus liefert die vorliegende Arbeit auch deshalb einen Beitrag, weil sie eine regulative Politik (siehe Kapitel 6.2) untersucht und "die systematische Analyse regulativer Politik stärker als bisher in den Blick genommen werden (sollte), die erst in Ansätzen vorliegt" (Zohlnhöfer, 2008, S. 171f). Vor allem "systematisch vergleichende qualitative Studien" bestehen nur in geringer Anzahl, sind aber geeigneter als quantitative Studien, um regulative Politik zu untersuchen (Zohlnhöfer, 2008, S. 172).

Die Untersuchung leistet auch **aus praktischer Sicht** wichtige Erkenntnisse. Die Ergebnisse dieser Arbeit unterstützen gesundheitspolitische Praktiker dabei, die hoch komplizierten Entscheidungsstrukturen im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen besser zu verstehen, indem anhand der Untersuchung der Einführung zweier Reformen, politischer Wandel analysiert wird. Außerdem liefert die Untersuchung wertvolle Hinweise über die Interessenlagen im Themenbereich Gesundheitstelematik bzw. elektronisches Kartensystem der an der gesundheitspolitischen Diskussion beteiligten Interessengruppen wie der Ärzteschaft und der Kostenträger aber auch der verschiedenen Parteien. Die Einführung von Telematik im Gesundheitswesen ist für viele gesundheitspolitische Praktiker bislang ein neuer, komplizierter Themenbereich, der traditionell nicht dem Gesundheitswesen zuzurechnen ist, und über den

die vorliegende Arbeit einen Überblick zum besseren Verständnis von Zusammenhängen gibt. Ferner erfahren die gesundheitspolitischen Praktiker, welche Faktoren gesundheitspolitischen Wandel im Themenbereich beschleunigen und welche ihn verzögern. Auf Basis dieses Wissens können sie ihre politische Strategie ausrichten, um zukünftig eine zügige Durchsetzung und Umsetzung von politischem Wandel zu erreichen.

Um die angegebenen Ziele zu erreichen, werden in dieser Arbeit folgende untergeordnete **Forschungsfragen** in entsprechender Reihenfolge beantwortet:

1

*Welche politischen Entscheidungsstrukturen und Steuerungsformen existierten im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen zum Zeitpunkt der Einführung der elektronischen Kartensysteme?*

Diese Forschungsfrage dient dazu, die gesundheitspolitischen Entscheidungsstrukturen und Steuerungsformen in Deutschland und Österreich zum Zeitpunkt der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte zu identifizieren. Diese Strukturen und Formen bildeten den Rahmen, in dem der politische Inhalt "Einführung eines elektronischen Kartensystems" bestimmt und umgesetzt wurde. Weiterhin werden die an politischen Entscheidungen beteiligten Akteure identifiziert. Die für die Reform zur Einführung der elektronischen Kartensysteme verantwortlichen Faktoren können erst auf Basis des Wissens über gesundheitspolitische Strukturen und Akteure sowie deren rechtliche Einbindung in die Politikgestaltung identifiziert werden. Somit bildet die Antwort auf die erste Forschungsfrage die Grundlage für die spätere empirische Analyse.

2

*Wie ist der derzeitige Stand der Forschung zur Erklärung von (gesundheits)politischem Wandel und speziell zur Erklärung der Einführung eines elektronischen Kartensystems im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen?*

Diese Forschungsfrage dient dazu, das Forschungsfeld zu systematisieren und aus dem Überblick über die Literatur konkrete Forschungslücken aufzuzeigen. Hierzu werden in Kapitel 4 die Ergebnisse bestehender theoretischer und empirischer Forschungsarbeiten mit Bezug zu (gesundheits)politischem Wandel und Einführung eines elektronischen Kartensystems im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen aufgezeigt und kategorisiert. Auf Basis dieser identifizierten Lücken wird ein theoretischer und methodischer Analyserahmen für die vorliegende Arbeit entwickelt. Die Theorieauswahl (Kapitel 5.1) für die vorliegende empirische Studie basiert auf diesem Kapitel. Aus den ausgewählten theoretischen Konzepten heraus ergeben sich Hypothesen für die vorliegende Arbeit. Eine weitere Forschungsfrage lautet dementsprechend:

3

*Welche Hypothesen lassen sich auf Basis der etablierten politikwissenschaftlichen Theorien zur Erklärung von politischem Wandel für die Reform "Einführung eines elektronischen Kartensystems" im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen ableiten?*

Um diese Forschungsfrage beantworten zu können, werden zuerst in Kapitel 5.1 die ausgewählten theoretischen Ansätze vorgestellt, die politischen Wandel erklären. Anschließend werden für den Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit Hypothesen aus diesen Ansätzen abgeleitet (Kapitel 5.2). Diese Hypothesen dienen dazu, im empirischen Teil der Arbeit (Kapitel 7),

zu analysieren, ob die theoretischen Konzepte tatsächlich zur Beantwortung der leitenden Forschungsfrage (Welche Faktoren veranlassten die zügige Einführung der elektronischen Kartensysteme im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen?) und damit zur Erklärung von politischem Wandel beitragen.

4

*Welche der aufgestellten Hypothesen und innerhalb dieser evtl. unbeachteten, weiteren Determinanten können die Realität "Einführung eines elektronischen Kartensystems im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen" abbilden/erklären?*

Auf Basis der vorherigen Forschungsfragen muss nun überprüft werden, ob die in Kapitel 4 identifizierten und in Kapitel 5 vorgestellten Theorieansätze zur Erklärung des politischen Wandels "Einführung eines elektronischen Kartensystems" jeweils im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen beitragen. Es wird dargestellt, welche Variablen bzw. Determinanten für die Ausgestaltung der Kartensysteme in Deutschland und Österreich und für die Einführung eines elektronischen Kartensystems anstatt eines Netzsystems in beiden Staaten verantwortlich sind. Es wird untersucht, ob die zuvor aufgestellten Hypothesen anhand des Untersuchungsgegenstands bestätigt oder verworfen werden können.

5

*Welche Rückschlüsse können von den Ergebnissen der Arbeit auf die Theorien gezogen werden?*

Diese Forschungsfrage soll dazu beitragen, die in Kapitel 4 identifizierten, in Kapitel 5 vorgestellten und in Kapitel 7 anhand der empirisch vergleichenden Fallstudie angewendeten theoretischen Ansätze auf ihre Erklärungskraft für politischen Wandel im Gesundheitswesen zu bewerten. Auf Grundlage der Zusammenführung der Ergebnisse aus Forschungsfrage 4 wird in einem zusammenfassenden Kapitel (Kapitel 8) herausgearbeitet, inwieweit die einzelnen theoretischen Ansätze zur Erklärung beider Reformen (in Deutschland und Österreich) beitragen. Darüber hinaus dient diese Forschungsfrage dazu, ein neues Modell zu entwickeln, das den Anspruch hat, gesundheitspolitischen Wandel zu erklären.

### 1.3 Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Arbeit ist in neun Kapitel unterteilt. Den grundlegenden Aufbau der Arbeit visualisiert Abbildung 1. Die Abbildung stellt zudem dar, in welchem Kapitel die Forschungsfragen eins bis fünf (siehe Kapitel 1.2) jeweils beantwortet werden.

Nach dieser Einleitung folgen zwei Grundlagenkapitel:

**Kapitel 2** definiert die Begriffe Gesundheitspolitik, Reform und Gesundheitstelematik bzw. E-Health, welche im Kontext der vorliegenden Arbeit verwendet werden. Es werden die zwei gängigen Telekommunikations-Architekturen im Gesundheitswesen – Netz- und Kartensysteme – vorgestellt, indem ihre jeweiligen Merkmale und Unterschiede aufgezeigt werden. Dieses Grundlagenkapitel ist notwendig, um den nachstehenden Teil der Arbeit nachvollziehen und verstehen zu können. Kapitel 2 ist primär deskriptiver Natur.

In **Kapitel 3** werden die Besonderheiten des deutschen und österreichischen Gesundheitssystems beschrieben. Diese gelten, neben den begrifflichen Definitionen in Kapitel 2, als Grundlage zum Verständnis der empirischen Analyse in Kapitel 7. Dabei wird als Erstes die in bei-

den Staaten einzigartige Organisation der gesetzlichen Krankenversicherung beschrieben. Anschließend werden Unterschiede der Organisation der gesetzlichen Krankenversicherung zwischen den Staaten herausgearbeitet. Danach werden die Entscheidungsstrukturen und Steuerungsformen im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen aufgezeigt sowie die Ungleichheiten zwischen den Strukturen und Formen in Deutschland und Österreich herausgearbeitet. Anschließend wird in diesem Kapitel die europäische Krankenversichertenkarte beschrieben, welche in die nationalen Kartensysteme integriert wurde, sowie das jeweilige elektronische Kartensystem im deutschen und österreichischen Gesundheitssystem vorgestellt. Eine kurze Zusammenfassung vergleicht die beiden nationalen Kartensysteme.

**Kapitel 4** beinhaltet die strukturierte Literaturanalyse und bietet damit die Antwort auf die zweite Forschungsfrage. Durch die Literaturanalyse werden der theoretische und empirische Stand der Forschung zum Thema (gesundheits)politischer Wandel und Einführung von Gesundheitstelematik, aufgearbeitet und dadurch Lücken bzw. Defizite der politikwissenschaftlichen Forschung aufgezeigt. Diese sollen im weiteren Verlauf der Arbeit geschlossen werden. Ferner wird in diesem Kapitel dargestellt, in welchem Bereich der politikwissenschaftlichen Forschung sich diese Arbeit einordnet, an welche empirischen und theoretischen Arbeiten sie anschließt und wie sie sich zu anderen Arbeiten im Themenbereich abgrenzt.

In **Kapitel 5** wird der in Kapitel 4 erarbeitete Theorierahmen für die weiteren Kapitel beschrieben. Bei der Darstellung der theoretischen Konzepte liegt der Fokus auf der Erklärungskraft der Ansätze für politischen Wandel. In diesem Kapitel werden auch die Hypothesen – welche für die weitere Untersuchung gelten – aufgestellt und somit die dritte Forschungsfrage beantwortet.

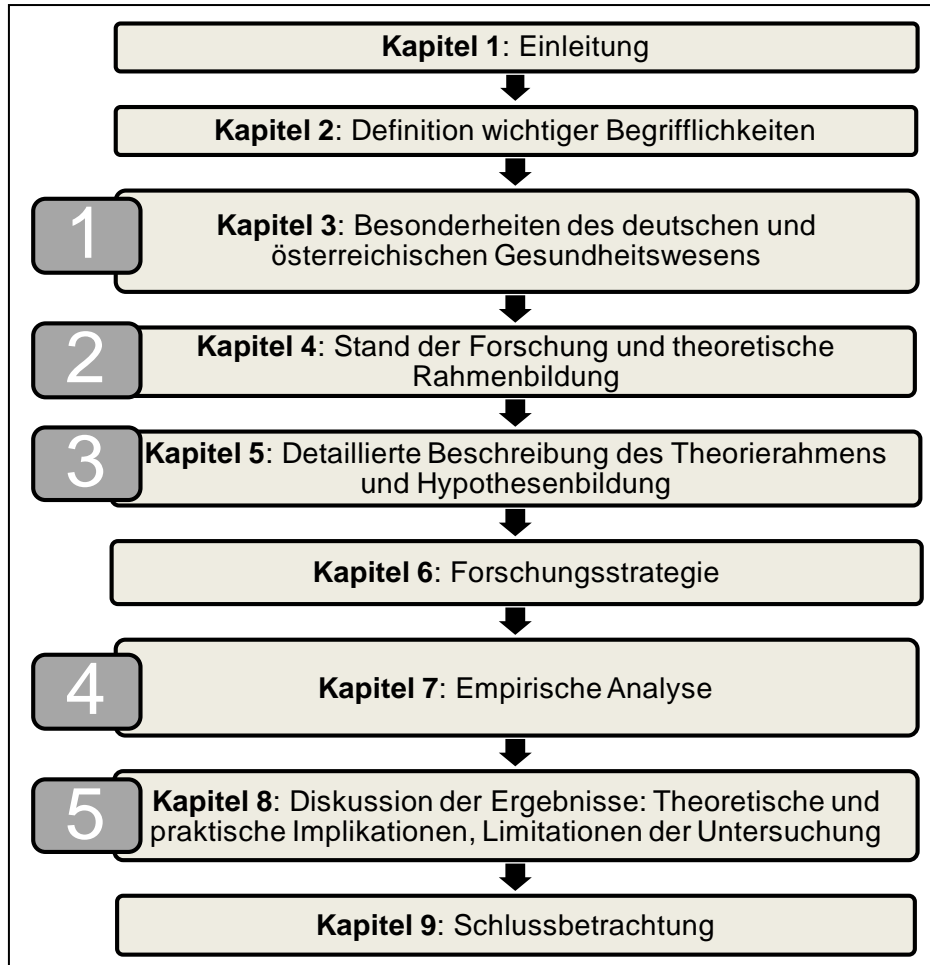
**Kapitel 6** widmet sich der Forschungsstrategie. Es werden das Politikfeld und der Politikbereich charakterisiert, in welche sich der Gegenstand der vorliegenden Fallstudie einordnen lässt. Des Weiteren wird der Fallstudientyp beschrieben und die Länderauswahl sowie der Untersuchungszeitraum der Arbeit dargestellt und begründet. Es erfolgt zudem die Schilderung der Untersuchungsmethoden. In diesem 6. Kapitel wird das Verfahren der Datenerhebung und -auswertung ausführlich beschrieben und begründet.

In **Kapitel 7** erfolgt die eigentliche empirische Untersuchung. Hier werden die für die Einführung der Kartensysteme in Deutschland und in Österreich verantwortlichen Faktoren ausführlich herausgearbeitet bzw. die Gründe für den politischen Wandel dargelegt. Es wird für jedes – in Kapitel 5 – vorgestellte theoretische Konzept und jeweils für Deutschland und Österreich getrennt, eine kausale Rekonstruktion des Einführungsprozesses des jeweiligen Kartensystems vorgenommen. Dabei wird für jeden theoretischen Ansatz der Prozess des politischen Wandels erst für Deutschland und dann für Österreich kausal rekonstruiert. Anschließend wird in vergleichender Perspektive (Vergleich: Deutschland und Österreich) diskutiert (Zusammenführung), ob die in Kapitel 5 aufgestellten Hypothesen anhand der empirischen Untersuchung vorläufig bestätigt oder widerlegt werden. Kapitel 7 bietet die Antwort auf die vierte Forschungsfrage.

Als Nächstes werden in **Kapitel 8** die Ergebnisse aus Kapitel 7 diskutiert und der Versuch unternommen, ein neues Modell zur Erklärung von politischem Wandel zu erstellen. Durch Kapitel 8 wird die fünfte und letzte Forschungsfrage beantwortet.

**Kapitel 9** fasst die Kernergebnisse dieser Arbeit zusammen, zeigt Implikationen für Wissenschaft und Praxis und gibt Anregungen für zukünftige Forschungsarbeiten.

Abbildung 1: Aufbau der Arbeit



Quelle: Eigene Darstellung

## 2 Begriffsdefinitionen

Zur Gewährleistung eines systematischen Gangs der Untersuchung werden in diesem Kapitel Arbeitsdefinitionen der für die Arbeit wichtigen Begriffe gebildet – Gesundheitspolitik, (Gesundheits)reform und Gesundheitstelematik. Überdies werden elektronische Kartensysteme – als Untersuchungsgegenstand der vorliegenden Arbeit – von anderen elektronischen Systemen im Gesundheitswesen (Netzsysteme) abgegrenzt.

### 2.1 Gesundheitspolitik und gesundheitspolitische Reformen

Die Gesundheitspolitik steht im Mittelpunkt der vorliegenden Untersuchung. Denn die Einführung eines landesweiten elektronischen Kartensystems wurde im Rahmen der Gesundheitspolitik von der jeweiligen Bundesregierung in Deutschland und Österreich beschlossen. Deshalb ist es an dieser Stelle von Bedeutung, Gesundheitspolitik zu definieren.

#### Gesundheitspolitik

In der Wissenschaft herrscht breite Einigkeit darüber, was Gesundheitspolitik bedeutet. Dieses wissenschaftliche Verständnis von Gesundheitspolitik wird auch in dieser Arbeit zugrunde gelegt. Demnach soll Gesundheitspolitik „analytisch verstanden werden, als die Gesamtheit der organisierten Anstrengungen, die auf die Gesundheit von Individuen oder sozialen Gruppen Einfluss nehmen“ (Rosenbrock/Gerlinger, 2004, S. 12). Damit sind alle Maßnahmen gemeint, die sich auf die Gesundheitsversorgung, die Gesundheitsvorsorge, die Krankheitsbehandlung und die Krankheitsfolgen beziehen (Nohlen/Grotz, 2007, S. 181; Sambale, 2005, S. 21f). Dabei ist nicht von Bedeutung, ob die Maßnahmen „die Gesundheit fördern, erhalten, (wieder-)herstellen oder auch nur die individuellen und sozialen Folgen von Krankheit lindern. Diese organisierten Anstrengungen umfassen den gesamten Politikzyklus von der Problemdefinition über die Politikformulierung (Definition von Zielen und Instrumenten) bis hin zur Implementation und Evaluation der Maßnahmen und schließlich insbesondere die Bemühungen zur Gestaltung der mit Gesundheit befassten Institutionen und zur Steuerung des Handelns der entsprechenden Berufsgruppen ein“ (Rosenbrock/Gerlinger, 2004, S. 12; ähnlich in Sambale, 2005, S. 21f). Das gesundheitspolitische Ziel ist dabei, krankheitsbedingte Einschränkungen zu mindern, um die Lebensqualität der Individuen zu verbessern und dem vorzeitigen Tod entgegen zu wirken (Schwartz et al., 1998, S. 172f; Rosenbrock/Gerlinger, 2004, S. 13). Die gesundheitliche Lage der Bevölkerung – sei es psychisch oder physisch – soll durch Gesundheitspolitik verbessert werden. Gesundheitspolitik ist demnach die Beeinflussung und „Gestaltung von Verhältnissen, Verhaltensbedingungen oder Verhaltensanreizen“, welche den Krankheitszustand, -verlauf und den Umgang mit Krankheit betreffen (Rosenbrock/Gerlinger, 2004, S. 13, ähnlich in Schwartz et al., 1998, S. 172f).

Dieses Begriffsverständnis von Gesundheitspolitik beinhaltet drei verschiedene politische Maßnahmen:

- präventive Maßnahmen
- Unterstützung gesundheitsfördernder und -erhaltender Ressourcen
- die Ausgestaltung und Steuerung der Krankenversorgung (z. B in DFG, 1995; Hurrelmann/Laaser, 1998)

Die Einführung eines elektronischen Kartensystems kann allen drei Maßnahmen zugeordnet werden. Zum einen soll es die Kommunikation zwischen Leistungserbringern erleichtern und dadurch Fehlmedikationen verhindern (präventive Maßnahme). Zum anderen unterstützt es die Dokumentation von Patienten- und Behandlungsinformationen. Diese Informationen (Ressourcen) müssen erhalten bleiben, um eine qualitativ gute Versorgung gewährleisten zu können.<sup>15</sup> Außerdem unterstützt das Kartensystem die Steuerung der Krankenversorgung, indem es Kostenträgern und politischen Entscheidungsträgern die Möglichkeit bietet, Informationen zu sammeln, auszuwerten und somit die Entscheidungs- und Planungsgrundlagen auf allen Ebenen des Gesundheitswesens zu verbessern (siehe dazu Kapitel 7.1 in dieser Arbeit).

## Reform

Überdies sei der Reformbegriff an dieser Stelle noch kurz thematisiert. Denn der Begriff Reform ist keine konventionelle wissenschaftliche Erkenntnisform. Eine Reform ist laut deutschem Rechtschreibduden eine „planmäßige Neuordnung, Umgestaltung, Verbesserung des Bestehenden (ohne Bruch mit den wesentlichen geistigen und kulturellen Grundlagen)“.<sup>16</sup> Während vor über 30 Jahren mit dem Begriff noch große, weitreichende gesellschaftliche oder systemische Veränderungen bezeichnet wurden, gelten heute auch schon kleinere politische Veränderungen als Reform:

*"Der Reformbegriff ist nicht mehr wie zwischen Mitte der sechziger bis etwa Mitte der siebziger Jahre mit einer besseren Zukunft der Gesellschaft oder gar 'systemverändernd' konnotiert, sondern mit der Wahrnehmung gegenwärtiger und bedrängender Probleme, um deren Linderung oder gar 'Lösung' es eben durch Reformen gehen soll". (Greven, 2007, S. 322)*

Eine politische Maßnahme ist also dann eine Reform, wenn sie die Lösung gegenwärtiger und bedrängender Probleme darstellt. Mit der Beurteilung der Lösungsfähigkeit einer politischen Maßnahme beschäftigen sich vor allem die Implementationsforschung und der Konstruktivismus.

Die Implementationsforschung untersucht die Abweichung vom Ist-Soll-Zustand. Da die Implementierungen der elektronischen Kartensysteme im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen nicht weit genug zurück liegen (siehe hierzu Kapitel 3.3), kann in diesem Fall noch nicht überprüft werden, ob der Sollzustand erreicht ist. Denn das wird sich erst in einigen Jahren zeigen.

Der Konstruktivismus stellt die Lösungsfähigkeit einer politischen Maßnahme fest indem er danach fragt, welche Akteure oder Gruppen von Akteuren eine Reform wie bewerten. Er schließt sodann darauf, ob die politische Maßnahme die Lösung für die als wichtig erachteten Probleme ist (Rüb, 2006, S. 26). Hinsichtlich der weitreichenden Debatten über die Einführung eines elektronischen Kartensystems in Deutschland und Österreich und der Vielzahl von Akteuren, die an der Diskussion zur Einführung beteiligt waren, sowie deren intensiven Verhandlungen, kann die Einführung des jeweiligen nationalen Kartensystems als wichtige Lösung und somit Reform bezeichnet werden. Ferner handelt es sich bei der Einführung der Kartensysteme um eine Gesetzesänderung, die in einem Gesetzgebungsverfahren verabschiedet wurde und deren Einführung somit für die politischen Entscheider als Lösung für bestehende Probleme galt.

<sup>15</sup> Auf Basis umfangreicher Patienten- und Behandlungsdaten können Ärzte z. B. exaktere Diagnosen stellen.

<sup>16</sup> Dennoch verbinden sich in der Öffentlichkeit mit dem Begriff nicht nur positive, fortschrittliche Aspekte, sondern auch Ängste vor den Konsequenzen der Umbrüche.



Darüber hinaus ist die Einführung der Kartensysteme Teil von Staatstätigkeit und damit eine "Aktivität der öffentlichen Hand zur Erfüllung der öffentlichen Aufgaben (=Lösung von Problemen)" (Gabler Wirtschaftslexikon). Die Reform "Einführung eines elektronischen Kartensystems" wird in dieser Arbeit auch mit den Synonymen (gesundheits)politischer Wandel und (gesundheits)politische Veränderung bezeichnet. Sie stellt den inhaltlichen, materiellen Teil der Politik dar und kann demnach auch mit dem Begriff "Policy" beschrieben werden.<sup>17</sup>

### Gesundheitsreform

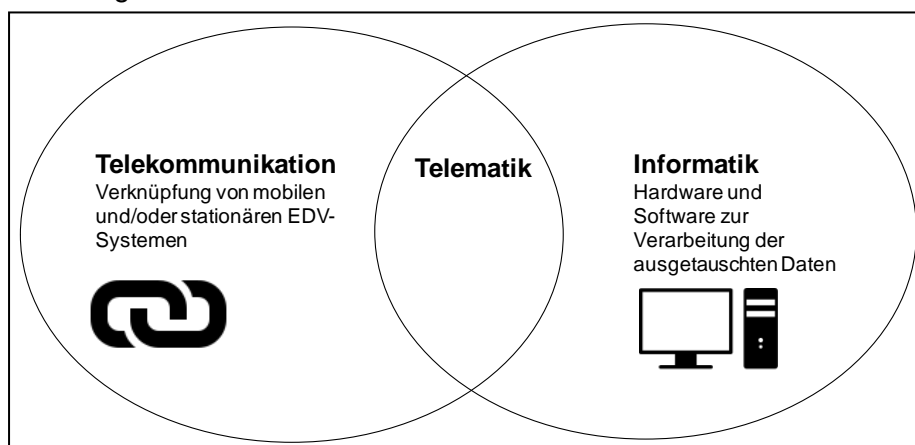
Abgeleitet aus den in diesem Kapitel definierten Begriffen Reform und Gesundheitspolitik, bedeutet der Begriff Gesundheitsreform Maßnahmen des Gesetzgebers in Form der Gestaltung von Verhältnissen, Verhaltensbedingungen oder Verhaltensanreizen, welche den Krankheitszustand, -verlauf oder den Umgang mit Krankheit betreffen und zur Lösung für als wichtig erachtete Probleme im Gesundheitswesen beitragen. Die gesetzliche Einführung eines elektronischen Kartensystems im Gesundheitswesen ist die von den jeweiligen politischen Entscheidern initiierte Änderung des gesundheitspolitischen Gesetzes im Sinne einer Gesundheitsreform.

Im Folgenden soll nun dargestellt werden, in welchen begrifflichen Kontext sich elektronische Kartensysteme einordnen lassen und anschließend, von welchen anderen Systemen sie abgegrenzt werden müssen.

## 2.2 Gesundheitstelematik bzw. E-Health

Im Mittelpunkt der dieser Arbeit zugrundeliegenden Analyse, stehen Telematiksysteme<sup>18</sup>. Der Begriff Telematik ist erstmals in den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts in Zusammenhang mit digitalen Kommunikationsverfahren eingesetzt worden (Drobnik, 1985, S. 23; Latzer, 1997, S. 49ff). Er ist ursprünglich als ein Kunstbegriff aus den Begriffen Telekommunikation und Informatik entstanden (siehe Abbildung 2). Telematik beschreibt umfassende technische Systeme zur Informationsverarbeitung und zum Datenaustausch zur Überbrückung von Raum und Zeit (Abts/Mülder, 2009, S. 7f; Häcker et al. 2008, S. 7; Buchert/Hering, 2002, S. 149f).

Abbildung 2: Telematik



Quelle: Eigene Darstellung

<sup>17</sup> Eine genauere Definition der drei Dimensionen des Politikbegriffs – policy, polity und policy – findet sich in Schubert/Bandelow (2009a, S. 2f).

<sup>18</sup> Die Möglichkeiten der Ausgestaltung von Telematik werden in Kapitel 2.3 erläutert.

Für die Anwendung von Telematiksystemen im Gesundheitswesen werden seit den 90er Jahren Begriffe wie „Gesundheitstelematik“, „health telematics“, „Telehealth“ und „E-Health“ verwendet (Schug, 2000, S. 1; Häcker et al. 2008, S. 7f; Roland Berger & Partner GmbH, 1997; BÄK, 2010; WHO, 2009, 2009a, 2014). Die Begriffe werden in wissenschaftlichen Beiträgen für sämtliche Telematik-Anwendungen im Gesundheitswesen benutzt (Haas, 2006; Dietzel, 2001; Dierks, 2006; Müller, 2005; Paland/Riepe, 2005).

Die World Health Organization (WHO) definiert Gesundheitstelematik wie folgt:

*„eHealth is the use, in the health sector, of digital data – transmitted, stored and retrieved electronically – in support of health care, both at the local site and at a distance“* (WHO, 2009a). *“eHealth is the use of information and communication technologies (ICT) for health. In its broadest sense, eHealth is about improving the flow of information, through electronic means, to support the delivery of health services and the management of health systems“* (WHO, 2014, S. 1).

Somit werden unter E-Health alle Leistungen der Informations- und Kommunikationstechnologie im Gesundheitswesen verstanden, durch die medizinische Informationen unabhängig von Zeit und Ort digital übertragen und gespeichert werden können. Gesundheitstelematik dient der Verbesserung des Informationsflusses, um die Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen und die Verwaltung des Gesundheitswesens bzw. der Gesundheitssysteme zu unterstützen. Dabei beinhaltet die administrative und organisatorische Nutzung der Gesundheitstelematik hauptsächlich die Datenkommunikation innerhalb und zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern des Gesundheitswesens (Schug, 2000, S. 1). Diese Definition von E-Health bzw. Gesundheitstelematik wird für die vorliegende Arbeit angenommen. Es soll aber erwähnt sein, dass eine Vielzahl anderer, teilweise sehr ähnlicher Definitionen existiert.<sup>19</sup>

Im Folgenden werden nun zwei Systeme – elektronische Kartensysteme und elektronische Netzsysteme – als Ausgestaltungsmöglichkeiten für E-Health voneinander abgegrenzt. Es werden Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den Systemen erklärt.

### 2.3 Elektronische Kartensysteme und elektronische Netzsysteme

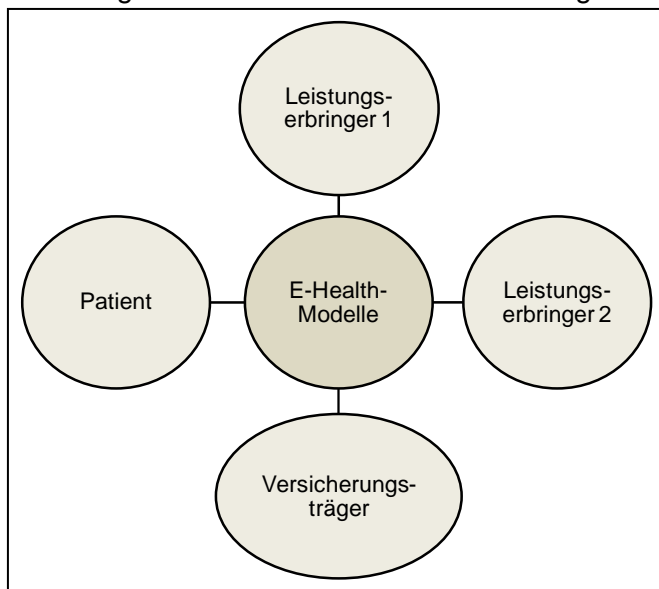
In Kapitel 2.2 wurde bereits angedeutet, dass es verschiedene Ausgestaltungen von Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen und somit auch von E-Health gibt. Es werden seit den 90er Jahren einzelne Systeme genutzt, die dazu dienen, innerhalb kleiner Gruppen von Akteuren im Gesundheitswesen unabhängig von Raum und Zeit zu kommunizieren oder/und medizinische Daten zu speichern. Diese Systeme werden von einzelnen Praxen, Krankenhäusern oder/und Kostenträgern oder auf verbandlicher Ebene genutzt, um Leistungserbringer untereinander oder mit Kostenträgern zu vernetzen (Stritzke/Eissing, 2005). Sie wurden z. B. in der Verwaltung von Krankenhäusern und beim Abrech-

<sup>19</sup> In manchen Beiträgen wird Gesundheitstelematik bzw. E-Health weiter unterteilt. Die WHO unterscheidet z. B. zwischen „Telehealth“ im Sinne einer „Tele-Prävention“ und „Telemedicine“ im Sinne kurativer Telemedizin. (WHO, 2009, S. 9; WHO, 1998). In einer 2007 veröffentlichten Studie wurden allein unter dem Begriff Telemedizin 104 Definitionen ausfindig gemacht (Sood, et al., 2007, S. 257 - 268). Diese Begrifflichkeiten und weitere Unterteilungs-Versuche von E-Health spielen für die vorliegende Arbeit keine Rolle. Die Studie veranschaulicht aber, wie unterschiedlich E-Health interpretiert und von ähnlichen Begrifflichkeiten abgegrenzt wird. So sind z. B. die Grenzen zwischen Informatik und Telematik, Telematik und Telemedizin fließend (Schächinger et al. 1999, S. 468). Es ist demnach nahezu unmöglich, eine allgemeingültige Definition der verschiedenen Begrifflichkeiten zu finden.

nungsträgerdatenaustausch<sup>20</sup> genutzt. Diese Systeme schafften es aber nicht, sich im Gesundheitswesen durchzusetzen, da sie sehr aufwändig in ihrer praktischen Realisierung und für eine breite bzw. flächendeckende Nutzung nicht geeignet waren (Dietzel, 2000; Stritzke/Eissing, 2005). Diese nicht politisch initiierten Projekte, welche nur eine geringe Anzahl von Personen vernetzen und auch untereinander zumeist nicht kompatibel sind, sind nicht Gegenstand der vorliegenden Arbeit und werden deshalb an dieser Stelle nicht weiter erläutert.

Im Mittelpunkt der Analyse dieser Arbeit stehen E-Health-Systeme, die auf Regierungsebene zur Vernetzung des Gesundheitswesens eines ganzen Staates gesetzlich eingeführt wurden bzw. z. T. noch implementiert werden, um die Kommunikation zwischen Leistungserbringern und Patienten, zwischen Leistungserbringern und Leistungserbringern sowie zwischen Versicherungsträgern und Leistungserbringern zu verbessern (Abbildung 3; Leistungserbringer 1 und 2 stehen in der Abbildung für die Kommunikation zwischen den vielen verschiedenen Leistungserbringern im Gesundheitswesen).

Abbildung 3: Kommunikation und Vernetzung durch E-Health im Gesundheitswesen



Quelle: Eigene Darstellung

Bei den zahlreichen E-Health Modellen auf Makroebene kann grob eine Differenzierung vorgenommen werden (Nejad Asl, 2006, S. 1):

Einige Staaten arbeiten mit Netzsystemen – wie Dänemark oder Großbritannien – in den anderen werden oder wurden Kartensysteme eingeführt – wie in Frankreich, Deutschland, Slowenien, Österreich und der Region Lombardei in Italien.<sup>21</sup> Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich ausschließlich mit zwei ausgesuchten Kartenmodellen (Deutschland und Österreich).<sup>22</sup> Hauptbestandteil der Kartensysteme im Allgemeinen ist die elektronische Patientenkarte. Die organisatorischen Merkmale bzw. Eigenheiten und Anwendungsmöglichkeiten der elektronischen Patientenkarte in Deutschland und der in Österreich werden in Kapitel 3.3 genauer dargestellt. An dieser Stelle soll lediglich auf allgemeine Merkmale von Netz- und Kartenmodellen eingegangen werden, sowie die Unterschiede und Gemeinsamkeiten der beiden Systeme aufgezeigt werden (Abbildung 4).

<sup>20</sup> Der Abrechnungsträgerdatenaustausch ist dabei das Abrechnungsverfahren der Leistungserbringer mit den gesetzlichen Krankenkassen bzw. der dabei notwendige Datenaustausch.

<sup>21</sup> An dieser Stelle werden lediglich die europäischen Staaten genannt. Aber auch außerhalb Europas existieren E-Health-Systeme auf Makroebene (z. B. Netzmodell in Japan).

<sup>22</sup> Die Begründung der Länderauswahl findet sich in Kapitel 6.3.

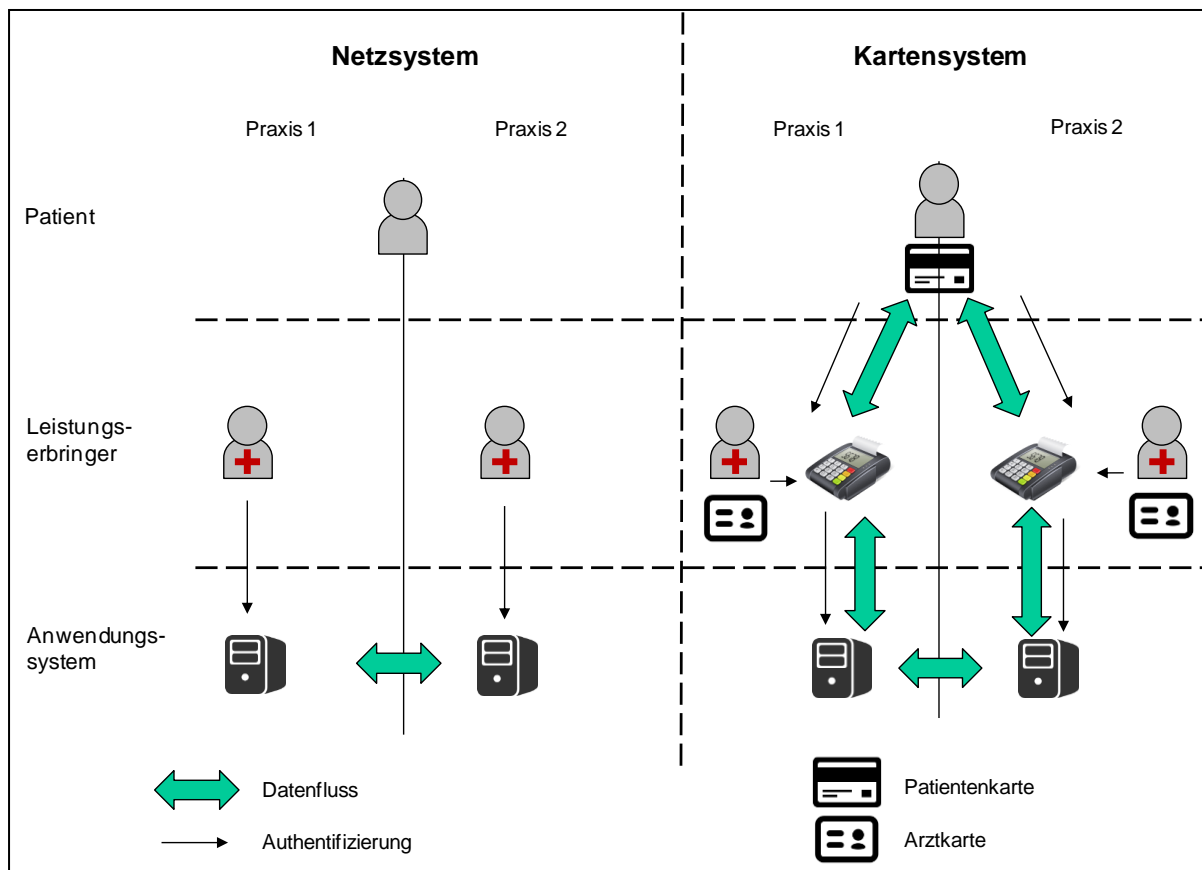
Bei **Netzsystemen** werden die administrativen und medizinischen Patientendaten ausschließlich in Anwendungssystemen, welche sich auf Rechnern innerhalb des Einflussgebiets der Leistungserbringer befinden, vorgehalten. Der Zugang zu den Patientendaten erfolgt mittels eines persönlichen Identifizierungsmerkmals des Berechtigten (z. B. der behandelnde Arzt). Dieser Zugangsmechanismus ist länderweise unterschiedlich ausgeprägt. Die Anwendungssysteme der Leistungserbringer und Kostenträger können untereinander vernetzt sein, so dass auch entfernte Ärzte im Bedarfsfall auf die beim erstbehandelnden Arzt (z. B. Hausarzt) gespeicherten Patientendaten zugreifen können (Amelung et al., 2009). Bei der Verwendung eines Netzsystems ist der Einsatz einer Identifizierungskarte und von Kartenlesegeräten nicht notwendig. Damit sind die Einführungskosten eines Netzsystems wegen der wesentlich geringeren Komplexität niedriger als bei einem kartengestützten System (Stadlin, 2008; Campbell, 2011). Es sei aber auch festgehalten, dass bei einem Netzsystem der Patient keinerlei Zugriff auf seine Patientendaten und damit auch nicht die Datenhoheit hat (Caumanns, 2006).

**Kartensysteme** sind darauf ausgerichtet, administrative und/oder medizinische Patientendaten auf eigens dafür vorgesehene Karten (Chipkarten)<sup>23</sup> bzw. deren eingebauten Speicher-Chip (inkl. Mikroprozessor/Betriebssystem) zu speichern (Gematik, 2015; Stadlin, 2008). Jeder Patient bekommt seine eigene Chipkarte mit seinen eigenen persönlichen Daten von seiner Krankenversicherung (in Deutschland) bzw. dem HV (in Österreich). Der Patient trägt die Karte im Idealfall immer bei sich, besonders aber wenn er einen Arztbesuch tätigt. Die Karte dient u. a. zur Identifikation der Person. Auf dem Mikroprozessor der Karte können Informationen bzw. Daten abgelegt werden (Caumanns, 2006; Stadlin, 2008). Das Speichervolumen des Mikroprozessors ist von Kartensystem zu Kartensystem unterschiedlich. Auch die durch geltendes Recht auf dem Prozessor verpflichtenden oder freiwillig zu speichernden Daten unterscheiden sich je nach Land und Kartensystem (Heizmann, 2005). Patienten- und Behandlungsdaten befinden sich direkt auf dem Chip in der Karte. Zusätzlich kann die Karte auch als Identifikationsmedium gegenüber Anwendungssystemen der Leistungserbringer dienen (Berger Kurzen, 2004, S. 13ff; Jähn/Nagel, 2004, S. 20). Wenn der Arzt sie in Verbindung mit seinem eigenen elektronischen Ausweis – eine Art elektronische Arztkarte, die Leistungserbringer als Pendant zur elektronischen Patientenkarte erhalten – in ein Kartenlesegerät steckt, kann er auf Daten zugreifen, welche sich z. B. bei anderen Leistungserbringern befinden (siehe vorherigen Abschnitt). Der Einsatz der Patientenkarte dient hierbei als Authentifizierungsmedium (Steyer, 2004; Stadlin, 2008). Des Weiteren enthalten manche Karten – wie die in Österreich – zusätzliche Funktionen, wie Überweisungs- bzw. Zahlungsfunktionen (siehe Kapitel 3.3.3). Die Funktionen der Karten unterliegen den in geltendes Recht umgesetzten Vorschriften der jeweiligen nationalstaatlichen Regierungen. Auch die Kartennamen unterscheiden sich in den Staaten. In Deutschland nennt sich die eingeführte Patientenkarte "elektronische Gesundheitskarte" bzw. "eGK". In Österreich trägt die Karte den Namen "E-Card". In Kapitel 3.3 werden die Kartensysteme in Deutschland und Österreich, die Funktionen der Karten und deren Einbettung in ein nationales Telematik-Konzept genauer erklärt.

---

<sup>23</sup> Chipkarten werden auch Smartcards oder Integrated Circuit Cards (ICC) genannt. Es sind Plastikkarten mit integriertem Schaltkreis (Chip). Dieser Schaltkreis beinhaltet eine Hardware-Logik, einen Speicher oder Mikroprozessor. Chipkarten werden durch spezielle Kartenlesegeräte angesteuert (mehr dazu auf DEPATISnet, der Datenbank des Deutschen Patent- und Markenamtes).

Abbildung 4: Gegenüberstellung Netzsystem und Kartensystem



Quelle: Eigene Darstellung

Im Folgenden werden nun die Besonderheiten des deutschen und österreichischen Gesundheitswesens und somit die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Organisation der gesetzlichen Krankenversicherung in beiden Staaten sowie die politischen Entscheidungsstrukturen, Steuerungsformen und Akteurskonstellationen im deutschen und anschließend im österreichischen Gesundheitswesen beschrieben und gegenübergestellt. Danach werden die beiden elektronischen Kartensysteme im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen kurz vorgestellt und miteinander verglichen. Dieser Teil der Arbeit dient, wie der vorherige, dem Verständnis der nachgestellten empirischen Analyse in Kapitel 7.

### **3 Besonderheiten des deutschen und österreichischen Gesundheitswesens**

Es ist wichtig, die Kennzeichen bzw. Besonderheiten des deutschen und österreichischen Gesundheitssystems und somit das Umfeld zu kennen, in dem die elektronischen Kartensysteme jeweils eingeführt wurden. Die Gesundheitssysteme in Deutschland und Österreich mit ihrem jeweiligen Krankenversicherungssystem, ihren heterogenen Akteuren, sowie ihren Entscheidungsebenen und Formen der politischen Steuerung sind komplex (für Deutschland: Beske/Hallauer, 2001, S. 17; Alber, 1992, S. 157; für Österreich: Rudorfer/Dannhauser, 2011, S. 15f). Sie benötigen deshalb eine gesonderte Beschreibung, welche im Folgenden vorgenommen wird. Erst auf Basis dieses Wissens kann die Einführung der Kartensysteme logisch nachvollzogen und können die Gründe für die Einführung in der empirischen Analyse in Kapitel 7 herausgearbeitet werden.

#### **3.1 Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Organisation der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland und Österreich**

In Deutschland und in Österreich ist die Gesundheitsversorgung Teil des Sozialversicherungssystems (Schölkopf, 2010, S. 3). Das wichtigste Merkmal der Gesundheitswesen in Deutschland und Österreich ist die gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Diese wird im Folgenden beschrieben. Anschließend werden die Unterschiede der GKV in Deutschland und Österreich herausgearbeitet. Auf die detaillierte historische Entwicklung der Sozialstaaten Deutschland und Österreich kann an dieser Stelle nicht gesondert eingegangen werden. Dies würde den Umfang der vorliegenden Arbeit überlasten. Ferner ist das Wissen über diese Entwicklungen nicht notwendig, um den empirischen Teil dieser Arbeit nachvollziehen zu können. Zur historischen Entwicklung und der Finanzierungsstruktur der Sozialversicherungssysteme in Deutschland und Österreich existieren einige Arbeiten, auf die an dieser Stelle verwiesen wird (zur historischen Entwicklung in Deutschland z. B.: Schmidt, 1998; zur historischen Entwicklung in Österreich z. B. Tálos, 2002).

##### **3.1.1 Deutschland**

###### **Versichertenkreis**

Im deutschen Gesundheitswesen wurde die GKV 1883 durch Reichskanzler Otto von Bismarck eingeführt (Schölkopf, 2010, S. 2 und 5). Es existiert eine Versicherungspflicht – mit Ausnahmen. In der GKV sind nach § 5 SGB V Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, Arbeitslose, Familienangehörige<sup>24</sup>, Rentner und Studenten versichert. Allerdings können sich Angestellte mit einem Jahresarbeitsentgelt oberhalb der jährlich vom zuständigen Bundesministerium festgelegten Grenze statt gesetzlich auch privat versichern – in der privaten Krankenversicherung (PKV) – oder nicht versichern (Sozialgesetzbuch 1). Beamte, Richter, Soldaten, Geistliche, alle Selbstständigen<sup>25</sup> sowie eine Reihe weiterer besonderer Personengruppen, wie etwa die geringfügig Beschäftigten sind ausdrücklich von der Versicherungspflicht befreit (§ 6 SGB V).

---

<sup>24</sup> Kinder und Ehepartner sind beitragsfrei mitversichert, sofern sie kein eigenes Einkommen erzielen.

<sup>25</sup> mit Ausnahme der Landwirte und der Künstler

## Finanzierung

Die Finanzierung der GKV erfolgt aus Beiträgen der Mitglieder. Sie finanziert sich durch Beiträge auf die Arbeitseinkommen der Mitglieder (Gerlinger/Burkhardt, 2012a). Dabei wird ein Teil des Versicherungsbeitrags vom Arbeitnehmer<sup>26</sup> und der andere Teil vom Arbeitgeber geleistet. Erst seit Einführung des Gesundheitsfonds im Januar 2009 – und somit nach der gesetzlichen Einführung der eGK (siehe Kapitel 3.3.2) – wird das Krankenversicherungssystem in Deutschland auch mit Steuermitteln finanziert (mehr zum Gesundheitsfonds bei Gerlinger, 2012).

## Krankenkassenwahl

In Deutschland kann jeder Versicherte seine Krankenkasse frei wählen. Es herrscht demnach Wettbewerb um Versicherte zwischen den Kassen. Besonders junge, gesunde und gut verdienende Personen sind bei den Kassen beliebt. Um diese Personengruppe werben die Kassen mit Wettbewerbsinstrumenten, z. B. mit einer höheren Leistungsqualität, einem besseren Leistungsumfang oder Boni für gesundheitsbewusstes Verhalten.

## Aufteilung von Geldern für Leistungen

Die Aufteilung der Gelder für Gesundheitsleistungen an niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, Apotheker oder Physiotherapeuten und andere Leistungserbringer übernehmen die Krankenkassen. Die Honorare für die Vertragsärzte gehen an die zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) (Rebscher/Kaufmann, 2009, S. 14ff).<sup>27</sup> Die Vertragsärzte sind dazu verpflichtet, einmal im Quartal ihre Patientenunterlagen bei ihrer KV einzureichen. Dabei sind die Namen der Patienten verschlüsselt. Die zuständige KV überprüft die Leistungen jedes Arztes und erstattet erst dann die Honorare (Gerlinger/Burkhardt, 2012).

### 3.1.2 Österreich

#### Versichertenkreis

In Österreich wurde die GKV 1888 durch das Krankenversicherungsgesetz eingeführt (Schölkopf, 2010, S. 5 und 54).<sup>28</sup> Alle unselbständigen und selbständigen erwerbstätigen Österreicher sind darin pflichtversichert. In Österreich ist deshalb der Versichertenkreis – im Vergleich zu Deutschland – größer. Denn "Arbeiter, Angestellte, Beamte, Gewerblich Selbständige, Bauern, Freie DienstnehmerInnen und Neue Selbständige ... (sowie) Familienangehörige (als Mitversicherte), Selbstversicherte und EmpfängerInnen der Sozialhilfe" sind mit einbezogen (Tálos, 2005, S. 1). Im Gegensatz zur Ausgestaltung der deutschen Krankenversicherung haben Bezieher höherer Einkommen nicht die Möglichkeit aus der gesetzlichen Versicherung

<sup>26</sup> Entsprechend dem Solidaritätsprinzip richtet sich der Versicherungsbeitrag in der GKV nach der Einkommenshöhe – bis zu einem bestimmten Höchstbeitrag (Beitragsbemessungsgrenze).

<sup>27</sup> Die Vertragsärzte rechnen ihre Leistungen über ein spezielles Vergütungssystem (einheitlicher Bewertungsmaßstab – EBM) mit den KVen ab. Als Privatversicherte leisten Personen die Kosten von medizinischen Leistungen durch Behandlungen etc. selbst. Diese Kosten werden ihnen dann im Nachhinein von ihrer Privatkasse erstattet (Rebscher/Kaufmann, 2009, S. 16).

<sup>28</sup> Seit Januar 1956 wurden durch das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG) die Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung für die Arbeiter und Angestellten in Industrie, Bergbau, Gewerbe, Handel, Verkehr und der Land- und Forstwirtschaft zusammengefasst (Kärntner Gebietskrankenkasse, 2014).

auszutreten (Tálos, 2005, S. 2). PKVen existieren nur in Form privater Zusatzversicherungen. Diese umfassen hauptsächlich Leistungen in Krankenanstalten (Hofmarcher, 2013, S. X).

### **Finanzierung**

Finanziert wird die österreichische Krankenversicherung über Versichertenbeiträge (Schölkopf, 2010, S. 54). Dabei wird ein Teil des Versicherungsbeitrags vom Arbeitnehmer und der andere Teil wird vom Arbeitgeber geleistet. Ein weiterer Teil der Krankenversicherung – z. B. die Krankenhausfinanzierung – wird über öffentliche Mittel und durch Selbstbehalte finanziert. Die österreichische Krankenversicherung ist eine umfassende Solidargemeinschaft. Der Versicherungsbeitrag richtet sich nach der Einkommenshöhe – bis zu einem bestimmten Höchstbeitrag.<sup>29</sup> Demgegenüber sind alle Sach- und Geldleistungen der Krankenversicherung einkommens- bzw. beitragsunabhängig, unabhängig vom Familienstand, Krankheitsrisiken oder der Erwerbsdauer (Tálos, 2005, S. 2; Schölkopf, 2010, S. 54f).

### **Krankenkassenwahl**

Die Mitgliedschaft bei einer GKV ist von der Berufsgruppe des Versicherten abhängig. Sie "kann aber auch zusätzlich durch den Beschäftigungsort oder Wohnort des/der Versicherten determiniert sein" (Hofmarcher, 2013, S. 289). "Die Krankenkassen sind nach Berufsgruppen ... regional gegliedert." Es besteht keine Möglichkeit zur freien Kassenwahl (Schölkopf, 2010, S. 54). Somit stehen die Kassen nicht im Wettbewerb um Mitglieder (Hofmarcher, 2013).

### **Aufteilung von Geldern für Leistungen**

Die Aufteilung der Gelder für Gesundheitsleistungen erfolgt über vertragliche Vereinbarungen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern bzw. deren Ärztekammern (Heitzmann/Österle, 2008, S. 55). Es wird über die Bereitstellung und Honorierung der Leistungen verhandelt (Schölkopf, 2010, S. 55f). Die soziale Krankenversicherung bezahlt die vom „Sozialversicherungssystem finanzierten Krankenanstalten und Ambulanzen, die Versorgung durch Ärzte/Ärztinnen im niedergelassenen Bereich, den Bezug von Arzneimitteln und die Erbringung spezifischer pflegerischer und therapeutischer Leistungen im niedergelassenen Bereich“ (Heitzmann/Österle, 2008, S. 48).

### **3.1.3 Zusammenführung**

Die Strukturen der Krankenversicherung in Deutschland und Österreich sind sehr ähnlich. Beide Systeme haben eine GKV, die hauptsächlich durch Versicherungsbeiträge der Mitglieder finanziert wird. Bei der konkreten Ausgestaltung der GKV sind allerdings nicht unwesentliche Unterschiede erkennbar. Die Gemeinsamkeiten und Unterschiede werden in Tabelle 1 gegenübergestellt.

---

<sup>29</sup> Durch die Höchstbeitragsgrundlage wird der umverteilende Effekt abgeschwächt.



Tabelle 1: Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Ausgestaltung der GKV in Deutschland und Österreich

Aspekte der GKV	Deutschland	Österreich
Versichertenkreis	<b>Gesetzliche Versicherungspflicht</b> in der GKV nur <b>für einen Teil der Bevölkerung</b> (Je nach Beschäftigungsstand und Höhe des Arbeitseinkommens)	<b>Gesetzliche Versicherungspflicht</b> in der GKV <b>für alle</b> (Private Krankenversicherungen nur in Form privater Zusatzversicherungen)
Finanzierung	<b>Versicherungsbeiträge</b> (Arbeitnehmer, Arbeitgeber zahlen) <i>Steuern bzw. öffentliche Mittel</i> (erst seit Einführung des Gesundheitsfonds 2009)	<b>Versicherungsbeiträge</b> (Arbeitnehmer, Arbeitgeber zahlen) <b>Steuern bzw. öffentliche Mittel</b> <b>Selbstbehalte</b>
Krankenkassenwahl	<b>Freie Krankenkassenwahl</b> → <b>Wettbewerb</b> um Versicherte zwischen den Kassen	<b>Krankenkasse</b> ist von <b>Berufsgruppe, Beschäftigungsort, Wohnort</b> des Versicherten abhängig → <b>Kein Wettbewerb</b> um Versicherte zwischen den Kassen
Verteilung von Geldern für Leistungen	<b>GKV: Krankenkassen</b> verteilen an Leistungserbringer bzw. KVen	<b>GKV: Krankenkassen</b> verteilen an Leistungserbringer bzw. Ärztekammern

Nachdem nun die Organisation der gesetzlichen Krankenversicherungen im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen gegenübergestellt wurde, folgt nun eine Darstellung der Entscheidungsstrukturen und Steuerungsformen sowie der jeweiligen empirisch vorhandenen Akteursnetzwerke in den beiden Gesundheitswesen. Die Kenntnis dieser Ausprägungen der Gesundheitssysteme der zwei Staaten ist zum Verständnis der empirischen Analyse in Kapitel 7 – bzw. der Reformprozesse "Einführung eines elektronischen Kartensystems" im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen – notwendig.

### 3.2 Eine netzwerkanalytische Betrachtung der Entscheidungsstrukturen und Steuerungsformen im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen

Die gesundheitspolitischen Reformen im Rahmen des Sozialversicherungssystems werden nicht zuletzt von den Entscheidungsstrukturen und Steuerungsformen mitgetragen. Diese Strukturen und Formen werden in der politikwissenschaftlichen Literatur mit dem Begriff "Governance" umschrieben (z. B. in Bandelow, 2004, S. 97). In der sozialwissenschaftlichen Literatur gibt es eine Vielzahl von Definitionen und Interpretationen des Begriffs „Governance“ (Benz, 2004; Benz et al., 2007; Mayntz, 2009; Schneider/Kenis, 1996). Mayntz (2009, S. 8) versteht unter „Governance“ eine Form des Regierens. Ihr Verständnis von Governance hat sich in der politikwissenschaftlichen Forschung etabliert und wird auch in der vorliegenden Arbeit übernommen. Laut Mayntz (2009, S. 8) sind an der Regelung gesellschaftlicher Sachverhalte – und somit auch an gesundheitspolitischen Reformen – staatliche Akteure – wie Regierungen und Beamte – und zudem private bzw. korporative Akteure beteiligt. Wichtig ist

für die Arbeit des Weiteren die Erkenntnis von Schneider und Kenis (1996, S. 21), dass in annähernd jedem Politikfeld verschiedene institutionelle Steuerungsformen gleichzeitig auftreten. Diese führen zu einem komplexen System der Entscheidungsfindung innerhalb eines Politikfelds.

Das komplexe Gesundheitssystem kann dann am besten verstanden werden, wenn es in eine hierarchische Ordnung gebracht wird (Rosenbrock/Gerlinger, 2004). Dazu kann die Entscheidungsfindung im Gesundheitswesen in drei Ebenen unterteilt werden. Diese sind die Makro-, Meso- und Mikroebene. Laut Rosenbrock und Gerlinger (2004) sind die drei Ebenen besonders geeignet, um die Governance-Strukturen im Gesundheitswesen zu beschreiben. Wie in Tabelle 2 übersichtlich dargestellt, bezeichnet die Makroebene „die nationalstaatliche und die supranationale Ebene der Gesundheitspolitik“ (Rosenbrock/Gerlinger, 2004, S. 13f). Die zweite Ebene – die Mesoebene – beschreibt „die regionale bzw. verbandliche Ebene der Gesundheitspolitik“ (Rosenbrock/Gerlinger, 2004, S. 13f). Die Mikroebene beschreibt die Individualakteure, die Organisation von und zwischen Unternehmen und einzelnen Organisationen im Gesundheitswesen (Rosenbrock/Gerlinger, 2004, S. 15).

Tabelle 2: Die drei Ebenen zur hierarchischen Ordnung des komplexen Gesundheitswesens

<b>Makroebene</b>	<b>Mesoebene</b>	<b>Mikroebene</b>
<p><b>Staatliche Akteure</b> (Bund, Länder, EU)</p>	<p><b>Verbandliche Akteure</b> (Verbände und Körperschaften, z. B. die gemeinsame Selbstverwaltung – s. u.)</p>	<p><b>Individualakteure</b> (Unternehmen, einzelne Arztpraxen, Krankenhäuser etc.)</p>

Im Folgenden werden die Governance-Strukturen im deutschen und im österreichischen Gesundheitswesen anhand der von Rosenbrock und Gerlinger (2004) empfohlenen analytischen Anordnung in drei Ebenen (Makro-, Mikro- und Mesoebene) vorgestellt. Die netzwerkanalytische Betrachtung ermittelt die an der gesundheitspolitischen Diskussion beteiligten Akteure und ihre Beziehungsarten, Akteurs-Konstellationen und gesundheitspolitische Steuerungsmechanismen.

### 3.2.1 Makroebene

Auf Makroebene agieren supra- und internationale Akteure, sowie Bund und Länder. Im Folgenden werden zuerst die supra- und internationalen Akteure und ihr Tätigkeitsfeld im Bereich Gesundheitspolitik dargestellt. Anschließend werden die Akteure auf Bundes- und Landesebene und ihre Zuständigkeiten erst für Deutschland und anschließend für Österreich beschrieben.

#### 3.2.1.1 Die Rolle der Europäischen Union und internationaler Organisationen in der nationalen Gesundheitspolitik

Der Ökonom und Nobelpreisträger Joseph Stiglitz stellt in seinen Büchern "Die Schatten der Globalisierung" (2004) und "Die Chancen der Globalisierung" (2008) eindrucksvoll dar, dass der internationale Austausch von Ideen und Wissen, die Vermischung der Kulturen, die globale Zivilgesellschaft ... die globale Umweltbewegung ... (und die) ökonomische(n) Globalisierung" (Stiglitz, 2008, S. 22) Teil der modernen Gesellschaft sind. Diese internationalen Entwicklungen betreffen alle Staaten und Regierungen. Als Reaktion auf die veränderten Bedin-

gungen werden vermehrt Regierungs-Kompetenzen vor allem an die Europäische Union (EU), aber auch an internationale Organisationen (IOs) abgegeben. Der Einfluss internationaler und supranationaler Organisationen auf Nationalstaaten wächst<sup>30</sup> (Barnett/Duvall, 2005; Dingwerth et al., 2011; Keohane, 1989; Rittberger/Zangl, 2003, S. 25).

Innerhalb der nationalstaatlichen Gesundheitspolitiken erhält die EU auf supranationaler Ebene im Zuge der Globalisierung und des europäischen Integrationsprozesses wachsende Bedeutung (Leibfried/Pierson, 1995). Allerdings unterliegen die meisten gesundheitspolitischen Entscheidungen der Souveränität der Nationalstaaten.<sup>31</sup> Insofern nimmt die EU zumeist nur in beherrschender Hinsicht und auf Grundlage von Empfehlungen Einfluss auf die nationale Gesundheitspolitik. So fordert die EU z. B. immer wieder die „Harmonisierung“ der Gesundheitssysteme in den Mitgliedstaaten (Duplaga et al., 2004). Des Weiteren werden auf EU-Ebene gesundheitspolitische Forschungsprojekte finanziert und angestoßen, an denen auch nationalstaatliche Akteure teilnehmen (zu den Forschungsprojekten im Bereich Gesundheitstelematik siehe Kapitel 7.5). Es existiert zudem ein Regulierungsmechanismus auf EU-Ebene, die „Offene Methode der Koordinierung“ (Rosenbrock/Gerlinger, 2004, S. 13f) oder auch „Koordinierung der Sozialversicherungssysteme in der Europäischen Union“. Im Politikfeld Gesundheit haben sich alle Mitgliedstaaten der EU – und damit auch Deutschland und Österreich – zur „Koordinierung der Sozialversicherungssysteme in der Europäischen Union“ verpflichtet. Durch diesen Regelungsmechanismus gelten innerhalb der EU 28 – zusammen mit Island, Liechtenstein, Norwegen und der Schweiz – einheitliche Vorschriften. Diese Vorschriften dienen dem Schutz der Sozialversicherungsansprüche der europäischen Bevölkerung. Allerdings kann nach wie vor jedes Land frei entscheiden, wer nach seinen nationalen Rechtsvorschriften versichert werden soll, sowie welche Leistungen zu welchen Bedingungen gewährt werden (Europäische Kommission, 2014; Europäisches Parlament, 2014). Die Mitgliedstaaten verpflichten sich lediglich folgenden vier Grundprinzipien (Europäische Kommission, 2014; Europäisches Parlament, 2014):

- Der EU-Bürger unterliegt nur den Rechtsvorschriften eines einzigen Landes. Er zahlt folglich nur in einem Land Beiträge.
- Jeder EU-Bürger hat dieselben Rechte und Pflichten wie die Angehörigen des Landes, in dem er versichert ist. (Grundsatz der Gleichbehandlung bzw. Nichtdiskriminierung)
- Wenn ein EU-Bürger eine Leistung beansprucht, werden seine früheren Versicherungs-, Beschäftigungs- oder Aufenthaltszeiten in anderen Ländern gegebenenfalls angerechnet.
- Wenn ein EU-Bürger in einem Land Anspruch auf Geldleistungen hat, bekommt er diese auch dann, wenn er in einem anderen Land lebt. (Grundsatz der Exportierbarkeit)

Zusätzlich zur „Offenen Methode der Koordinierung“ soll die Krankenbehandlung innerhalb der EU seit dem 1. Juni 2004 durch die Ausgabe einer europäischen Krankenversichertenkarte<sup>32</sup> in allen Mitgliedstaaten der EU gewährleistet werden (EU, 2003).

Neben der EU sprechen auch IOs Empfehlungen im Bereich Gesundheitspolitik aus. Bindend sind diese Empfehlungen für die Nationalstaaten aber nicht. Mit Gesundheitspolitik beschäfti-

<sup>30</sup> Wenngleich die Repräsentanten einiger Staaten – vornehmlich der Großmächte wie USA und China – in den inter- oder supranationalen Organisationen in verschiedener Weise auf die Beschlüsse, Empfehlungen und Handlungen der Institutionen Einfluss nehmen (Rittberger et al., 2013; Keohane, 1984; Zürn, 1992). Auch die Politik der Europäischen Union ist von den politischen Vertretern ihrer Mitgliedstaaten – welche nationalstaatliche Interessen vertreten – maßgeblich geprägt (Schmidt, 2001a; Auel, 2006; Moravcsik/Katzenstein, 1998).

<sup>31</sup> Eine Ausnahme bilden Mindeststandards, die international festgelegt werden (Rosenbrock/Gerlinger, 2004, S. 14).

<sup>32</sup> Die europäische Krankenversichertenkarte wird in Kapitel 3.3.1 erklärt.

gen sich die World Health Organization (WHO), die International Labour Organization (ILO), die Food and Agriculture Organization (FAO) und die Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (Rosenbrock/Gerlinger, 2004, S. 14). In Form von transnationalen Arbeitsgruppen und Projekten analysieren sie empirisch gesundheitliche und gesundheitspolitische Entwicklungen in einzelnen Staaten. Sie erarbeiten normative Vorschläge für nationale Gesundheitspolitiken oder für die Zusammenarbeit zwischen Regierungen. In Modelprojekten werden zudem mögliche gesundheitspolitische Maßnahmen und deren Auswirkungen getestet.

### 3.2.1.2 Deutschland

Im staatlichen Gesundheitssystem in Deutschland regeln auf Makroebene staatliche politische Akteure auf Bundesebene – die Bundesregierung, der Bundestag, der Bundesrat, das Bundesministerium für Gesundheit (BMG)<sup>33</sup> – die Bundesgesetze und geben somit die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen vor (Gerlinger/Burkhardt, 2012). Im Bundestag und Bundesrat werden Gesetzesvorschläge parlamentarisch bearbeitet.<sup>34</sup> Die politischen Akteure legen staatliche Ziele fest und treffen grundlegende Systementscheidungen. Auf nationalstaatlicher Ebene werden in Deutschland z. B. institutionelle Strukturen der gesundheitlichen Versorgung, die Finanzierung von Gesundheitsleistungen, deren Qualität und der Zugang der Patienten zur medizinischen Versorgung entschieden. Der Staat hat alle Entscheidungskompetenzen und Koordinationsrechte (Oberender/Fleischmann, 2002, S. 98). Er formuliert die Rahmenvorgaben für nachgeordnete Akteure, wie Körperschaften des öffentlichen Rechts (KVen und Krankenkassen) oder andere Verbände von Leistungserbringern (Rosenbrock/Gerlinger, 2004, S. 14; Alber, 1992, S. 18). Langfristig betrachtet gehören zu den Zielen der staatlichen Akteure, Finanzierbarkeit<sup>35</sup>, Qualität, Solidarität und Wachstum im Gesundheitswesen.<sup>36</sup>

Neben den staatlichen Stellen auf Bundesebene gehören zur Makroebene innerhalb der in Deutschland gegebenen föderalen Struktur staatliche Stellen der Länder und Kommunen (Gerlinger/Burkhardt, 2012). Die Bundesländer sind bei der gesundheitspolitischen Gesetzgebung durch den Bundesrat beteiligt, was die Fragmentierung der Entscheidungsprozesse im Gesundheitswesen impliziert (Noweski, 2004, S. 30). Ansonsten liegt ein wichtiger Schwerpunkt der Länderaktivitäten auf der Prävention<sup>37</sup>. Ferner gewährleisten die Bundesländer die Sicherstellung der medizinischen Versorgung im stationären Bereich (Krankenhausplanung und -finanzierung; letztere zumeist über Zuschüsse) (Gerlinger/Burkhardt, 2014).

„Im Zusammenhang mit dieser ersten Ebene lassen sich auch die politischen Willensbildungsprozesse in den Parteien darstellen“ (Gerlinger/Burkhardt, 2012). Die ausgeprägte Parteienlandschaft und deren Konkurrenz führen zu heterogenen gesundheitspolitischen Interessen und Zielen im deutschen Gesundheitswesen. Verstärkt wird dieser Effekt durch konkordanzdemokratische Entscheidungsregeln, die vor allem Koalitionsregierungen betreffen. Es existiert eine ausgeprägte Zergliederung von Entscheidungsprozessen auf Makroebene. Die-

<sup>33</sup> Dem BMG gehören mehrere Bundesbehörden an, die unterschiedliche Aufgaben im Gesundheitswesen übernehmen. Zu den Behörden gehören das Robert-Koch-Institut (RKI), das Paul-Ehrlich-Institut (PEI), das Bundesinstitut für Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel, das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), das Bundesversicherungsamt (BVA) (heute nicht mehr gelistet).

<sup>34</sup> Ausgewählte Interessengruppen wie Verbände haben die Möglichkeit, Stellungnahmen im Gesetzgebungsprozess einzureichen.

<sup>35</sup> Begrenzung des Mitteleinsatzes und gleichzeitig effiziente Verwendung der Mittel.

<sup>36</sup> Diese Ziele werden von externen Rahmenbedingungen wie sozioökonomischen Entwicklungen beeinflusst (Bandelow, 2006, S. 2).

<sup>37</sup> Unter Prävention werden die Maßnahmen und Initiativen verstanden, die zum Erhalt und zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung beitragen (Gerlinger/Burkhardt, 2014).

se führt dazu, dass staatliche Interventionen auf die Akteure der Leistungserbringer und Krankenkassen eingeschränkt sind (dazu grundsätzlich Schmidt, 2000a, S. 327ff). Die staatlichen Akteure beschränken ihr politisches Handeln im Wesentlichen auf die Festlegung von Rahmenbedingungen – sogenannten Generalnormen. Sie entscheiden über die Zusammensetzung der Akteure, die auf Mesoebene verhandeln. Darüber hinaus legen die staatlichen Akteure die Entscheidungsverfahren und –regeln fest, die für die Akteure auf Mesoebene gelten. Die konkrete Ausgestaltung dieser Bedingungen überlassen sie den nachgeordneten Akteuren auf Mesoebene – den Körperschaften und Verbänden (Scharpf, 2000). Die Rahmenbedingungen versuchen die staatlichen Akteure dabei so zu legen, dass die Akteure auf Mesoebene ihr Handeln an den vom Staat festgelegten – oder als erstrebenswert beurteilten – Zielen orientieren (Scharpf, 2000). Die staatlichen Akteure auf Makroebene geben so Handlungsressourcen und Macht an die Akteure auf Mesoebene ab (siehe Kapitel 3.2.2.1).

### 3.2.1.3 Österreich

Im staatlichen Gesundheitssystem in Österreich regeln auf Makroebene staatliche politische Akteure auf Bundesebene (Tálos, 2002, S. 16) – die Bundesregierung, der Nationalrat, der Bundesrat<sup>38</sup>, das Bundesministerium für Gesundheit (BMG)<sup>39</sup> – die Bundesgesetze. Dies ist in der Bundesverfassung geregelt. Im Bundes- und im Nationalrat werden Gesetzesvorschläge parlamentarisch bearbeitet.<sup>40</sup> Viele Bereiche des Gesundheitswesens unterliegen den Kompetenzen des Bundes<sup>41</sup> (Hofmarcher, 2013, S. 29). Der Bund überwacht den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD). Allerdings gibt er die meisten Aufgaben im Rahmen der mittelbaren Bundesverwaltung an die Länder, Gemeinden und die Sozialversicherung weiter<sup>42</sup> (Hofmarcher, 2013, S. 30).

Im österreichischen Gesundheitswesen spielen neben dem Bund, die Bundesländer (15a-Vereinbarung)<sup>43</sup>, Gemeinden und die österreichische Sozialversicherung<sup>44</sup> eine bedeutende Rolle. Das österreichische Gesundheitswesen ist geprägt von seiner föderalen Struktur (Rudorfer/Dannhäuser, 2001, S. 15, 62, 97f; Heitzmann/Österle, 2008, S. 63). Ein Großteil der Entscheidungsbefugnisse liegt bei den Bundesländern, bzw. bei den Ihnen zugehörigen Sozialversicherungsträgern bzw. Landesgesundheitsfonds (LGF)<sup>45</sup>. Die Entscheidungskompetenzen sind zwischen Bund, Ländern und Gemeinden aufgeteilt. Legislative Befugnisse haben Bund und Länder (Heitzmann/Österle, 2008, S. 63). Für Krankenanstalten sind die Bundes-

<sup>38</sup> Die Bundesländer nehmen über den Bundesrat Einfluss auf nationale Gesetze.

<sup>39</sup> Nach wechselhaften Kompetenzkombinationen besteht seit 2008 – erstmals seit 1918 – wieder ein Bundesministerium ausschließlich für Gesundheitsangelegenheiten. Zuvor war das BMG z. B. ab 1997 im Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales vertreten, ab 2000 im Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen und ab 2003 im Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Dem BMG gehören mehrere Bundesbehörden an, die unterschiedliche Aufgaben im Gesundheitswesen übernehmen. Zu den Behörden gehören u. a. der Oberste Sanitätsrat, die Gesundheit Österreich GmbH, die Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit, die AGES Medizinmarktaufsicht und die EIGA GmbH.

<sup>40</sup> Ausgewählte Interessengruppen wie Verbände haben die Möglichkeit Stellungnahmen im Gesetzgebungsprozess einzureichen.

<sup>41</sup> Zu den Kompetenzen des Bundes: siehe Bundesverfassung Österreich.

<sup>42</sup> Zu den Aufgaben, welche der Bund weitergibt gehören u. a. die Sicherstellung und Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung, überregionales Krisenmanagement, Strukturpolitik, Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsförderung und -vorsorge, Impfpläne, Bekämpfung von Infektionskrankheiten, sanitäre Aufsicht und Lebensmittelkontrolle (Hofmarcher, 2013, S. 30).

<sup>43</sup> Die Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG zwischen Bund und Ländern beinhalten den Regulierungsrahmen für die Bereitstellung und die Finanzierung von Sozial- und Gesundheitsleistungen.

<sup>44</sup> Die österreichische Sozialversicherung bzw. der HV ist zwar eigentlich Akteur auf Mesoebene, muss aber auf Makroebene genannt werden, da er besonders intensiv mit Bund und Ländern zusammenarbeitet bzw. viele Aufgaben im Gesundheitswesen übernimmt, die in anderen Staaten Bund und Länder übernehmen (siehe weiterführend hierzu Kapitel 3.2.2.2).

<sup>45</sup> In jedem Bundesland gibt es einen LGF, in welchem Finanzmittel von Bund, Ländern und Sozialversicherung zusammenfließen. Er ist für die Umsetzung von Vorgaben des Bundes verantwortlich und finanziert mit seinen Mitteln die stationäre Versorgung in Krankenanstalten (Hofmarcher, 2013, S. 30).

länder zuständig (Hofmarcher, 2013, S. VIII; Rudorfer/Dannhäuser, 2001, S. 62), für die ambulante haus- und fachärztliche Versorgung ist grundsätzlich die Sozialversicherung verantwortlich (siehe hierzu Kapitel 3.2.2.2). Regelungen des Steuerausgleichs und auch die Verteilung der Steuermittel im Gesundheitswesen werden zwischen Bund, den Bundesländern und Gemeinden gemeinsam abgesprochen (Nowotny, 1999).<sup>46</sup> Die Steuergelder werden hauptsächlich von den Ländern verteilt. Einen wesentlich kleineren Teil der Gelder vergibt der Bund (Rudorfer/Dannhäuser, 2011, S. 15).<sup>47</sup> Der Bund gibt Steuergelder an die Länder weiter und das "ohne dabei konkrete Aufgaben und Ziele festzulegen" (Rudorfer/Dannhäuser, 2011, S. 62). Die Entscheidungsbefugnis der Länder über die Verteilung der Gelder ist demnach äußerst groß. Darüber hinaus liegt der Versorgungsauftrag bei den Bundesländern (AOK-Bundesverband, 2012). Gesetzesvorschläge werden meist vom Bundesministerium für Gesundheit initiiert. Ausnahme bilden hier der stationäre Bereich und die Bereiche Prävention und Pflege. Hier legt der Bund zwar die Grundsätze fest, die Ausführungsgesetzgebung und Vollziehung übernehmen die Bundesländer bzw. die Sozialversicherung (Rudorfer/Dannhäuser, 2011, S. 15, S. 62, S. 97f; Heitzmann/Österle, 2008, S. 63). Die Bundesländer handeln "im Rahmen der ihnen vom Bund gemachten Vorgaben und in Kooperation mit den Sozialversicherungen." Die Zusammenarbeit zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung ist intensiv (Hofmarcher, 2013, S. 30). Dies zeigt auch die Zusammenarbeit in den Landesgesundheitsplattformen, die es in jedem Bundesland – als Organ des jeweiligen LGF – gibt. Dort sind die Bundesländer und die Sozialversicherung zu gleichen Teilen vertreten. Des Weiteren sind an den Verhandlungen staatliche Akteure der Bundesebene und – in geringerer Anzahl im Vergleich zu den Akteuren der Sozialversicherung und Länder – weitere Akteure wie Städte, Ärztekammer, Träger der Krankenanstalten etc. beteiligt. Auch die Landesgesundheitsplattformen haben das Ziel, die Zusammenarbeit zwischen Sozialversicherung und Ländern in der Versorgung zu unterstützen und deren gemeinsame und sektorenübergreifende Weiterentwicklung des Gesundheitssystems zu gewährleisten (Hofmarcher, 2013, S. 30).

Die Parteienlandschaft in Österreich ist nicht derart ausgeprägt wie die in Deutschland. Es existieren wenige große Parteien und oft regieren große Koalitionen. Die gesundheitspolitische Willensbildung der Parteien erfolgt auf Basis der Verzahnung mit der Wirtschaft bzw. den "Sozialpartnern" (siehe hierzu Kapitel 3.2.2.2), den Ländern und der Sozialversicherung. Oft finden sich namhafte Personen aus den – in der Gesundheitspolitik engagierten – Verbänden (siehe Kapitel 3.2.2.2 zur Mesoebene) in den Parteien wieder. Daneben wechseln Politiker auf Landesebene auf die Bundesebene und wieder zurück. Dementsprechend werden auch die Interessen der starken Verbände und der Länder in den Parteien auf Bundesebene vertreten (Kern/Leitner, 2014; Hager/Kern, 2014).

### 3.2.2 Mesoebene

Neben der Makroebene spielt im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen auch die Mesoebene – und damit verbandliche Akteure – eine bedeutende Rolle (Rosenbrock/Gerlinger, 2004, S. 13f). Im Folgenden wird als erstes die Mesoebene im deutschen und anschließend im österreichischen Gesundheitswesen beschrieben.

<sup>46</sup> In einem Staatsvertrag werden die Gelder alle fünf Jahre zwischen Finanzminister und Landesfinanzreferenten aufgeteilt (Rudorfer/Dannhäuser, 2011, S. 62).

<sup>47</sup> Seit 2006 sind die Landesgesundheitsfonds (öffentlich-rechtliche Fonds) mit der zugehörigen Landesgesundheitsplattform für die Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens auf Bundesländerebene zuständig (Rudorfer/Dannhäuser, 2011, S. 109). Da die E-Card aber zuvor eingeführt wurde, spielt dies im Zusammenhang dieser Arbeit keine Rolle.

### 3.2.2.1 Deutschland

Die ausgeprägte und mächtige Mesoebene verbandlicher Steuerung wurde bereits in Kapitel 3.2.1.2 angedeutet und ist für das deutsche Gesundheitswesen charakteristisch. Im deutschen Gesundheitswesen sind die Verbände und Körperschaften auf Mesoebene – wie Krankenkassenverbände<sup>48</sup>, (Zahn)ärztekammern, Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen<sup>49</sup> und Krankenhausverbände – mehr als nur politische Erfüllungsgehilfen<sup>50</sup> (Bandelow, 2004, S. 97). Zentralisierte Interessenverbände sind seit der Einführung des Krankenversicherungssystems an der politischen Entscheidungsfindung, Formulierung und Durchführung staatlicher Politik beteiligt.<sup>51</sup> Sie versuchen selbst Themen auf die politische Agenda zu setzen und die von ihnen gewünschten Lösungen für existierende Probleme durchzusetzen (Bandelow, 2004, S. 97; Bandelow, 2004a, S. 49). Gesundheitspolitik ist deshalb nicht nur ein Top-down-Prozess. Verbände und Körperschaften wirken auf staatliches Handeln und Normsetzungen auf Makroebene ein (Bottom-up-Prozess). Unterstützt wird dieser Prozess seit den 90ern durch zunehmend wettbewerbliche Steuerungsmechanismen (Gerlinger, 2002). Abbildung 5 stellt die in die nationale Gesundheitspolitik einbezogenen Interessengruppen der Makro- und Mesoebene dar. Dazu sei festgehalten, dass es nicht nur zwischen den Interessengruppen, sondern auch innerhalb der Gruppen – z. B. zwischen Leistungserbringern – Konflikte und Interessensunterschiede gibt. Abbildung 5 zeigt, dass die Verbände der Patienten und Verbraucher – da ihnen keine hoheitlichen Aufgaben (kein Körperschaftsstatus) übertragen sind – im Vergleich zu den Verbänden bzw. Kammern der Kostenträger und Leistungserbringer über weniger gesundheitspolitische Entscheidungskompetenzen verfügen bzw. in geringerem Maße in den gesundheitspolitischen Entscheidungsprozess eingebunden sind (Hart/Francke, 2002; Böcken et al., 2001; Sibbel, 2011). Überdies sei darauf hingewiesen, dass die EU weniger Einflussmöglichkeiten auf die deutsche Gesundheitspolitik hat (siehe Kapitel 3.2.1.1), als die nationalstaatlichen Akteure (Makroebene) und die Verbände der Leistungserbringer und Kostenträger (Mesoebene).

---

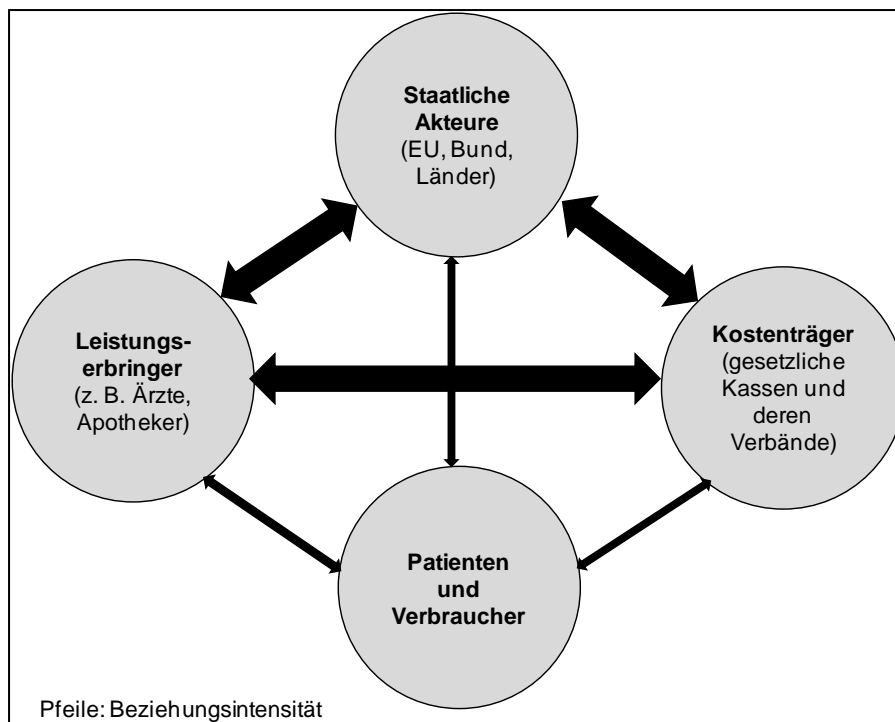
<sup>48</sup> Alle Krankenkassen werden auf Bundesebene seit dem 1. Juli 2008 vom GKV Spitzenverband vertreten. Zuvor waren die acht Kassenarten (Allgemeine Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen, Angestellten-Ersatzkassen, Arbeiter-Ersatzkassen, Landwirtschaftliche Krankenkassen, Seekrankenkasse und die Bundesknappschaft) jeweils in eigenen Bundesverbänden – jetzt Dachverbände der Kassenarten genannt – als Spitzenverbände der jeweiligen Kassenart organisiert (Bandelow, 2004, 2004a). Diese vertreten die Kassen auf Landes- und Bundesebene. Zu Zeiten der gesetzlichen Einführung der eGK waren die Krankenkassen noch nicht gemeinsam als GKV-Spitzenverband organisiert. Damals vertraten die genannten Dachverbände bzw. Bundesverbände die jeweiligen Kassenarten auf Bundesebene.

<sup>49</sup> Die wichtigsten Vereinigungen der Ärzte sind die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und die Ärztekammern, die jeweils auf Landes- und übergeordnet auf Bundesebene (KBV und BÄK) existieren. Für die Zahnärzte existieren eigene Kassenzahnärztliche Vereinigungen (KZVen bzw. KZBV auf Bundesebene) und die Zahnärztekammern (BZÄK auf Bundesebene). In diesen Verbänden bzw. Kammern sind alle Ärzte der Mitgliedschaft verpflichtet. Daneben gibt es noch eine Reihe freier Ärztezusammenschlüsse und -Verbände, wie den Hartmannbund. Die KVen müssen aufgrund ihres gesetzlichen Sicherstellungsauftrages die Tätigkeiten der Vertragsärzte überprüfen. Gleichzeitig treten sie gegenüber Dritten als Repräsentant der Vertragsärzteschaft auf – beispielsweise wenn sie mit Kassen die Art und den Umfang von Leistungserbringung aushandeln (Alber, 1992, S. 71).

<sup>50</sup> Die Krankenkassen (§ 4 Abs. 1 SGB V), als auch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) (§ 77 Abs. 5 SGB V) sind Körperschaften des öffentlichen Rechts und dadurch einem gesetzlich definierten Auftrag, i.S. des Gemeinwohls verpflichtet. Sie sind die „mittelbare Staatsverwaltung“, da sie weder unmittelbar staatliche Einrichtungen, noch gewinnorientierte privatwirtschaftliche Unternehmen sind (Rosenbrock/Gerlinger, 2004, S. 99).

<sup>51</sup> Dies ist von den staatlichen Akteuren auf Makroebene gewünscht. Die Arbeiterschaft sollte unmittelbar in staatstragende Aufgaben eingebunden werden, "um damit ein Gegengewicht zur Sozialdemokratie und den ihr nahestehenden Organisationen zu schaffen" (Bandelow, 2004a, S. 49).

Abbildung 5: Interessengruppen und deren Beziehungen im deutschen Gesundheitswesen auf Makro- und Mesoebene



Quelle: Eigene Darstellung

Gesundheitspolitische Entscheidungen werden im deutschen Gesundheitswesen – innerhalb auf Dauer eingerichteter, hierarchisch strukturierter Institutionen – von den Spitzenverbänden der Kostenträger und Leistungserbringer und staatlichen Akteuren getroffen. Diese Struktur wird als Korporatismus<sup>52</sup> bezeichnet (Döhler, 2002; Czada, 2005). Ferner ist das Gesundheitswesen ein typisches neokorporatistisches<sup>53</sup> Verhandlungssystem (Lehmbruch, 1988) und beinhaltet pluralistische<sup>54</sup> Züge (Beck, 2014). Daneben gibt der Staat unter seiner Aufsicht Entscheidungskompetenzen an Verbände weiter, ohne dass er sich selbst direkt an der Entscheidungsfindung beteiligt. Dieses System wird gemeinsame Selbstverwaltung genannt (Döhler, 2002; Czada, 2005).

### Die gemeinsame Selbstverwaltung

Im Rahmen der Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen muss zwischen zwei Varianten unterschieden werden, der gemeinsamen und der innerverbandlichen Selbstverwaltung<sup>55</sup> (Alber, 1992, S. 21). Die gemeinsame Selbstverwaltung ist eine institutionelle Selbst-

<sup>52</sup> Korporatismus ist der "Fachterminus zur Bezeichnung unterschiedlicher Formen der Beteiligung gesellschaftlicher Gruppen an politischen Entscheidungsprozessen" (Nohlen/Schultze, 2002, S. 449). Der Korporatismus ist eine Art der Verhandlungsdemokratie. Ihn zeichnet aus, dass seine politischen Ergebnisse "nicht aus Wahlen oder Abstimmungen hervorgehen" (Czada, 2003, S. 36).

<sup>53</sup> Neokorporatismus ist eine Ausprägung des Korporatismus. Er beschreibt das Bestehen korporatistischer Großorganisationen, die unter Kontrolle von staatlichen politischen Akteuren politische Gegenstände verhandeln und entscheiden sollen (Bandelow, 2004b).

<sup>54</sup> Ein pluralistisches System zeichnet sich aus durch die offene Auseinandersetzung zwischen den vielfältigen und verschiedenen politischen, sozialen und wirtschaftlichen Interessen(-verbänden, -parteien), aber auch durch die Konsens- und Koalitionsmöglichkeiten zwischen ihnen als einen wesentlichen Teil der politischen Willensbildung (Schubert/Klein, 2011).

<sup>55</sup> Die innerverbandliche Selbstverwaltung (interne Organisation) beschreibt die Selbstverwaltung innerhalb einer Körperschaft der Träger der verschiedenen Zweige der Sozialversicherung und damit die Selbstverwaltung von rechtsfähigen Körperschaften des öffentlichen Rechts (§ 29 Abs. 1 SGB IV).



verwaltung von Versicherungs- bzw. Kostenträgern<sup>56</sup> und Leistungserbringern. Dabei nehmen Krankenkassen und ihre Verbände gemeinsam mit den Ärzten, Zahnärzten, Apothekern und Krankenhausträgern und deren Verbänden und Kammern sowie ein paar wenigen Patientenvertretern (teilweise und je nach Thema sind auch weitere Interessengruppen beteiligt) „Aufgaben bei der Qualitätssicherung und Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen wahr“ (Bandelow, 2004a, S. 49). Die gemeinsame Selbstverwaltung in Deutschland ist einmalig. In anderen europäischen Staaten werden die genannten Aufgaben von Regierungsbehörden wahrgenommen (AOK-Bundesverband, 2012a). Innerhalb der gemeinsamen Selbstverwaltung und des Korporatismus werden gesundheitspolitische Entscheidungen auf der Grundlage von Verhandlungen getroffen. Dadurch werden die Entscheidungen zwar einvernehmlich getroffen und gelten somit als legitim, andererseits erschweren die vielen Akteure mit heterogenen Interessen die Entscheidungsfindung (Bandelow, 2004, S. 97). Es entstehen politische Blockaden und Steuerungsprobleme, die u. a. von institutionellen Verhandlungszwängen verursacht werden (Naschold, 1967; Safran, 1967; Lehmbruch, 1988; Rosewitz/Webber, 1990; Murswieck, 1990; Scharpf, 2000).

### **Verhandlungsdemokratie und Korporatismus**

Im deutschen Gesundheitswesen finden gesundheitspolitische Entscheidungen unter institutionellen Zwängen zur Einigung innerhalb einer Verhandlungsdemokratie als "eine nicht-kompetitive Form der konsensualen Aushandlung von Entscheidungen" statt (Döhler, 2002, S. 25.). "Gesundheitsdemokratie ist somit ein Musterbeispiel für die Auswirkungen der bundesdeutschen Konsensdemokratie" (Bandelow, 2006, S. 159). Das deutsche Gesundheitswesen besteht aus vielen institutionalisierten bzw. auf Dauer eingerichteten Gremien<sup>57</sup>, in denen Akteure der Mesoebene alleine oder gemeinsam mit Akteuren der Makroebene innerhalb von Verhandlungen<sup>58</sup> (Verhandlungssystem) Konsensentscheidungen fällen. Die Reformblockaden im Gesundheitswesen (siehe Kapitel 4.2.2) der letzten Jahrzehnte kommen hauptsächlich wegen Zielkonflikten zwischen Staat und Interessengruppen und zwischen Interessengruppen selbst zustande. Tabelle 3 veranschaulicht die bedeutendsten Gremien im deutschen Gesundheitswesen und die an den Verhandlungen beteiligten Akteure.<sup>59</sup>

<sup>56</sup> Die Selbstverwaltung innerhalb der Verbände der gesetzlichen Krankenkassen wird gemeinsam und paritätisch durch Versicherte und Arbeitgeber ausgeübt (§ 29 Abs. 2 SGB IV) (lediglich die Selbstverwaltung der Ersatzkassen besteht aus historischen Gründen ausschließlich aus Versichertenvertretern). Die Träger der Sozialversicherung übernehmen eigenverantwortlich Steuerungsaufgaben unter Rechtsaufsicht des Staates und im Rahmen von Gesetzen (§ 29 Abs. 3 SGB IV). Seit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) 1992 haben die GKVen – im Gegensatz zu den anderen Sozialversicherungsträgern – ein zweistufiges Modell der Selbstverwaltung. Dieses Modell besteht aus einem ehrenamtlichen Verwaltungsrat sowie einem hauptamtlichen Vorstand (§ 31 Abs. 3a SGB IV). Der Verwaltungsrat einer Krankenkasse ist dessen „Parlament“.

<sup>57</sup> "Gremium" bezeichnet innerhalb der vorliegenden Arbeit eine Gruppe von Akteuren einer größeren Gruppe von Akteuren, die sich mit zentralen Anliegen befasst. Ein "Gremium" kann rechtlich determinierte Strukturen mit gesetzlich oder vertraglich zugewiesener Entscheidungskompetenz haben, oder anlassbezogen und nicht institutionalisiert stattfinden. Die Zusammensetzung der Akteure kann variieren und die Verhandler haben nicht zwingend eine Abschlusskompetenz.

<sup>58</sup> Verhandlungen sind ein Idealtypus der Entscheidungsfindung, genauso wie Hierarchie, Mehrheit und Los, welche im Gesundheitswesen eher nicht vorkommen (Eberlein/Grande, 2003).

<sup>59</sup> In den in der Tabelle dargestellten Verhandlungen geht es nicht "nur" um den Preis. Gesetzlich vorgegebene Preisverhandlungen, z. B. über das Budget von Krankenhäusern oder zur Preisfindung von neuen Arzneimitteln sind nicht aufgeführt.

Tabelle 3: Bedeutendste Gremien und beteiligte Akteure im deutschen Gesundheitswesen

Beteiligte Akteure	Staat-Verbände	Verbände-Verbände
Gremien	Ausschüsse des Bundestags und Bundesrats	SVR-Gesundheit
	Runder Tisch <sup>60</sup>	Gemeinsamer Bundesausschuss
		Bewertungsausschüsse
		Zulassungsausschüsse
		Prüfungsausschüsse (im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung)
		Kollektivvertragliche Verhandlungen (KVen und Kassen-Verbände)
		Selektivvertragsverhandlungen (z. B. Kassen(-Verbände) und Ärztegruppen)
		Schiedsämter

Im neokorporatistischen deutschen Gesundheitssystem existieren viele Gremien, in denen das zentrale Regelungsinstrument der korporatistischen Steuerung bzw. der gemeinsamen Selbstverwaltung – die Verhandlung – stattfindet. Das Aufgabenspektrum der Gremien ist unterschiedlich und beinhaltet beratende Tätigkeiten genauso, wie rechtssetzende Dienstpflichten. Bedeutende Gremien sind der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-Gesundheit)<sup>61</sup> – ehemals Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAiG) – und der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)<sup>62</sup>. Allerdings verfügen nur die Selbstverwaltungsgremien<sup>63</sup> über verbindliche Steuerungskompetenzen. Andere wie der SVR-Gesundheit haben lediglich die Kompetenz, Empfehlungen auszusprechen. Die langen und zähen Verhandlungen im Gesundheitswesen, die oft ohne Einigungen oder die Festlegung auf Lösungen aller Akteure (Konsens) enden, sind nicht zuletzt der "Schwachstelle der in Deutschland lange vorherrschenden Strategie des `selektiven Korporatismus`... (bzw. dem) Unvermögen jeder Bundesregierung (geschuldet), eine Problemlösungsstrategie mit Hilfe geeigneter Beratungsinstrumente zu entwickeln und

<sup>60</sup> "Runder Tisch" ist die Bezeichnung für den Versuch, politische Problemlösungen zu erarbeiten, wobei die gegebenen verfassungspolitischen Einrichtungen und Entscheidungsmechanismen zunächst nicht eingeschaltet werden. Am "runden Tisch" diskutieren Vertreter betroffener Interessengruppen mit politischen Akteuren, um eine möglichst einvernehmliche Lösung für politische Probleme zu erzielen, die möglicherweise dann den politisch zuständigen Entscheidungsgremien vorgelegt wird (Schubert/Klein, 2011).

<sup>61</sup> Der SVR-Gesundheit ist ein aus sieben Wissenschaftlern bestehendes Expertengremium. Seine Aufgabe ist es, alle zwei Jahre „Gutachten zur Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung mit ihren medizinischen und wirtschaftlichen Auswirkungen zu erstellen“ (§ 142 Abs. 2 SGB V). Das BMG kann sowohl den Gegenstand der Gutachten näher bestimmen als auch Sondergutachten in Auftrag geben.

<sup>62</sup> Der G-BA ist das höchste Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung. Er konkretisiert den vom Gesetzgeber vorgegebenen Rahmen des Leistungskataloges der GKV. Außerdem legt der G-BA fest, welche Leistungen neu aufgenommen werden und welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden umgesetzt werden. Der G-BA wurde im Rahmen des GKV-Modernisierungsgesetzes zum 01. Januar 2004 von der KBV, der DKG e.V., den Bundesverbänden der Krankenkassen, der Bundesknappschaft und den Verbänden der Ersatzkassen gebildet. Er ersetzt fünf bislang nebeneinander arbeitende Ausschüsse. Die genaue Zusammensetzung des G-BA sowie dessen Beschlussfassung können der Homepage des G-BA entnommen werden. Der G-BA ist zwar ein wichtiges Gremium im deutschen Gesundheitswesen, spielt allerdings für die Einführung des elektronischen Kartensystems keine gesonderte Rolle. Die Einführung der eGK wurde nicht im G-BA (Gründung 2004) und dessen Vorläufer-Ausschüssen verhandelt, sondern auf Bundesebene im Bundesrat und Bundestag beschlossen.

<sup>63</sup> G-BA, kollektivvertragliche Verhandlungen etc.

gegen Veto-Spieler im politischen System durchzusetzen" (Czada, 2003, S. 39). Die Entscheidungen bzw. Lösungen, welche im Gesundheitswesen zwischen den vielen Akteuren mit unterschiedlichen Interessen zustande kommen, ergeben sich auf Grund der Tendenz zur negativen Koordination<sup>64</sup> als Ausprägung des "Wettbewerbskorporatismus" (Urban, 2001). Mit Wettbewerbskorporatismus meint Urban (2001) ein Nebeneinander von kollektivvertraglichen und wettbewerblichen Formen der Steuerung. Es existiert im deutschen Gesundheitswesen ein Mischverhältnis aus korporatistischen und wettbewerblichen Mechanismen. Dabei überwiegen in der GKV wettbewerbsförmige Elemente der Steuerung (Urban, 2001). Die Merkmale des Wettbewerbskorporatismus sind die multilateralen Akteurskonstellationen, das segmentierte Problemlösen, die sektorale Konzentrierung, bzw. Mesokonzentrierung und eben die Tendenz zur negativen Koordination als Interaktionsform (Nagel, 2009, S. 60).

### 3.2.2.2 Österreich

In Österreich existieren im Gesundheitswesen im Vergleich zu anderen europäischen Staaten, wie vor allem Portugal und Spanien, aber auch Deutschland, wenige etablierte – aber sehr starke – Verbände auf Mesoebene. Die Verbände im österreichischen Gesundheitswesen sind hochzentralisiert und ökonomische Interessen werden konzentriert von (mitglied)starken Verbänden bzw. Kammern<sup>65</sup> vertreten (Siegel/Jochem, 2003; Bandelow, 2004a, S. 59). Die traditionellen gesundheitspolitischen Verbände sind der Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherung (HV), die Österreichischen (Zahn)ärztekammern (ÖÄK bzw. ÖZÄK) und die Verbände der Krankenhausträger. Darüber hinaus sind die vier Sozialpartnerverbände – Bundesarbeitskammer (BAK), Österreichischer Gewerkschaftsbund (ÖGB), Wirtschaftskammer Österreich (WKÖ) und Präsidentenkonferenz der Landwirtschaftskammern (PRÄKO) – und die Industriellenvereinigung als Akteur im „Sozialpartnerkonzert“ zu nennen. Die großen Dachverbände sind an substantiellen Verhandlungen beteiligt bzw. in diese eingebunden (Konzertierung) (Lehmbruch, 1988). Insofern gibt es auch in Österreich keinen reinen Top-down-Prozess. Vielmehr nehmen die wenigen etablierten Verbände auch in einem Bottom-up-Prozess an politischen Entscheidungen der staatlichen Akteure auf Makroebene teil. Sie setzen sich für das Agenda Setting verschiedener Probleme und Themen ein und gestalten Verhandlungsergebnisse bzw. politische Entscheidungen mit. Auch in Österreich ist somit das Gesundheitswesen ein Verhandlungssystem (Obinger/Tálos, 2006).

### Die gemeinsame Selbstverwaltung

Wie auch in Deutschland delegiert der Staat in Österreich Kompetenzen an Versicherungsgemeinschaften sowie an gesetzliche Vertretungen der Leistungserbringer, die in Form der gemeinsamen Selbstverwaltung tätig sind. Die gesetzliche Sozialversicherung bzw. der HV bilden gemeinsam mit den Kammern ein korporatistisch organisiertes Versorgungsnetz. Unter Vorgabe des von staatlichen Akteuren auf Makroebene festgelegten Rahmens stellen sie die Versorgung und die Finanzierung durch diese Zusammenarbeit sicher (Hofmarcher, 2013, S. 30f). Der HV schließt die Gesamtverträge für die Sozialversicherungen mit den (Zahn)Ärztekammern – als Vertretung der Ärzte – ab und muss den Gesamtverträgen, die von den einzelnen Trägern verhandelt wurden, zustimmen (Rudorfer/Dannhäuser, 2011, S. 97).

<sup>64</sup> Als negative Koordination wird eine Abstimmung zwischen Akteuren bezeichnet, bei welcher von den verhandelnden Akteuren lediglich geprüft wird, ob eine Entscheidungsvariante einen negativen Einfluss auf den Status quo oder die Interessen anderer Akteure hat. Im Gegensatz zur positiven Koordination findet keine Prüfung möglicher optimaler Kombinationen statt, welche für alle Akteure den größtmöglichen Nutzen hat. Dadurch entsteht ein wesentlich geringerer Koordinationsaufwand (Scharpf, 1993, 1996, 1998).

<sup>65</sup> Österreich hat eine ausgeprägte Anzahl an Kammern, die im Vergleich zu den übrigen Verbänden, sehr starke "Player" im Gesundheitswesen sind. Sie haben viele Mitglieder (Pflichtmitgliedschaft) (Karlhofer/Tálos, 2000).

### Verhandlungssystem und Korporatismus

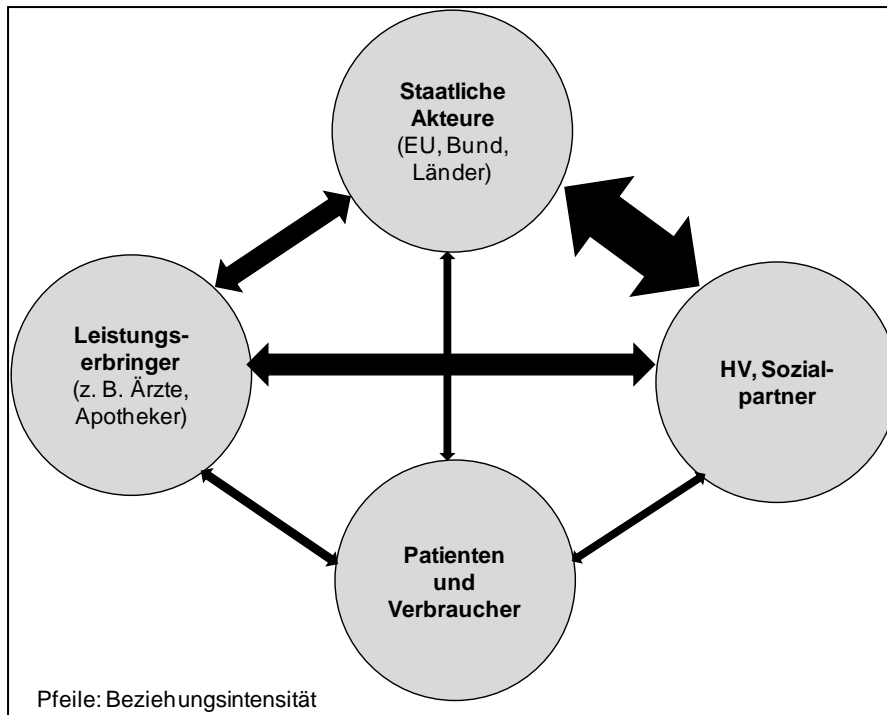
Das österreichische Gesundheitswesen kann wie der Rest des österreichischen Sozialstaats als konservativ-korporatistisch beschrieben werden (Tálos/Fink, 2001, S. 5).<sup>66</sup> Im Sinne eines konservativen Systems, nehmen immer wieder die gleichen etablierten Akteure an politischen Entscheidungen teil. "Rasche politische Veränderungen (sind) auf Grund der relativ hohen Bedeutung von sogenannten ‚Vetospielern‘ ... nicht oder nur sehr schwer möglich" (Tálos/Fink, 2001, S. 22; Wagschal, 2000, S. 58). Auch die Machtressourcen – wie Kapital und Organisationskraft – der Sozialpartner erschweren gesundheitspolitische Entscheidungen (Obinger, 2008). Die herausragende politische Privilegierung der Sozialpartner ist an den "weitreichenden Partizipationschancen betreffend Politikformulierung und Entscheidungsprozessen ablesbar ... Repräsentationsmonopol und Repräsentativität der Dachverbände sind damit in einem hohen Maße gesichert" (Tálos, 2001a, S. 36).

Trotz der etablierten und mächtigen Verbände bzw. Kammern, die im Rahmen der Selbstverwaltung tätig sind, hat in Österreich der öffentliche Sektor – und damit Bund und Länder – die wichtigste Rolle (Heitzmann/Österle, 2008, S. 63). Den Versorgungsauftrag – den in Deutschland die gemeinsame Selbstverwaltung übernimmt – haben in Österreich die Bundesländer gemeinsam mit den Sozialversicherungsinstitutionen – und hier vor allem der HV. Öffentliche Institutionen sind bei der Finanzierung und Leistungserbringung involviert. Das führt dazu, dass die Spitzenverbände der Leistungserbringer nicht in der Intensität wie in Deutschland unmittelbar an politischen Entscheidungen teilhaben können (Heitzmann, 2006). Allerdings nimmt der HV im österreichischen Gesundheitswesen eine bedeutende Rolle ein (Rudorfer/Dannhäuser, 2011, S. 97). Abbildung 6 stellt die Interessengruppen im österreichischen Gesundheitswesen auf Makro- und Mesoebene dar. Die Abbildung veranschaulicht die intensive Zusammenarbeit zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung. Es sei angemerkt, dass es nicht nur zwischen den dargestellten Gruppen von Akteuren, sondern auch innerhalb der der Leistungserbringer, der staatlichen Akteure oder der Sozialpartner etc. Konflikte und Interessenunterschiede gibt. Daneben hat die EU weniger Kompetenzen als die nationalstaatlichen Akteure.

---

<sup>66</sup> "Gesellschaftspolitisch konservative Vorstellungen haben die österreichische Sozialpolitik – als Produkt des Kompromisses divergenter Optionen der entscheidungsrelevanten Kräfte – durchgängig mitgeprägt" (Tálos/Fink, 2001, S. 20f).

Abbildung 6: Interessengruppen und deren Beziehungen im österreichischen Gesundheitswesen auf Makro- und Mesoebene



Quelle: Eigene Darstellung

Im Vergleich zu anderen westeuropäischen Ländern gibt es im österreichischen Gesundheitswesen innerhalb des organisatorischen Aufbaus der österreichischen Sozialversicherung kaum institutionelle Aufsplitterung (Rudda, 2002, S. 124; Tálos, 2002, S. 16). Der HV bildet die Dachorganisation für die 22 Versicherungsträger. Alle Sozialversicherungsträger sind im HV vertreten. Innerhalb des HVs gibt es einen Vorstandsvorsitz, ein Verbandsmanagement und eine Trägerkonferenz<sup>67</sup>. Die Trägerkonferenz besteht aus Vertretern aller Sozialversicherungsträger, sowie drei Vertretern der mitgliederstärksten Organisationen des Seniorenbeirates. Der Vorstandsvorsitz<sup>68</sup> wird durch sechs Vertreter der Arbeitgeber und durch sechs weitere Vertreter der Arbeitnehmer besetzt.<sup>69</sup> Das Finanz-, Sozial- und Gesundheitsministerium bilden die beaufsichtigenden Behörden des HV. Sie können Beschlüsse beeinspruchen, haben allerdings kein Stimmrecht in den HV-Gremien. "Aufgrund seiner Bedeutung ist der HV seit jeher politisch umkämpft" (Rudorfer/Dannhäuser, 2011, S. 98).

Gesundheitspolitische Entscheidungen werden in Österreich im Vergleich zu Deutschland konzentriert und zentraler getroffen. Das österreichische Gesundheitswesen besteht aus institutionalisierten bzw. auf Dauer eingerichteten Gremien, in denen Akteure der Makroebene und der Mesoebene innerhalb von Verhandlungen (Verhandlungssystem) Konsensentscheidungen fällen. Tabelle 4 veranschaulicht die bedeutendsten Gremien und die beteiligten Akteure innerhalb des österreichischen Gesundheitswesens.

<sup>67</sup> Die Trägerkonferenz hat satzungs- und budgetgebende Funktion.

<sup>68</sup> Der Vorstandsvorsitz wird von der Trägerkonferenz für jeweils vier Jahre entsandt.

<sup>69</sup> Seit Ende der 90er gab es innerhalb des HV mehrere Umstrukturierungen, die das Gleichgewicht zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern sowie zwischen SPÖ und ÖVP betrafen.

Tabelle 4: Bedeutendste Gremien und beteiligte Akteure im österreichischen Gesundheitswesen

Beteiligte Akteure	Staat-Verbände	Verbände-Verbände
<b>Gremien</b>	Fachausschüsse des Nationalrates und des Bundesrates	Gesamtvertragliche Verhandlungen (z. B. HV und ÖÄK)
	Runder Tisch	
	Koordinierungsausschüsse	
	Bundesgesundheitskommission	
	Gesundheitsplattform	
	Landesgesundheitsfonds	
	Bundes-Zielsteuerungskommission und Landes-Zielsteuerungskommissionen (seit 2014)	

Wenn in Österreich von Verhandlungen die Rede ist, in denen Verbände mit staatlichen Akteuren verhandeln, ist mit Verbänden oft lediglich der HV gemeint. Der HV – in dem auch die Sozialpartner vertreten sind – entsendet zumeist eine erheblich größere Anzahl an Personen als die Verbände der Leistungserbringer und Patienten. Ein Beispiel hierfür sind die Landesgesundheitsfonds.<sup>70</sup> Ansonsten sind die Kammern der Ärzte und Apotheken bzw. die Pharmazeutische Gehaltskasse für Österreich und das Österreichische Hebammengremium als Körperschaften vertreten. Andere Verbände und deren Interessenvertreter haben kaum eine Chance an politischen Verhandlungen teilzunehmen (Hofmarcher, 2013).

### 3.2.3 Mikroebene

Zu den Individualakteuren auf Mikroebene gehören in Deutschland und Österreich – als auch in vielen anderen Staaten – u. a. Krankenkassen, Ärzte, Krankenhäuser, Versicherte bzw. Patienten und Unternehmen. Diese Akteure nehmen "Einfluss auf die Entstehung und Behandlung von Krankheiten" (Rosenbrock/Gerlinger, 2004, S. 15). So zählen z. B. Präventionsmaßnahmen von einzelnen Unternehmen, das Vermitteln von gesundheitsförderlichem Verhalten im Bildungsbereich und die Patientenbehandlungen von Ärzten zu Tätigkeitsfeldern auf der Mikroebene (Rosenbrock/Gerlinger, 2004, S. 15). All diese Tätigkeitsfelder und Akteure kommen im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen gleichermaßen vor und müssen deshalb hier nicht gesondert ausgeführt werden. Die einzelnen Akteure können sich in Form von Verbänden oder Kammern auf Mesoebene (Kapitel 3.2.2) an der Politikgestaltung beteiligen.

Staatliche Steuerungsversuche auf Mikroebene haben das Ziel, die kollektiven Akteure zu einem ausgaben- und mengenbegrenzenden Verhalten zu bewegen (Gerlinger, 2002, S. 7).

<sup>70</sup> Dies ist auch in weiteren Gremien der Fall, was die Organigramme der einzelnen Institutionen und Verhandlungsprotokolle zeigen.

Dazu verabschiedet der Staat Gesetze, die den Wettbewerb zwischen den Akteuren stärken<sup>71</sup>. Er dezentralisiert Aufgaben und überträgt finanzielle Verantwortung auf die Akteure.

Die Mikroebene ist insofern für die vorliegende Arbeit weniger von Bedeutung, da in die Diskussion um die Einführung von Gesetzen auf Bundesebene – und damit auch um die Einführung eines flächendeckenden elektronischen Kartensystems im Gesundheitswesen – vornehmlich staatliche Akteure (Makroebene) und verbandliche Akteure (Mesoebene) eingebunden sind. Die Akteure der Mikroebene sind eher bei Untersuchungen von Bedeutung, welche die Auswirkungen von Bundesgesetzen auf die einzelnen Akteure im Gesundheitssystem untersuchen (Groenewegen/Gress, 2000). Es wird allerdings in der vorliegenden Arbeit davon ausgegangen, dass die Interessenvertreter der Verbände u. a. ihre eigenen und die Interessen ihrer Mitglieder und somit auch die Interessen der Akteure auf Mikroebene vertreten. Außerdem vertreten Akteure der Mikroebene innerhalb ihrer Einbindung in Verbände auf Mesoebene ihre Interessen (Witt et al., 1996; Kohler-Koch, 1992; Bandelow, 2004a).

### 3.2.4 Zusammenführung

Kapitel 3.2 hat dargestellt, dass sowohl im deutschen als auch im österreichischen Gesundheitswesen Interdependenzen zwischen den drei Ebenen Makro-, Meso- und Mikroebene bestehen. Für gesundheitspolitische Reformen auf Bundesebene sind vor allem die Akteure und Strukturen der Makro- und Mesoebene von Bedeutung.

Im deutschen neokorporatistischen Gesundheitswesen finden politische Verhandlungen zu meist dezentralisiert und unter wettbewerblichen Bedingungen statt (Wettbewerbskorporatismus). Verbände und Kammern übernehmen in unterschiedlichen Konstellationen – z. B. innerhalb der gemeinsamen Selbstverwaltung – viele gesundheitspolitische Aufgaben. Der Staat legt die Rahmenbedingungen für die Verhandlungen der Akteure auf Mesoebene fest.

Im österreichischen Gesundheitswesen finden politische Verhandlungen zentralisierter statt – als in Deutschland. Es existiert weniger Wettbewerb und es gibt wenige etablierte aber starke Verbände bzw. Kammern (konservativer Korporatismus). Neue Verbände haben kaum eine Chance an gesundheitspolitischen Verhandlungen bzw. Entscheidungen teilzuhaben. Die "Systempartner" Bund, Länder und Sozialversicherung sind die stärksten Akteure im österreichischen Gesundheitswesen. Auch die "Sozialpartner" nehmen an gesundheitspolitischen Entscheidungen teil. Die Verbände der Leistungserbringer sind – im Vergleich zu Deutschland – schwächere Akteure im Gesundheitswesen.

Im deutschen als auch im österreichischen Gesundheitswesen kommen u. a. auf Grund der Vetospieler und unterschiedlichen Interessen weitreichende politische Veränderungen eher selten zustande (siehe hierzu Kapitel 4.2.2).

Neben den spezifischen Governance-Strukturen sind auch die jeweiligen Kartensysteme im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen Besonderheiten der beiden Gesundheitssysteme. Diese werden im Folgenden genauer dargestellt. Zuvor wird die europäische Krankenversichertenkarte als Teil der elektronischen Kartensysteme in Deutschland und Österreich beschrieben.

---

<sup>71</sup> Die wettbewerbliche Steuerung ist in Deutschland und Österreich divergent. Im deutschen Gesundheitswesen existiert ein Kassenwettbewerb. Die einzelnen Krankenkassen stehen im Kampf um ihre (Neu-) Mitglieder in direkter Konkurrenz zueinander (Kassenwahlfreiheit). In Österreich existiert keine freie Kassenwahl (siehe Kapitel 3.1).

### 3.3 Die europäische Krankenversicherungskarte und die elektronischen Kartensysteme in Deutschland und Österreich

Erste Grundlagenprojekte<sup>72</sup> im Bereich Telematik gab es seit den 90er Jahren. Diese hätten zu einer flächendeckenden Einführung von Kartensystemen avancieren können. Laut Stritzke und Eissing (2005) waren diese Systeme allerdings aus heutiger Sicht "für einen bundesweiten Einsatz nur bedingt sinnvoll" (Stritzke/Eissing, 2005; ähnlich schreibt Dietzel, 2000). Als Hauptgrund nennen die Autoren das in den Bundesdatenschutzgesetzen verbürgte informationelle Selbstbestimmungsrecht des Patienten. Dieses wurde von den Systemen nicht oder unzureichend beachtet. Auch die im Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) geforderte Verfügbarkeit und Vollständigkeit konnten die Systeme nicht gewährleisten, da die technischen Voraussetzungen hierfür noch nicht gegeben waren (Stritzke/Eissing, 2005). Außerdem waren die Projekte zu aufwendig und benutzerfern, "um einen Durchbruch im Gesundheitswesen anzustoßen" (Dietzel, 2000). Die Umsetzbarkeit eines nationalen Kartensystems war auch Ende der 90er Jahre noch nicht hinreichend begründet. Dennoch wurde in Österreich bereits 1999 und in Deutschland 2003 ein Gesetz erlassen, das die Einführung eines elektronischen Kartensystems im Gesundheitswesen festlegt. Beide Systeme werden in diesem Kapitel vorgestellt.

Im Folgenden wird zuerst die europäische Krankenversichertenkarte thematisiert, welche Teil der elektronischen Kartensysteme in Deutschland und Österreich ist. Anschließend werden das Kartensystem in Deutschland und daraufhin das Kartensystem in Österreich dargestellt. Es wird erläutert, welche Anwendungen in den jeweiligen nationalen Gesetzen festgelegt wurden und wie die tatsächliche Ausgestaltung der Kartensysteme derzeit (Januar 2015) aussieht. Diese Kenntnisse sind notwendig, um den Einführungsprozess der Kartensysteme in den beiden Gesundheitswesen nachvollziehen zu können.

#### 3.3.1 Die europäische Krankenversicherungskarte

Gemein haben alle europäischen Staaten die europäische Krankenversichertenkarte (EKVK, oder European Health Insurance Card bzw. EHIC). Die EKVK erhält jede Person, die über ein staatliches System der sozialen Sicherheit in einem EU-Mitgliedstaat, Island, Liechtenstein, Norwegen oder der Schweiz versichert ist, kostenlos. Wer im Besitz der Karte ist, hat während eines vorübergehenden Aufenthalts in einem der 28 EU-Länder – sowie in Island, Liechtenstein, Norwegen und der Schweiz – Anspruch auf medizinisch notwendige Leistungen des öffentlichen Gesundheitswesens. Diese Leistungen bekommt jeder, der im Besitz der Karte ist, zu denselben Bedingungen und Kosten – in einigen Ländern kostenlos – wie die Versicherten des jeweiligen Landes. Ausgestellt wird die Karte von den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung. Diese sind in den einzelnen Staaten für die Ausstellung und Vergabe der Karten in ihrem Gebiet verantwortlich (EU, 2014 und 2014a)<sup>73</sup>. Grundlage der EKVK ist der Beschluss der EU-Verwaltungskommission, der am 27. Oktober 2003 im Amtsblatt der EU veröffentlicht wurde. Der Beschluss regelt die Gestaltung der EHIC. Die Karte ersetzt die Vordrucke E 111<sup>74</sup> (Bescheinigung auf Papier) und wird nach dem Beschluss der EU-

<sup>72</sup> Die Grundlagenprojekte nennen sich Cobra-3, DOXX, CHIN-OWL, PaDok und VCS (Stritzke/Eissing, 2005).

<sup>73</sup> Jede Person, die die EKVK erhalten möchte, muss sich bei ihrer örtlichen Krankenkasse über das Vorgehen im eigenen Land informieren.

<sup>74</sup> Im Laufe der Zeit sollen in allen Staaten folgende andere Vordrucke durch die Europäische Krankenversicherungskarte ersetzt werden: E110 – für das internationale Verkehrswesen; E119 – für die Arbeitssuche; E128 – für Studium und für die Entsendung von Arbeitnehmern in ein anderes Land (EU, 2003). In Deutschland ersetzt die EKVK bereits diese Formulare (Euro-Informationen Berlin, 2014).



Verwaltungskommission seit dem 1. Juni 2004 in den Mitgliedstaaten der EU ausgegeben (EU, 2003).

Die EKVK wurde in allen genannten Staaten verpflichtend eingeführt. Die genaue Art und Weise der Ausgabe wurde allerdings den Mitgliedstaaten selbst überlassen (EU, 2014a). So wird in Netzsystemen, wie in Großbritannien, die EKVK für jeden Einwohner eigens erstellt, der ins Ausland reisen möchte (nähere Informationen unter EU, 2014a bzw. den Verlinkungen auf der Seite zu den nationalen Kontaktstellen). In den Staaten mit eingeführten Kartensystemen – so auch in Deutschland und Österreich – ist die EKVK automatisch auf der Rückseite der jeweilig national gültigen elektronischen Gesundheitskarten installiert bzw. aufgedruckt. Sie muss deshalb nicht eigens beantragt werden (Für Deutschland: Euro-Informationen Berlin, 2014; für Österreich: SV, 2015e).

### 3.3.2 Die elektronische Gesundheitskarte in Deutschland

In Deutschland wurde die Idee der eGK maßgeblich im BMG entwickelt (siehe hierzu Kapitel 7.4.1.1). Die Einführung eines nationalen elektronischen Kartensystems wurde später durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) vom 14.11.2003 im Bundestag unter der rot-grünen Bundesregierung (Koalition aus SPD und Bündnis 90/Die Grünen) beschlossen. Das GMG bildet somit die rechtliche Grundlage für die eGK (einschließlich notwendiger Telematikinfrastruktur). Die GMG-Endfassung schreibt die Einführung der eGK bzw. des elektronischen Kartensystems in Deutschland bis spätestens zum 1. Januar 2006 vor. Laut der Endfassung vom November 2003 wird das Kartensystem "zur Verbesserung von Wirtschaftlichkeit, Qualität und Transparenz der Behandlung" eingeführt (GMG, § 291a SGB V).

Die eGK wird als Krankenversichertenkarte der 2. Generation eingesetzt. Sie löst die bestehende Krankenversichertenkarte (KVK) ab, die am 1. Januar 1995 eingeführt wurde. Die KVK ist eine Speicherchipkarte. Die neue eGK ist eine mikroprozessorgestützte Karte.<sup>75</sup> Der Prozessor-Chip gewährt eine höhere Speicherkapazität und es sind mehr Anwendungen möglich. Die KVK wird im Gegensatz zur eGK nicht als elektronisches Kartensystem bezeichnet, weil sie keine mikroprozessorgestützte Karte ist. Die Daten auf der KVK sind im Gegensatz zu denen auf der eGK nicht verschlüsselt und verfügen nicht über einen speziellen Zugangsschutz (Gematik, 2015; BMG, 2014).

Die eGK wird jedem Bürger, der gesetzlich versichert ist, von seiner jeweiligen gesetzlichen Krankenkasse ausgegeben. Für die privaten Krankenkassen ist die Ausgabe der eGK freiwillig.

#### Funktionen/Anwendungen der eGK

Die eGK ist mit verschiedenen Funktionen bzw. Anwendungen ausgestattet. Der Pflichtteil<sup>76</sup> beinhaltet zuerst nur rein administrative Daten (GMG; § 291a SGB V). Im Pflichtteil werden folgende Versichertendaten auf der eGK gespeichert:

- Bezeichnung der ausstellenden Krankenkasse
- Familienname und Vorname des Versicherten

<sup>75</sup> Als elektronische Gesundheitskarten werden mikroprozessorgestützte Karten bezeichnet, die mit einem Prozessor-Chip mit Betriebssystem ausgestattet sind (Gematik, 2014; BMG, 2014 und siehe Kapitel 2.3).

<sup>76</sup> Diese Daten müssen auf jeder eGK gespeichert sein. Das ist gesetzlich vorgeschrieben.

- Geburtsdatum
- Geschlecht
- Anschrift
- Krankenversicherungsnummer
- Versichertenstatus
- Zuzahlungsstatus
- Tag des Beginns des Versicherungsschutzes
- bei befristeter Gültigkeit der Karte das Datum des Fristablaufs

Außer der Angabe des Geschlechts und des Zahlungsstatus waren alle genannten Stammdaten des Karteninhabers bzw. Patienten bereits auf der KVK enthalten. Als Neuerung beinhaltet der Pflichtteil der eGK ein Lichtbild des Versicherten (GMG, § 291a SGB V). Das Lichtbild soll einen Beitrag zur Verhinderung einer missbräuchlichen Nutzung der eGK leisten (BMG, 2014). Zudem beinhaltet die eGK auf ihrer Rückseite die EKVK (Gematik, 2015a).

Der Gesetzgeber hat durch das GMG überdies beschlossen, dass auf der eGK auch medizinische Informationen gespeichert werden sollen. Diese Daten sind datenschutzrechtlich begründet freiwillig (GMG, § 291a SGB V). Die Karte soll das Erheben, Verarbeiten und Nutzen der medizinischen Daten unterstützen (GMG, § 291a SGB V). Bislang (Stand Januar 2015) befindet sich diese Anwendung allerdings erst in Vorbereitung (Gematik, 2015c). Zuständig für die Vorbereitung bzw. für die Erstellung der für die Anwendungen nötigen Konzepte und Spezifikationen sowie für die Tests der Anwendungen, ist die Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte GmbH (Gematik).<sup>77</sup> Die Gematik wurde am 11.01.2005 als Betriebsorganisation der gemeinsamen Selbstverwaltung<sup>78</sup> in Berlin gegründet (Telemedizinführer Deutschland, 2014; Gematik, 2015b).<sup>79</sup> Sie übernimmt vielfältige Aufgaben bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte einschließlich der hierfür nötigen Telematikinfrastruktur. Die Gesellschafter der Gematik sind der GKV-Spitzenverband als Vertreter der Kostenträger, genauso wie die BÄK, die BZÄK, die ABDA, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), die KBV und die KZBV – als Vertreter der Leistungserbringer.

Derzeit (Stand Januar 2015) plant die Gematik für den freiwilligen Teil der Datenspeicherung, auf der eGK notfallrelevante Informationen zu speichern. Zu diesen zählen "bestehende Medikationen, Allergien, Arzneimittelunverträglichkeiten, aber auch Informationen zu Schwangerschaft, Implantaten ... (sowie der) Hinweis auf das Vorhandensein einer Patientenverfügung und/oder einer Organspendeerklärung". Dieser Notfalldatensatz soll auf dem Mikroprozessor der Karte gespeichert werden (Notfalldatenmanagement bzw. NFDm).

In Vorbereitung steht zudem die elektronische Kommunikation der Leistungserbringer (KOM-LE). Ziel der Anwendung ist, dem Leistungserbringer – z. B. Ärzte, Zahnärzte oder Therapeuten – eine sichere Möglichkeit zu gewährleisten, elektronische Dokumente – wie den elektronischen Arztbrief – an andere Leistungserbringer zu versenden, sowie die Dokumente von den Kollegen zu empfangen (Gematik, 2015c).

Ferner soll die qualifizierte elektronische Signatur (QES) als Anwendung auf der eGK eingeführt werden. Durch diese Signatur können Dokumente rechtsgültig elektronisch versendet werden. Die QES soll z. B. gewährleisten, dass der elektronisch versendete Arztbrief die glei-

<sup>77</sup> Gründung, Existenz und Zweck der Gematik basieren auf den gesetzlichen Grundlagen nach § 291b SGB V.

<sup>78</sup> Als gemeinsame Selbstverwaltung im Gesundheitswesen werden Leistungserbringer und Kostenträger bezeichnet, die staatliche Aufgaben vom Gesetzgeber übertragen bekommen und diese unter gesetzlicher Aufsicht ausführen (mehr dazu in Kapitel 3.2.2.1).

<sup>79</sup> Die Gematik löste den zuvor vom Gesetzgeber initiierten und für die eGK temporär zuständigen Zusammenschluss Protego (Projekt für Telematik der Gesundheitsorganisationen) ab (Telemedizinführer, 2014).

che rechtliche Stellung wie das händisch unterschriebene und auf dem Postweg versendete Papierdokument erhält (BÄK, 2014, S. 7f).

Auch die elektronische Fallakte (eFallakte) ist in Vorbereitung. Auf der eGK soll eine gemeinsam geführte Falldokumentation für Ärzte entstehen. Jeder Arzt hält dort die Behandlung des Patienten/Kartenbesitzers fest. Andere – den Patienten behandelnde Ärzte – können die Akte einsehen und evtl. ergänzen. So können die Leistungserbringer räumlich und zeitlich getrennt voneinander gemeinsam einen Patienten behandeln.

Darüber hinaus bereitet die Gematik das Deutsche Elektronische Meldesystem für Infektionsschutz (DEMIS) vor. "Diese Anwendung stellt – zusätzlich zum bestehenden Papierprozess – ein elektronisches Meldesystem für meldepflichtige Infektionskrankheiten dar. Hierbei soll die Weitergabe von Fallmeldungen an die zuständigen Behörden (Gesundheitsämter, Robert-Koch-Institut) und die Kommunikation zwischen den beteiligten Stellen vereinfacht werden" (BÄK, 2014, S. 8).

Zudem sollen der verordnende Arzt und der dispensierende Apotheker mit Hilfe der Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfung (AMTS) einen Überblick über die Medikation des Patienten erhalten. So können unerwünschte Wechselwirkungen vermieden werden.<sup>80</sup>

Als letzte Anwendung ist derzeit die elektronische Organspendeerklärung (OSE) geplant. Der Patient kann dadurch seine Erklärung in elektronischer Form auf der eGK festhalten (BÄK, 2014, S. 8).

Ursprünglich war vom Gesetzgeber nach § 291a SGB V vorgesehen, das elektronische Rezept (eRezept) als Anwendung der eGK einzuführen. Diese Anwendung ist derzeit nicht mehr in Planung. Als Grund dafür nennt die BÄK (BÄK, 2014, S. 8) die "inakzeptablen Testergebnisse(n) der ersten Erprobungsphase". Auch die elektronische Patientenakte (ePatientenakte) sollte nach § 291a SGB V eingeführt werden. Doch auch die Akte ist derzeit nicht mehr in Planung. Die Institute Fraunhofer FOKUS und Fraunhofer SIT arbeiten dennoch im Rahmen eines vom BMG geförderten Forschungsprojektes an der Anwendung (BÄK, 2014, S. 8).

Die ursprünglich von der Regierung geforderten Anwendungen (GMG, § 291a SGB V) sind bislang (Stand Januar 2015) nicht vollständig durch die eGK umgesetzt worden. Vor allem die medizinischen Funktionen wurden nicht, wie von der Regierung im GMG festgelegt, bis Januar 2006 oder bis zum jetzigen Zeitpunkt (Januar 2015) umgesetzt. Eine eGK besitzt mittlerweile zwar annähernd jeder gesetzlich Versicherte, die Ausgabe der Karten – die ursprünglich für 2006 geplant war – hat sich allerdings um einige Jahre verzögert. Im Jahr 2014 hatten noch immer nicht alle gesetzlich Versicherten eine eGK. Bis einschließlich 2014 war deshalb auch noch die alte KVK gültig. "Ab dem 1. Januar 2015 gilt ausschließlich die elektronische Gesundheitskarte als Berechtigungsnachweis für die Inanspruchnahme von Leistungen beim Arzt und beim Zahnarzt" (IKK, 2014).

### **Zugriffsmechanismus und Datensicherheit der eGK**

Datenschutz- und Sicherheitsaspekte spielen bei der Einführung der eGK – einschließlich zugehöriger Telematikinfrastruktur – eine zentrale Rolle (BMG, 2014). Die eGK unterscheidet das reine Lesen der Information und das Verändern bzw. Schreiben von Daten. Nicht jeder ist befugt, beides zu tun (BMG, 2014). Die reinen Versicherungsdaten können ohne PIN aus der eGK ausgelesen werden. Einige Stammdaten sind bereits auf der Karte bzw. Kartenrückseite

<sup>80</sup> Auf der eGK sollen dabei neben den verschreibungspflichtigen Präparaten zudem Informationen über frei verkäufliche Medikamente einzusehen sein (BÄK, 2014, S. 8).

sichtbar. Die weiter oben bereits beschriebenen medizinischen Informationen können nur durch das Zwei-Schlüssel-Prinzip, d. h. in Anwesenheit der eGK und des Heilberufsausweises mit Eingabe der PIN ausgelesen bzw. verändert werden. Jeder Leistungserbringer, der auf die medizinischen Daten einer eGK zugreifen will, benötigt einen gültigen Heilberufsausweis (HBA oder HPC)<sup>81</sup> und ein entsprechendes Kartenlesegerät<sup>82</sup> (Paland/Riepe 2005, S. 626; BMG, 2014a). Nur mit diesem elektronischen Arztausweis können die Leistungserbringer die medizinischen Anwendungen der eGK nutzen. Der HBA "ist somit die Eintrittskarte in die Telematikinfrastruktur des Gesundheitswesens" (BÄK, 2014a).

### Kosten der eGK

Die Kosten für die Einführung des eGK-Systems übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen und somit die Beitragszahler. Die bislang tatsächlichen Aufwendungen, sind schwer zu ermitteln. Es sind unterschiedliche Zahlen veröffentlicht worden. Im Jahr 2013 und in der ersten Hälfte des Jahres 2014 hieß es, die Einführung des elektronischen Kartensystems würde ca. 728 Millionen Euro kosten (Spiegel online, 2014; Die Welt, 2013). Im November 2014 antwortete die Bundesregierung auf eine Anfrage der Linksfraction zu den Kosten der eGK. Daraus geht hervor, dass die Einführung des eGK-Systems den Kassen bis 2015 rund eine Milliarde Euro kostet. Anschließend sollen 2015 weitere 200 Millionen Euro auf der Kostenseite hinzukommen (Ärztezeitung, 2014).

### 3.3.3 Die E-Card in Österreich

Das Gesetz zur Einführung der E-Card – einschließlich zugehöriger Telematikinfrastruktur – in Österreich wurde maßgeblich im HV entwickelt (siehe hierzu Kapitel 7.4.2.1). Im Rahmen eines SOLL-Konzeptes sollten die Mitarbeiter des Hauptverbandes eine Kosten-Nutzen-Rechnung als Entscheidungsgrundlage erstellen und Grundlagen des Zielsystems liefern, die zu einem späteren Zeitpunkt durch ein Gesetz geregelt werden können.<sup>83</sup> Den „quasi-rechtlichen“ Rahmen für die Vorbereitungen zur Einführung des Kartensystems bildete eine EntschlieÙung des Nationalrates vom 29. November 1996, auf der Basis des Ausschussberichtes 465 BlgNR XX GP, welcher die Schaffung der Grundlagen bis 1. Januar 1998 vorsah. Eine „EntschlieÙung des Nationalrates“ ist aber lediglich eine Absichtserklärung ohne rechtliche Bindungswirkung, was damals jedoch als ausreichende Grundlage für das weitere Handeln des HV angesehen wurde. Das entsprechende Gesetz zur Einführung eines nationalen elektronischen Kartensystems wurde im Nationalrat unter der Regierung aus SPÖ und ÖVP im Rahmen des 172. Bundesgesetzes bzw. der 56. ASVG-Novelle (ASVG = Allgemeines Sozialversicherungsgesetz) am 16.07.1999 beschlossen. Die 56. ASVG-Novelle bildet somit die rechtliche Grundlage für die E-Card in Österreich. Die Novelle schreibt die Einführung der E-Card bis spätestens 30 Monate nach Inkrafttreten der 56. Novelle vor (56. Novelle zum ASVG,

<sup>81</sup> Der HBA ist wie die eGK mit einem Mikroprozessorchip ausgestattet. Dieser hat die Funktionen Authentifikation (elektronische Identitätsprüfung gegenüber technischer Systeme), digitale Signatur (im Sinne des deutschen Signaturgesetzes - SigG) und Ver-/Entschlüsselung (BÄK, 2014a).

<sup>82</sup> Alle Leistungserbringer wurden mit den – von den gesetzlichen Krankenkassen finanzierten – Kartenlesegeräten ausgestattet (BMG, 2014a). Die Leistungserbringer können die Patientendaten nur einsehen oder verändern, wenn sie die eGK und den HBA in das Kartenlesegerät einstecken (BKK, 2014).

<sup>83</sup> Diese Vorarbeiten für ein E-Card-System fanden ohne gesetzliche Deckung statt, da es Aufgabe des SOLL-Konzeptes u. a. war, a) eine Kosten-Nutzen-Rechnung als Entscheidungsgrundlage zu erstellen und b) Grundlagen des Zielsystems zu liefern, die dann durch ein Gesetz geregelt werden können.

§ 31c.).<sup>84</sup> Laut der Novelle dient die Karte der "Effizienzsteigerung der Verwaltungsabläufe zwischen allen an der Vollziehung der Sozialversicherung beteiligten Personen". Des Weiteren sollen Arbeitsplätze geschaffen, Leistungsanbieter entlastet und die Wettbewerbsfähigkeit österreichischer Unternehmen weltweit verbessert werden (56. Novelle zum ASVG, Vorblatt). Die E-Card ersetzt "alle Arten des (bisher genutzten) Krankenscheins<sup>85</sup> (Krankenkassenschecks, Behandlungsscheine, Patientenscheine, Arzthilfescheine)" (56. Novelle zum ASVG, § 31c.). Die E-Card ist wie die eGK eine mikroprozessorgestützte Karte (SV, 2015). Somit wurde in Österreich – anders als in Deutschland – der Krankenschein direkt mit einer mikroprozessorgestützten Karte abgelöst.<sup>86</sup> Die Daten auf der E-Card sind verschlüsselt und verfügen über einen speziellen Zugangsschutz (SV, 2015a).

Die E-Card wird den Versicherten von dem zuständigen Krankenversicherungsträger ausgegeben. "Ist kein zuständiger Krankenversicherungsträger vorhanden, so sind die Chipkarten von der Gebietskrankenkasse jenes Landes auszustellen, in dem sie voraussichtlich hauptsächlich verwendet werden" (56. Novelle zum ASVG, § 31b.).

### Funktionen/Anwendungen der E-Card

Die E-Card ist mit verschiedenen Funktionen bzw. Anwendungen ausgestattet. Die 56. Novelle zum ASVG (§ 31a und c) schreibt die Einführung folgender Anwendungen vor:

- Angaben zur Person, für die die Chipkarte ausgestellt wurde:
  - Namen, Geburtsdatum, Geschlecht
  - Versicherungsnummer (§ 31 Abs. 4 Z 1)
- Bezeichnung des Chipkartenausstellers, Datum der Ausstellung und Chipkartennummer samt Gültigkeitskennzeichnung
- Angaben betreffend Ansprüche gegenüber dem zuständigen Versicherungsträger
- Bezeichnung der in Anspruch genommenen Vertragspartnergruppe
- Angaben über Rezeptgebührenbefreiungen auf Dauer

Im Gegensatz zum GMG in Deutschland, schreibt das Gesetz in Österreich zur "Gewährleistung von Datenschutz und Datensicherheit" (56. Novelle zum ASVG, Erläuterungen) vor, welche Anwendungen die österreichischen Chipkarten keinesfalls enthalten dürfen (56. Novelle zum ASVG, § 31a). Zu diesen zählen:

- Diagnosen und andere Gesundheitsdaten;
- Einkommens- und Vermögensdaten;
- Personenstandsdaten, die über die in Abs. 3, Z. 1 genannten Daten hinausgehen

Die E-Card wurde im Jahr 2005 schrittweise an alle sozialversicherten Österreicher ausgegeben. Seit 2006 hat jeder gesetzlich versicherte Österreicher eine elektronische Patientenkarte (Hofmarcher/Rack, 2006, S. 182). Seither enthält die Chipkarte E-Health-Anwendungen. Zu diesen gehören beispielsweise "die automatisierte Genehmigung von chefarztpflichtigen Rezepten (Arzneimittel-Bewilligungs-Service, kurz ABS) und die elektronische Arbeitsunfähigkeitsmeldung". Die Österreichische Sozialversicherung bereitet zusätzlich die elektronische Überweisung sowie die elektronische Medikation (eMedikation) zur elektronischen Überprü-

<sup>84</sup> In den Erläuterungen zum Gesetz steht zudem, dass der "Ersatz des Krankenscheines durch die Sozialversicherungs-Chipkarten spätestens zweieinhalb Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes" geschehen soll (6. Novelle zum ASVG, Erläuterungen).

<sup>85</sup> Versicherungsnachweis auf Papier

<sup>86</sup> In Deutschland wurde der Krankenschein von der KVK – also einer Speicherchipkarte – abgelöst. Später wurde die KVK mit der eGK – einer mikroprozessorgestützten Karte – ersetzt.

fung von Wechselwirkungen bei Arzneimitteln vor. Beide Anwendungen werden derzeit (Stand Januar 2015) durch Pilotprojekte getestet (SV, 2015a).

Ferner ermöglicht die E-Card seit Anfang 2008 durch die Anwendung "Bürgerkartenfunktion" den Zugang zu Leistungen des E-Government (SV, 2015a; A-SIT Zentrum für sichere Informationstechnologie, 2015). Jeder Versicherte hat die Möglichkeit auf seiner E-Card die Anwendung "Bürgerkartenfunktion" aufbringen zu lassen. Der Versicherte kann seine Chipkarte selbst aktivieren und sie in Verbindung mit der Handy-Signatur als rechtsgültige elektronische Unterschrift im Internet nutzen. "Das Handy und die aktivierte E-Card werden somit zum virtuellen Ausweis, mit dem ... Dokumente oder Rechnungen digital" unterzeichnet werden können (A-SIT Zentrum für sichere Informationstechnologie, 2015). Damit kann der Versicherte Amtswege über das Internet erledigen und somit zeitintensive Behördengänge vermeiden. Beispielsweise kann die Wahlkarte für die Europawahl mit der E-Card mit Bürgerkartenfunktion beantragt werden (mehr dazu unter A-SIT Zentrum für sichere Informationstechnologie, 2015).

Auf der E-Card sind derzeit nur die administrativen Daten des Karteninhabers gespeichert. Die Chipkarte dient dem Inhaber zudem als Zugang zu Dienstleistungen und Daten (SV, 2015b). Medizinische Daten werden auf der Karte nicht gespeichert. Allerdings verfügt die E-Card "über ausreichende Speicherreserven für künftige Anwendungen" (SV, 2015b). Es ist geplant, auf freiwilliger Basis weitere Anwendungen auf der E-Card zu installieren. Zu diesen zählt die Speicherung von Notfalldaten. Die tatsächliche Einführung der weiteren Anwendungen ist wegen technischer und datenschutzrechtlicher Fragen noch nicht genehmigt bzw. umgesetzt worden (Souhrada, 2005, S. 194). Dementsprechend ist die Implementation des elektronischen Kartensystems in Österreich – wie die in Deutschland – noch nicht vollständig abgeschlossen.

Derzeit ist außerdem geplant, dass die E-Card Schlüsselkarte für den Zugriff auf ELGA-Daten sein wird. Ab 2015 wird in Österreich die elektronische Gesundheitsakte (ELGA) eingeführt.<sup>87</sup> Bis Mitte 2016 ist die Implementation der Akte in öffentlichen Spitälern geplant und erst anschließend sollen auch die niedergelassenen Ärzte und Apotheken die ELGA-Funktionen nutzen können (ELGA/BMG, 2014). ELGA ist ein Informationssystem, das allen Leistungsanbietern und Patienten den orts- und zeitunabhängigen Zugang zu Gesundheitsdaten ermöglicht. ELGA ist kein zentraler Datenspeicher. Die Akte vernetzt lediglich die für ELGA bereitgestellten Dokumente. Die Dokumente werden weiterhin – wie bis dato – in den jeweiligen Gesundheitseinrichtungen gespeichert (mehr dazu unter ELGA, 2014). Zur Realisierung der elektronischen Gesundheitsakte ELGA wurde die ELGA GmbH mit Beschluss vom 20. November 2009 gegründet. Die Eigentümer der ELGA GmbH sind der Bund, die Länder und die Sozialversicherung. "Diese Gesellschafter repräsentieren (wie bereits in Kapitel 3.2 erläutert) die maßgeblichen Entscheidungs- und Kostenträger im österreichischen Gesundheitswesen" (ELGA, 2014a). Ferner ist die SV-Chipkarten Betriebs- und Errichtungsgesellschaft (SVC) 2001 als Tochter des HV gegründet worden, um die Einführung, den Betrieb und die Weiterentwicklung des elektronischen Verwaltungssystems für den gesamten Vollzugsbereich der Sozialversicherung gemäß den Bestimmungen der §§ 31a ff. ASVG zu gewährleisten (SVC, 2014).

<sup>87</sup> Seit Anfang 2014 existiert die ELGA-Widerspruchsstelle. Sie bietet den Patienten nach dem "Opt-out-Prinzip" die Möglichkeit, die Teilnahme an ELGA zu verweigern (ELGA, 2014).

### Zugriffsmechanismus und Datensicherheit der E-Card

Auch in Österreich spielt das Thema Datenschutz bzw. Sicherheitsaspekte eine zentrale Rolle (SV, 2015b). Einige Stammdaten sind bereits auf der Karte bzw. Kartenrückseite sichtbar. Diese und alle anderen administrativen Daten sind durch eine spezielle Verschlüsselungstechnik ("Zwei-Schlüssel-Prinzip") geschützt. Jeder Leistungserbringer, der die Daten des Patienten einsehen möchte, benötigt einen zweiten "Schlüssel" in Form einer Berechtigungskarte. Diese Karte nennt sich in Österreich Ordinationskarte<sup>88</sup> (SV, 2015a). Weiterhin muss ein Kartenlesegerät installiert sein, in das beide Karten zum Auslesen der Information eingeführt werden (SV, 2015d).

### Kosten der E-Card

Die Kosten für die Einführung des E-Card-Systems übernehmen die Sozialversicherung und der Bund. Darüber hinaus übernahm die Industrie ca. 22 Millionen Euro als einmalige Aufwendung (Otter, 2001, S. 10). Die veröffentlichten Zahlen über die Gesamtkosten der Einführung der E-Card weichen teilweise deutlich voneinander ab. Laut den österreichischen Verwaltungseinrichtungen, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen und Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, betragen die Kosten für die Einführung der E-Card (ohne ELGA) 130 Millionen Euro (BMGF/BMSG, 2006). Die Einführung von ELGA – als Teil des E-Card-Systems – wird laut BMG bis 2017 weitere 130 bis 135 Millionen Euro kosten (Initiative ELGA, 2014; Kurier AT, 2014).

Des Weiteren muss jeder Chipkartenbesitzer einmal im Jahr ein Service-Entgelt von ca. 10 Euro<sup>89</sup> gemäß § 31c Abs. 3 Z. 1 ASVG leisten. Dieses muss der Dienstgeber jährlich zum 15.11. für die zu diesem Stichtag bei ihm in einem Dienstverhältnis stehenden Personen über die Lohnabrechnung einbeziehen.<sup>90</sup> Anschließend muss er es an den Krankenversicherungsträger abführen. Selbständige müssen das Service-Entgelt mit den üblichen Sozialversicherungsbeiträgen abführen. "Für das Jahr 2016 ist am 15.11.2015 ein Service-Entgelt in Höhe von EUR 10,85 fällig" (SV, 2015c).

### 3.3.4 Zusammenfassung – Vergleich der eGK und der E-Card

Im Folgenden werden die elektronischen Kartensysteme in Deutschland und Österreich gegenüber gestellt (Tabelle 5).

#### Einführung der elektronischen Kartensysteme

In Österreich wurde das Gesetz zur Einführung der E-Card 1999 verabschiedet – ca. vier Jahre vor dem Gesetz zur Einführung der eGK in Deutschland (2003). Die Einführung beider Kartensysteme geschah anschließend verzögert. Die elektronische Patientenkarte in Österreich wurde ab 2005 flächendeckend ausgegeben. Jeder gesetzlich versicherte Österreicher besitzt

<sup>88</sup> Die Ordinationskarte ist wie die E-Card mit einem Mikroprozessor ausgestattet. Dieser hat Signaturfunktionen. Zudem sind auf der Ordinationskarte – wie bei der E-Card – Signaturapplikationen für die Bürgerkarte angelegt (SV, 2015d).

<sup>89</sup> Dieser Betrag ersetzt die frühere „Krankenscheingebühr“.

<sup>90</sup> Von dem Service-Entgelt befreit sind geringfügig Beschäftigte, Dienstnehmer, die am 15.11. keine Bezüge erhalten, sowie Personen, von denen bekannt ist, dass sie bereits im ersten Quartal des nachfolgenden Kalenderjahres wegen Pensionsantritt von der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung abgemeldet werden (SV, 2015c).

seit 2006 eine E-Card (Hofmarcher/Rack, 2006, S. 182). Allerdings ist die Implementation des E-Card-Systems noch nicht abgeschlossen. Z. B. wird ELGA als Teil des E-Card-Systems noch bis voraussichtlich 2016 implementiert (ELGA/BMG, 2014). Die eGK wurde erst ab 2011 flächendeckend eingeführt (KBV, 2011). Erst ab Januar 2015 ersetzt die eGK endgültig die alte KVK (IKK, 2014). Die im GMG festgelegten medizinischen Anwendungen sind allerdings zu diesem Zeitpunkt noch nicht verfügbar.

Es kann konstatiert werden, dass die flächendeckende Ausgabe der E-Card in Österreich knapp sieben Jahre nach der gesetzlichen Verabschiedung vollzogen wurde, während die eGK in Deutschland erst fast zwölf Jahre nach der gesetzlichen Verabschiedung jeder gesetzlich Versicherte besitzt. Die Implementation der zur eGK bzw. E-Card gehörenden Architekturen bzw. Anwendungen ist in beiden Staaten derzeit (Januar 2015) nicht abgeschlossen.

### **Funktionen/Anwendungen**

In Österreich und Deutschland unterscheiden sich die durch das jeweilige nationale Gesetz im Zuge der Einführung der elektronischen Kartensysteme geplanten Anwendungen. In Österreich war zu Beginn ausschließlich die Speicherung administrativer Daten auf der Karte geplant, während in Deutschland bereits im GMG die Speicherung medizinischer Anwendungen auf freiwilliger Basis vorgesehen war. Derzeit (Stand Januar 2015) sind alle beabsichtigten administrativen Daten auf der eGK und der E-Card als Anwendungen vorhanden. In Deutschland ist die im GMG geplante Speicherung medizinischer Daten bislang nicht umgesetzt. Die Speicherung medizinischer Daten (auf freiwilliger Basis) wird in Deutschland noch vorbereitet. In Österreich wurde die Speicherung medizinischer Daten durch die 56. Novelle zum ASVG sogar ausdrücklich untersagt. Mittlerweile wird die (freiwillige) Speicherung solcher Daten (z. B. Notfalldaten) in Erwägung gezogen. Die ursprünglich in Deutschland geplante Einführung einer ePatientenakte wurde dort nicht realisiert und steht auch derzeit nicht in Planung. In Österreich war die Einführung einer elektronischen Gesundheitsakte anfänglich nicht geplant, wird aber dort nun eingeführt (ELGA). Die E-Card in Österreich kann auch für nicht-gesundheitliche Dienste in Anspruch genommen werden. Hierzu wurde die Bürgerkartenfunktion eingerichtet. Eine derartige Anwendung war und ist in Deutschland nicht im Gespräch (näheres dazu in Kapitel 7).

Insgesamt kann festgehalten werden, dass in Österreich nach der gesetzlichen Einführung der E-Card mehr Anwendungen diskutiert und eingeführt wurden/werden, als ursprünglich im Gesetz vorgesehen. In Deutschland sind dagegen einige im Gesetz zur Einführung der eGK vorgesehenen Anwendungen noch immer nicht eingeführt, bzw. werden teilweise auch nicht mehr diskutiert (ePatientenakte). Obwohl die national gültigen Gesetze zur Einführung der elektronischen Kartensysteme in Deutschland und Österreich jeweils unterschiedliche Anwendungen vorsahen, ist der derzeitige Stand der implementierten Anwendungen in beiden Staaten ein Ähnlicher. In beiden Staaten sind administrative Anwendungen verfügbar, während die medizinischen Anwendungen noch in Planung sind.

### **Für die Einführung der Kartensysteme zuständige Akteure**

In Deutschland ist die Gematik für die Einführung des elektronischen Kartensystems verantwortlich. Die Gesellschafter und damit die verantwortlichen Akteure sind ausgewählte Verbände der Leistungserbringer und Kostenträger bzw. die gemeinsame Selbstverwaltung im Gesundheitswesen. Das Pendant zur Gematik in Deutschland, sind in Österreich die ELGA



GmbH und die SVC. In diesen beiden Einrichtungen sind keine Leistungserbringer Entscheidungsträger. In Österreich sind Akteure aus dem Bund, den Ländern und dem HV die Gesellschafter der ELGA GmbH und die Akteure aus dem HV zusätzlich für die SVC zuständig. Entscheidungsbefugnisse bei der Implementation und Weiterentwicklung des elektronischen Kartensystems haben somit in Deutschland die gemeinsame Selbstverwaltung und in Österreich die "Systempartner" Bund, Länder und Sozialversicherung.

### **Zugriffsmechanismus und Datensicherheit**

In beiden Staaten wird die Bedeutung des Datenschutzes und der Datensicherheit ständig von allen Akteuren hervorgehoben. Der Zugriffsmechanismus ist in Deutschland und Österreich annähernd gleich. In beiden Staaten erfolgt der Zugriff auf die Daten über ein "Zwei-Schlüssel-System" (eGK und HBA in Deutschland bzw. E-Card und Ordinationskarte in Österreich).

### **Kosten**

Während die Kosten für die Einführung der eGK ausschließlich von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden, teilen sich in Österreich die Sozialversicherung und der Bund die Kosten für die Einführung der E-Card. Auch die Industrie musste in Österreich eine einmalige Pflichtabgabe leisten.<sup>91</sup> Darüber hinaus zahlt in Österreich jeder Bürger jährlich ein Service-Entgelt für die E-Card. Dieses müssen die Karteninhaber in Deutschland nicht leisten. Die Kosten für die Einführung des Kartensystems in Deutschland sind höher als die für die Einführung des Systems in Österreich. Dies liegt nicht zuletzt daran, dass die Bevölkerungsanzahl bzw. die Anzahl der gesetzlich Versicherten und der Arztpraxen in Deutschland größer ist als selbige in Österreich. Somit mussten in Deutschland erheblich mehr elektronische Gesundheitskarten produziert werden als in Österreich. Außerdem musste in Deutschland mehr Hardware und Software in den Praxen implementiert werden, als in Österreich. Die Hard- und Software ist Teil der Telematikinfrastruktur, die zur Nutzung der eGK bzw. E-Card nötig ist.

---

<sup>91</sup> In Deutschland ist die Industrie auf freiwilliger Basis auch in Vorleistung gegangen (siehe Kapitel 7.2).

Tabelle 5: Gegenüberstellung: EGK und E-Card

	<b>eGK (Deutschland)</b>	<b>E-Card (Österreich)</b>
<b>Gesetzliche Einführung</b>	2003 (GMG)	1999 (56. ASVG-Novelle)
<b>Ausgabe der elektronischen Karten an die gesetzlich Versicherten</b>	2011-2015	2005-2006
<b>Im Gesetz festgelegte Anwendungen</b>	Speicherung administrativer Daten und medizinischer Daten	Speicherung administrativer Daten
<b>Bislang eingeführte Anwendungen</b>	Speicherung administrativer Daten	Speicherung administrativer Daten; Bürgerkartenfunktion (E-Government)
<b>Vorbereitete und geplante Anwendungen</b>	Speicherung medizinischer Daten (z. B. Notfalldatensatz, eFallakte)	Speicherung medizinischer Daten (Notfalldaten, eMedikation), Schlüsselkarte für ELGA
<b>Zugriffsmechanismus</b>	Zwei-Schlüssel-System (eGK & HBA)	Zwei-Schlüssel-System (E-Card & Ordinationskarte)
<b>Zuständige Gesellschaft</b>	Gematik	ELGA GmbH, SVC
<b>Kosten für die Einführung der elektronischen Karte</b>	Ca. eine Milliarde Euro	Ca. 130 Millionen Euro (weitere 130 Millionen Euro für ELGA)

Nachdem nun die zum Verständnis der empirischen Analyse dieser Arbeit (Kapitel 7) wichtigen Begrifflichkeiten bzw. Grundlagen geklärt wurden, wird sich der folgende Teil mit dem Forschungsstand zu (gesundheits)politischem Wandel beschäftigen. Auf Grundlage des Forschungsstands wird die Einordnung der vorliegenden Arbeit in das Forschungsumfeld vorgenommen.

## 4 Stand der Forschung zu (gesundheits)politischem Wandel und Einordnung der vorliegenden Arbeit in das Forschungsumfeld

Im empirischen Teil der vorliegenden Forschungsarbeit werden die Gründe für den gesundheitspolitischen Wandel "Einführung eines elektronischen Kartensystems" jeweils im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen herausgearbeitet. Da die Durchführung einer eigenen Forschungsarbeit nicht ohne eine konsequente Analyse und das Verständnis verwandter Arbeiten gelingen kann (Boote/Beile, 2005, S. 3), wird in diesem Kapitel der Stand der Forschung systematisiert und anschließend der weitere Forschungsbedarf anhand der identifizierten Lücken aufgezeigt. Dieser Teil ist für die gesamte vorliegende Arbeit wichtig (Randolph, 2009, S. 1).

Nachfolgend wird zuerst die methodische Verfahrensweise bei der Aufarbeitung des Forschungsstandes beschrieben (Kapitel 4.1). Anschließend werden der theoretische und der empirische Stand der Forschung im multidisziplinären Forschungsfeld Gesundheitswesen aufgezeigt (Kapitel 4.2.1 und 4.2.2). Dabei gilt besonders den politikwissenschaftlichen Arbeiten die Aufmerksamkeit, deren Schwerpunkt auf der Erklärung von politischem Wandel liegt. Es wird aufgezeigt, welcher Teil der Literatur die Ursachen für gesundheitspolitische Reformen analysiert und welche Gründe die Untersuchungen für politischen Wandel verantwortlich machen. Ferner wird dargestellt, ob es speziell zur Reform „Einführung eines elektronischen Kartensystems im deutschen oder/und österreichischen Gesundheitswesen“ Arbeiten gibt. Daraufhin werden die empirischen Implikationen dargelegt und eine Theorieauswahl für die vorliegende Arbeit herausgearbeitet (Kapitel 4.3.1 und 4.3.2).

### 4.1 Methodisches Vorgehen bei der Aufarbeitung des Forschungsstandes

#### 4.1.1 Vorgehensweise der Literaturerhebung

Als Methode zur Aufarbeitung des Forschungsstandes wird das Literaturreview gewählt (Cooper, 1988; Webster/Watson, 2002; Fettke, 2006; Randolph, 2009). Cooper (1988), Fettke (2006, S. 259), Webster und Watson (2002, S. xvii) und Randolph (2009, S. 2 ff) zeigen in ihren Arbeiten Charakterisierungskriterien auf, nach denen das auszuführende Literaturreview ausgerichtet wird:

Abbildung 7: Positionierung des Literaturreviews

Kriterium	Positionierung der Untersuchung			
Inhaltliches Ziel	<b>Integration</b>	Kritik	<b>Erfassen zentraler Themen</b>	
Literaturumfang	Repräsentativ	Selektiv	Schlüsselarbeiten	<b>Möglichst vollständig</b>
Fokus der Auswertung	<b>Forschungsergebnis</b>	<i>Forschungsmethode</i>	<b>Theorie</b>	Erfahrung
Struktur	Historisch	<i>Autorenzentriert</i>	<b>Thematisch</b>	Methodisch

Quelle: Eigene Darstellung

Das **inhaltliche Ziel** des Literaturreviews besteht darin, Erkenntnisse über den Forschungsstand zu (gesundheits)politischem Wandel zu gewinnen und damit existierende Forschungsarbeiten zusammenzutragen. Fokussiert wird hierbei auf theoretische Konzepte und empirische Arbeiten, welche politischen – und speziell gesundheitspolitischen – Wandel analysieren und erklären (siehe Kapitel 4.2. Ergebnisse der Literaturlauswertung).

Der **Umfang der Literatur**, welcher für das Review gesichtet wird, konzentriert sich auf die Fachrichtung Politikwissenschaft und soll nach Möglichkeit den vollständigen Stand der Forschung wiedergeben. Allerdings werden auch verwandte Forschungsdisziplinen nach für die vorliegende Untersuchung bedeutender Literatur durchsucht (Fettke, 2006, S. 259f). Die Recherche der Literatur wurde in ausgewählten wissenschaftlichen Suchmaschinen durchgeführt (**Anhang 1**). Die bei der Literaturrecherche verwendeten Suchbegriffe sind **Anhang 2** zu entnehmen.

Die Recherche wurde während der gesamten Erstellungszeit der Arbeit ständig aktualisiert, um auch während des Entstehungsprozesses publizierte Ergebnisse in den Kontext des eigenen Vorhabens einzuordnen. Betrachtet werden Beiträge in Fachzeitschriften, Monographien, Beiträge in Sammelbänden und Arbeits- bzw. Projektberichte (Fettke, 2006, S. 259).<sup>92</sup>

Die Ergebnisse der Forschungsarbeiten und die verwendeten Theorien liegen im **Fokus der Literaturlauswertung**. Die genutzten Methodiken sind ebenfalls von Bedeutung, aber lediglich von sekundärem Interesse (was durch den Kursivdruck in Abbildung 7 visualisiert wird).

Die **Darstellungsstruktur** erfolgt nach thematischer Vorgehensweise. Es werden zu Beginn Arbeiten vorgestellt, die sich mit theoretischen Konzepten zur Erklärung von (gesundheits)politischem Wandel bzw. Staatstätigkeit beschäftigen. Anschließend wird auf die Literatur eingegangen, die sich empirisch mit politischen Veränderungen im Gesundheitswesen beschäftigt. Eine Strukturierung nach historischem Fortgang (Fettke 2006, S. 260) bzw. methodischen Ansätzen (Webster/Watson 2002, S. xvii) wird nicht durchgeführt, da die Aufmerksamkeit auf den inhaltlichen Gesichtspunkten der Arbeiten liegen soll.<sup>93</sup> Die Autoren werden innerhalb der Themenkomplexe nachrangig systematisiert (ebenso kursiv akzentuiert in Abbildung 7).

#### 4.1.2 Vorgehensweise zur Literaturlauswertung

Die Auswertung der Literatur soll in drei Schritten erfolgen. Zu diesen gehören die Ergebnissichtung (1), die Ergebniszuordnung (2) und die Ergebnisanalyse (3) (Cooper/Hedges, 1994, S. 8ff).

##### Ergebnissichtung

Im Rahmen der Ergebnissichtung werden die gefundenen Beiträge auf ihre Relevanz für das Themengebiet hin überprüft. Die Suche nach den in Kapitel 4.1.1 erwähnten Suchbegriffen generiert viele Treffer, die sich mit der Erklärung von politischem Wandel befassen. Allerdings arbeiten nur einige Beiträge Gründe für gesundheitspolitische Reformen heraus.

<sup>92</sup> Für das Literaturreview wurden keine Lehrbücher einbezogen, da diese nicht dem Ziel der wissenschaftlichen Erkenntnisgewinnung dienen (Fettke, 2006, S. 259).

<sup>93</sup> Dennoch wird – wo nötig zur methodischen Abgrenzung der vorliegenden Arbeit – die methodische Herangehensweise der identifizierten Literatur dokumentiert.

## Ergebniszuordnung

Als nächster Schritt werden im Rahmen der Ergebniszuordnung die gefundenen relevanten Beiträge kodiert (Cooper/Hedges, 1994, S. 11). In dieser Arbeit wird wie folgt chiffriert:

- Eingliederung in die Bereiche "politikwissenschaftliche Arbeiten" und "Arbeiten aus Nachbardsdisziplinen" jeweils zum Untersuchungsgegenstand Gesundheitsreform
- Zuordnung zu den Themengebieten "(gesundheits)politischer Wandel als theoretisches Konzept" und "empirische Forschung zu (gesundheits)politischem Wandel"
- Einteilung in "politischer Wandel im Politikfeld Gesundheit" und "politischer Wandel in anderen Politikfeldern"
- Eingrenzung nach Ort des Geschehens (Deutschland/Österreich/in anderen Staaten)
- Eingrenzung des Untersuchungszeitraums bzw. -gegenstands der Forschungsarbeiten (historische Analyse mehrerer Reformen einer oder mehrerer Regierungszeiten [makrofundiert] oder Analyse einer bestimmten Gesundheitsreform [mikrofundiert])
- Eingrenzung nach Fallzahl (Einzelfallstudie oder vergleichende Studie)
- Erklärende oder gestaltende Ausrichtung der Forschung<sup>94</sup>
- In den Forschungsarbeiten fokussierte Policy(s), theoretische Ansätze und Methoden

## Ergebnisanalyse

Als dritter und letzter Schritt der Literaturlauswertung erfolgt die Ergebnisanalyse. Sie fasst die Forschungsergebnisse zusammen, zeigt die in der Forschung behandelten Aspekte auf, vergleicht die Ergebnisse miteinander und stellt Kernerkenntnisse kurz vor. Auf detaillierte inhaltliche Ausführungen wird an dieser Stelle verzichtet. Diese können den jeweiligen Originalarbeiten entnommen werden.

### 4.2 Ergebnisse der Literaturlauswertung: (Gesundheits)politischer Wandel in Theorie und Empirie

Nach Sichtung der Abstracts und einer Auswertung der Literaturverzeichnisse der gefundenen Arbeiten verbleiben 67 Treffer, die für die vorliegende Arbeit als relevant erachtet werden und auf welche in den folgenden Kapiteln näher eingegangen wird. Insgesamt ist festzuhalten, dass die Relevanz Gesundheitsreformen zu erforschen, seit den 90ern zunimmt.<sup>95</sup> Dies zeigt der Zuwachs, den die Veröffentlichungen und Zitationen in den Forschungsdisziplinen weltweit aufzeigen. Allerdings sind die meisten Studien von Gesundheitsökonomern erstellt und beschäftigen sich mit der Finanzierungsproblematik der westlichen Gesundheitssysteme oder/und zeigen normativ Lösungsansätze für aktuelle gesundheitspolitische Probleme auf. Andere Forschungsarbeiten beschreiben Gesundheitssysteme und -politiken in historischer oder vergleichender Perspektive. Weitere Arbeiten stellen Auswirkungen von Gesundheitsreformen dar. Nur in seltenen Fällen analysieren sie die Gründe für gesundheitspolitischen Wandel. "Trotz der großen öffentlichen und der anwachsenden wissenschaftlichen Aufmerksamkeit für die Gesundheitspolitik ist die im engeren Sinne politikwissenschaftliche Gesundheitsforschung ... noch nicht allzu weit entwickelt bzw. mit deutlichen Leerstellen versehen" (Urban, 2003, S 8).

<sup>94</sup> Dies soll dazu dienen, die vorherrschende Forschungsausrichtung der Politikwissenschaft innerhalb des Themenfeldes Gesundheitspolitik sichtbar zu machen. Dadurch soll der Weiterentwicklungsbedarf aufgezeigt werden, welcher dann durch folgende Tätigkeiten abgedeckt wird.

<sup>95</sup> Zur Bedeutung der Erforschung des Politikfelds Gesundheit siehe Kapitel 6.1.

Als allgemeines Ergebnis der Recherche sei hier bereits unterstrichen, dass nur wenige politikwissenschaftliche Arbeiten existieren, die gesundheitspolitische Veränderungen erklären. Mit elektronischen Kartensystemen und E-Health beschäftigen sich Disziplinen der Gesundheitsökonomie bzw. des Gesundheitsmanagements und der (Wirtschafts)Informatik. Es wurden zwei politik- bzw. verwaltungswissenschaftliche Arbeiten identifiziert, welche sich mit der eGK in Deutschland auseinandersetzen.<sup>96</sup> Allerdings beinhalten diese Arbeiten andere Zielstellungen als die vorliegende Arbeit.

Im Folgenden werden nun die für den weiteren Verlauf der Untersuchung relevanten Arbeiten und deren Forschungsergebnisse vorgestellt. Es werden theoretische Konzepte zu politischem Wandel aufgezeigt und Forschungsergebnisse von Arbeiten behandelt, die empirisch Reformen im Gesundheitswesen untersuchen.<sup>97</sup> In Anlehnung an die in der vorliegenden Arbeit behandelten Forschungsfragen, erfolgt die Darstellung des Forschungsstandes im Folgenden zugespitzt. Von den in diesem Kapitel identifizierten theoretischen Ansätzen für die Erklärung von (gesundheits)politischem Wandel werden in der vorliegenden Arbeit ausgewählte Ansätze ergänzend anhand des Policy-Felds Gesundheit angewendet. Es wird im späteren empirischen Teil dieser Arbeit untersucht, welche der Theorieansätze die Einführung der elektronischen Kartensysteme in Deutschland und Österreich erklären können.

#### 4.2.1 (Gesundheits)politischer Wandel als theoretisches Konzept

Der Komplexität des gesundheitspolitischen Wandels kann erst dann begegnet werden, wenn eine "Kombination geeigneter Theoreme" zur Erklärung von gesundheitspolitischem Wandel entwickelt wird. Diese herausgearbeiteten Theoreme sind dann den "spezifischen Bedingungen des Politikfeldes" anzupassen (Noweski/Engelmann, 2006, S 21). Im Rahmen der Recherche im politikwissenschaftlichen Forschungsfeld konnte jedoch kein theoretisches Konzept identifiziert werden, welches den Anspruch hat, politischen Wandel speziell im Gesundheitswesen zu erklären (ähnlich schreibt Cairney, 2012, S. 282). Dies ist ein Anlass für die vorliegende Forschungsarbeit, welche den Versuch unternimmt, ein Konzept zur Erklärung von gesundheitspolitischem Wandel zu entwickeln.

Demgegenüber gibt es theoretische Konzepte, welche die Intention haben, politischen Wandel zu erklären. Innerhalb der Politikwissenschaft beschäftigen sich die **Policy-Forschung** (Politikfeldanalyse) und die **vergleichende Staatstätigkeitsforschung** mit der Erklärung von politischem Wandel. In der Politikfeldforschung geht es um die Frage, "was politische Akteure tun, warum sie es tun und was sie letztlich bewirken" (Schubert/Bandelow, 2003, S. 4). "Unter vergleichender Staatstätigkeitsforschung lässt sich prinzipiell das gleiche wie unter vergleichender Policy-Forschung verstehen" (Zohlnhöfer, 2008, S. 157). Die Unterschiede beider Forschungsdisziplinen liegen darin, dass sich die Policy-Forschung mit konkreten Politikfeldern – wie der Sicherheits-, Verkehrs-, Familien-, Ost-, Nahost-, Europa- oder eben auch Gesundheitspolitik – analytisch auseinandersetzt. Im Mittelpunkt der Politikfeldanalyse steht die inhalt-

<sup>96</sup> Derzeit (Stand Januar 2015) untersucht Alexander Mertes im Rahmen seiner Dissertation an der Universität Konstanz die eGK aus politik- und verwaltungswissenschaftlicher Sicht. Das Forschungsinteresse der Arbeit liegt allerdings auf den Auswirkungen der eGK auf die Strukturen und Prozesse im deutschen Gesundheitssektor und nicht auf den umfassenden Erklärungsfaktoren für die Einführung der eGK. Weiterhin stellen Lang und Mertes (2010) den Einfluss von Interessenpositionen und Sektorzugehörigkeit auf die Entstehung des Implementationsnetzwerks im Rahmen der eGK dar. Dabei untersuchen die Autoren aber nicht die Gründe für die Einführung der eGK sondern die Entstehung/Zusammensetzung des Netzwerks aus Personen und Organisationen, welches die eGK implementiert.

<sup>97</sup> Die Diskussion der identifizierten Arbeiten im Kontext der vorliegenden Untersuchung bzw. die Einordnung der eigenen Arbeit in das Forschungsumfeld erfolgt erst im darauffolgenden Kapitel 4.3.

liche (policy) Dimension von Politik; so vor allem konkrete politische Wirkungsprozesse, Entscheidungsprozesse und Ergebnisse (Berg-Schlosser/Stammen, 2003, S. 216f). Die vergleichende Staatstätigkeitsforschung "widmet sich der Analyse und Erklärung der Regierungspolitik verschiedener, vornehmlich westlicher Länder" (Zohlnhöfer, 2008, S. 157). Bei der Analyse der Einführung der elektronischen Kartensysteme in Deutschland und Österreich ist sowohl die Untersuchung des Politikfelds (Gesundheit), als auch die Analyse der Tätigkeiten der Regierungspolitik von Bedeutung.<sup>98</sup>

Infolge der Reichweite der Policy-Forschung und der vergleichenden Staatstätigkeitsforschung sind die Konzepte, Theorien, Ansätze und Methoden beider Teilgebiete der Politikwissenschaft sehr vielfältig, bzw. national und international kaum überschaubar. Deshalb können sie an dieser Stelle nicht vollständig dargestellt werden.<sup>99</sup> Im Folgenden sollen nun die Theorieansätze der beiden Domänen herausgearbeitet werden, welche sich in der deutschsprachigen und angelsächsischen Literatur bewährt haben<sup>100</sup>:

### Policy-Forschung

In der deutschsprachigen Literatur haben sich bei der Untersuchung von Politikfeldern folgende Theorieansätze etabliert (Janning/Toens, 2008, S. 10):

- Der Akteurzentrierte Institutionalismus
- Die Politiknetzwerkanalyse
- Der Advocacy-Koalitionen-Ansatz (bzw. Advocacy-Coalition-Framework, ACF)
- Die Analyse von Policy-Diskursen

Der Großteil der wissenschaftlichen Publikationen der Policy-Forschung (ca.  $\frac{3}{4}$ ) stammt jedoch aus dem angelsächsischen Raum. Hier spielen zusätzlich folgende Theorieansätze eine bedeutende Rolle (Sabatier, 2007):

- Multiple-Streams-Ansatz (MSA)
- Social Construction and Policy Design
- Punctuated-Equilibrium-Framework (PET)
- Policy Diffusion Framework

### Vergleichende Staatstätigkeitsforschung

Innerhalb der vergleichenden Staatstätigkeitsforschung haben sich die Theorieansätze der "Heidelberger Schule der Staatstätigkeitsforschung" etabliert<sup>101</sup>. Sie werden in den meisten wissenschaftlichen Beiträgen innerhalb der Staatstätigkeitsforschung in verschiedenen Formen (Interpretationen und Kombinationen) verwendet (Zohlnhöfer, 2008, S. 157). Die "Heidelberger Schule der Staatstätigkeitsforschung" beinhaltet sechs Theorieansätze, die vor allem gemeinsam angewendet werden sollen (Schmidt, 1993, S. 382; Schmidt et al., 2007, Kapitel I). Diese Theorieansätze sind folgende:

<sup>98</sup> Das Kartensystem wurde von der jeweiligen Regierung als bundesweit gültiges Gesetz innerhalb der nationalen Gesundheitspolitik eingeführt.

<sup>99</sup> Einen guten Überblick über die Theorielandschaft geben zahlreiche Lehrbücher, wie das von Schubert (2003), das von Sabatier (2007), das von Schubert und Bandelow (2009) oder das von Schmidt et al. (2007b).

<sup>100</sup> Die in der vorliegenden Arbeit verwendeten Theorieansätze und ihre jeweilige Erklärungskraft für politischen Wandel werden in Kapitel 5.1 genauer dargestellt.

<sup>101</sup> Auch der historische Institutionalismus bzw. die Theorie des Institutionellen Wandels erklären Regierungspolitik. Der Theorieansatz beschreibt politischen Wandel als Fortentwicklung des existierenden Systems („Institutional Layering“). Dieser Erklärungsansatz wird in der vorliegenden Arbeit durch den Theorieansatz des Politik-Erbes bereits behandelt.

- Die Sozioökonomische Schule/Determination
- Die Machtressourcentheorie/Die Bedeutung von Machtressourcen organisierter Interessen
- Die Lehre von der Parteiendifferenz
- Der politisch-institutionalistische Erklärungsansatz
- Die Internationale Hypothese
- Die Lehre vom Politik-Erbe

Nachdem nun die existierenden und etablierten theoretischen Ansätze zur Erklärung von politischem Wandel dargestellt wurden, wird folgend die empirische Forschung zu gesundheitspolitischem Wandel aufgezeigt, ehe anschließend in Kapitel 4.3 die Ergebnisse aus Kapitel 4.2.1 und 4.2.2 diskutiert werden.

#### 4.2.2 Empirische Forschung zu (gesundheits)politischem Wandel

Im Vergleich zu anderen Policy-Feldern spielt das Politikfeld Gesundheit in der politikwissenschaftlichen Forschungspraxis eine eher geringere Rolle. Dies zeigt die Anzahl der einschlägigen Veröffentlichungen und die Anzahl der politikwissenschaftlich geprägten Lehrstühle und Einrichtungen, die sich speziell mit Gesundheitspolitologie beschäftigen. Die existierenden Forschungsarbeiten der letzten Jahrzehnte konnten den Erfolg oder das Scheitern von politischem Wandel begründen (Faust/Lauth, 2001, S. 311). Insgesamt wächst das politikwissenschaftliche Interesse an der Erforschung des Policy-Felds Gesundheit. Das Interesse an der Erforschung des deutschen Gesundheitswesens ist dabei weitaus höher, als das an der Erforschung des österreichischen Gesundheitswesens (gemessen an der Anzahl der einschlägigen Veröffentlichungen und Lehrstühle, die sich mit Gesundheitspolitologie befassen).

Im weiteren Verlauf wird nun der Stand der empirischen Erforschung von politischem Wandel im deutschen und österreichischen Policy-Feld Gesundheit dargestellt. Dabei werden die Arbeiten vorgestellt, welche Unreformierbarkeiten des deutschen und österreichischen Gesundheitswesens attestierten und die Gründe hierfür untersuchen. Weiterhin werden normative Arbeiten zu gesundheitspolitischem Wandel aufgezeigt und die Literatur dargestellt, welche den Reformpessimismus überwindet, indem sie die (wenigen) erfolgreichen gesundheitspolitischen Reformen des 20. und 21. Jahrhunderts analysiert und sich mit der begrifflich-theoretischen Erklärung von gesundheitspolitischem Wandel auseinandersetzt. Ferner werden vergleichend angelegte Arbeiten über Gesundheitssysteme bzw. Gesundheitspolitiken verschiedener westlicher Staaten angesprochen. Es folgt ein Blick in die wissenschaftliche Forschungspraxis von Nachbardsdisziplinen. Anschließend werden aus der Vielzahl von Arbeiten über politischen Wandel bzw. Staatstätigkeit in verschiedenen Politikfeldern westlicher Staaten einige Schlüsselarbeiten (Einzelfallstudien und vergleichende Studien) sowie deren Ergebnisse und Methoden vorgestellt.<sup>102</sup>

Innerhalb der Erforschung des deutschen und österreichischen Sozialstaates beschäftigen sich einige Studien mit Gesundheitspolitik (für Deutschland: z. B. Heinze et al., 1999; Jochem, 2001; Manow/Seils, 2000; Schmidt, 2000; Blanke, 2005; für Österreich: Obinger, 2001, 2002; Tálos, 1998, 2001; Tálos/Badelt, 1999; Tálos/Wörister, 1994, 1998). Diese Studien geben einen groben Überblick darüber, wann gesundheitspolitischer Wandel in Deutschland und

<sup>102</sup> Nachfolgend wird bewusst auf die Unterscheidung zwischen "politischem Wandel" und "Steuerungserfolg" verzichtet, da die Bewertung der Steuerung bzw. des Wandels als "Erfolg" oder "Misserfolg" nicht im Erkenntnisinteresse der vorliegenden Arbeit liegt. Es soll hingegen untersucht werden, unter welchen Bedingungen ein Wandel stattfinden kann.



Österreich stattfand, sie gehen allerdings nicht detailliert auf die Erklärungsfaktoren des Wandels ein, sondern behandeln das Policy-Feld Gesundheit nur oberflächlich als einen Teil des Sozialstaates. Diese Arbeiten lassen bereits erkennen, dass im 20. und 21. Jahrhundert nur selten gesundheitspolitischer Wandel erfolgte.

Der Großteil der politikwissenschaftlichen Forschungsarbeiten, welcher sich explizit mit gesundheitspolitischem Wandel im deutschen und/oder österreichischen Gesundheitswesen beschäftigt, stellt ein hohes **Blockadepotenzial in der Gesundheitspolitik** fest, das politische Reformen verhindert (für Deutschland: Webber, 1988a, 1988b, 1992; Alber, 1992; Katzenstein, 1987, S. 168ff; Lehbruch, 1988; Murswieck, 1990; Naschold, 1967; Rosewitz/Webber, 1990; Safran, 1967; Bandelow, 1998, 2010; Simon, 2000; Brandhorst, 2003; Bandelow/Hartmann, 2007; Altenstetter/Busse, 2005; Petersberg, 2005; für Österreich: Rudorfer/Dannhauser, 2011; Probst, 2004; Mosler, 2004).

Die Studien über gesundheitspolitischen Wandel in Deutschland kommen zu dem Ergebnis, dass nur selten gesundheitspolitischer Wandel stattfindet, weil das Gesundheitswesen von politischen Blockaden und Steuerungsproblemen geprägt ist. Es dominiert die Hypothese, dass das korporatistische **deutsche Gesundheitswesen unreformierbar** ist. Als Gründe hierfür nennen die Autoren institutionelle Verhandlungszwänge, den bundesdeutschen Föderalismus, starke Interessenverbände mit heterogenen Interessen und deren Aufgaben im Rahmen der Selbstverwaltung sowie deren korporatistische Einbindung, aber auch das Zweikammerwesen (Bundestag und Bundesrat), umfassende Konsenszwänge und sektoral getrennte Versorgungsstrukturen sowie starke Traditionen des semi-souveränen deutschen Staates (Katzenstein, 1987, S. 168 - 208; Lehbruch, 1988; Murswieck, 1990; Naschold, 1967; Rosewitz/Webber, 1990; Brandhorst, 2003; Bandelow/Hartmann, 2007; Altenstetter/Busse, 2005). Im deutschen Gesundheitswesen ergaben sich zwar Mitte der 90er Jahre einige strukturelle Veränderungen – Pluralisierung und Dynamisierung, der Ausbau von Wettbewerbs- und Selbsteteiligungselementen – welche die politische Problemlösungsfähigkeit insgesamt verbesserten (Kaufmann, 1997; Tálos/Obinger, 1998; Jochem, 2001, S. 219; Leisering, 2000, S. 94; Siegel, 2002, S. 23; Beck, 2014). Dennoch sind weitreichende gesundheitspolitische Veränderungen nur dann möglich, "wenn kollektives Nicht-Handeln empfindliche Nachteile für die Beteiligten" bedeutet (Czada, 2003, S. 61).<sup>103</sup>

**Im österreichischen Gesundheitswesen** kommen die **Reformblockaden** auf Grund von wechselnden Zuständigkeiten, der Konkurrenz zwischen Bund und Ländern und der Kostenabwälzung auf andere politische Ebenen sowie starken Interessenvertretungen und heterogenen Interessen zustande (Rudorfer/Dannhauser, 2011). Die einschlägigen Veröffentlichungen zeigen, dass infolge dieser Zwänge und Strukturen im Policy-Feld Gesundheit lediglich inkrementelle Veränderungen bzw. kleine Reformschritte möglich sind und grundlegende Reformen verhindert werden (u. a. in Windhoff-Hértier, 1987, S. 143).

Neben den Arbeiten, welche das gesundheitspolitische Blockadepotential im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen untersuchen, existieren **normative Forschungsarbeiten**, die **mit Ratschlägen für politische Entscheider** auf die empirisch bewiesenen Reformmöglichkeiten reagieren. Diese raten den Entscheidern, ihr politisches Engagement eher auf "graduelle" bzw. "Step-by-Step-Reformen" einzuschränken (Hartmann, 2003). Die Arbeiten beinhalten politische Strategievorschläge für zukünftige Reformprozesse (für Deutschland:

---

<sup>103</sup> Bandelow hat in seinen zahlreichen aktuelleren Veröffentlichungen – von denen einige genannt wurden – dargestellt, dass nach wie vor und trotz der Veränderungen im Gesundheitswesen weitreichende Reformen im deutschen Gesundheitswesen eine Ausnahme bleiben.

Bandelow, 2003; Fischer et al., 2008<sup>104</sup>; für Österreich: Köck/Patera, 2002; Herber, 2007).

Angesichts der vielen einschlägigen Arbeiten, welche "Reformmöglichkeiten" im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen attestieren, fallen die wenigen **aktuelleren politikwissenschaftlichen Forschungsarbeiten** auf, **welche den gesundheitspolitischen Reformpessimismus überwinden** und die Gründe für die wenigen erfolgreichen gesundheitspolitischen Reformen im 20. und 21. Jahrhundert untersuchen. Erst seit dem 21. Jahrhundert werden Voraussetzungen für Gesundheitsreformen gesundheitspolitologisch erforscht (Bandelow, 2004a). Die Arbeiten analysieren die Umsetzungsbedingungen für Policys. Dabei werden Beziehungen von Akteuren, Regelungsmechanismen und sektorale Strukturen untersucht sowie Entscheidungsprozesse und Wechselwirkungen zwischen Interessengruppen und staatlichen Akteuren analysiert (Bandelow, 2004). Die Autoren der Forschungsarbeiten über das deutsche und österreichische Gesundheitswesen attestieren, dass *sozio-ökonomische Herausforderungen* Reformen bzw. Staatstätigkeit beeinflussen (für Deutschland: Bandelow, 2006; Seeleib-Kaiser<sup>105</sup>, 2003, 13f; für Österreich: Obinger, 2008<sup>106</sup>; Theurl, 2001<sup>107</sup>). Außerdem zeigen sie, dass *andere Industrieländer* Einfluss auf die nationale Gesundheitspolitik der beiden Staaten haben. *Reformmodelle aus anderen Staaten werden übernommen* und auf den nationalen Kontext angepasst (für Deutschland: Zentner, 2005<sup>108</sup>; für Österreich: Theurl, 2001; Obinger, 2008). Zudem hat die *europäische Integration bzw. die EU-Gesundheitspolitik und die damit verbundenen Regeln für Mitgliedstaaten* Auswirkungen auf gesundheitspolitischen Wandel in Deutschland und Österreich (für Deutschland: Bandelow, 2006; Urban, 2003; für Österreich: Fronaschütz, 2004). Des Weiteren haben *politisch-institutionalistische Rahmenbedingungen, die in der jeweiligen Legislaturperiode dominanten politischen Ziele, Parteienherrschaft (ideologische Prägung der Regierung einschließlich der Interessen der Wählerschaft der Regierungsparteien)* und die *Anzahl der Vetospieler bzw. Verhandlungspartner* Auswirkungen auf Reformen im Gesundheitswesen (für Deutschland: Bandelow, 2006; für Österreich: Obinger, 2008).<sup>109</sup>

**Fundierte Arbeiten** wie die von Bandelow (2006) und Obinger (2008) zu den Erklärungsfaktoren für gesundheitspolitischen Wandel in Deutschland bzw. Österreich sind **eine große Ausnahme in der Literatur über Reformen im Gesundheitswesen**. Es fehlen empirische Arbeiten, welche die Ergebnisse bestätigen.<sup>110</sup>

<sup>104</sup> Fischer et al. (2008) identifizieren in ihrer Studie ein "Strategietool für politische Reformprozesse" (SPR). Dementsprechend sind die Dimensionen Kompetenz, Kommunikation und Durchsetzungsfähigkeit ausschlaggebend für den politischen Erfolg von Reformen.

<sup>105</sup> Die sozioökonomischen Herausforderungen sind dabei vor allem von finanziellen Aspekten bestimmt (Seeleib-Kaiser, 2003).

<sup>106</sup> Laut Obinger (2008) können die Theorieansätze der vergleichenden Staatstätigkeitsforschung gesundheitspolitische Veränderungen in Österreich erklären.

<sup>107</sup> Theurl (2001) schreibt, dass im Rahmen der sozio-ökonomischen Entwicklungen der technische Wandel Einfluss auf die österreichische Gesundheitspolitik hatte.

<sup>108</sup> Am Beispiel des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung der rot-grünen Bundesregierung untersucht Zentner (2005) den Einfluss anderer Gesundheitssysteme auf gesundheitspolitische Reformdebatten in Deutschland erstmals systematisch. Die Analyse stellt dar, dass hauptsächlich die Gesundheitspolitiken der USA, Schweiz, Niederlande, Großbritannien und Frankreich Eingang in die gesundheitspolitische Diskussion in Deutschland finden.

<sup>109</sup> Die Arbeiten von Bandelow (2006) und Obinger (2008) zeigen Gründe für gesundheitspolitischen Wandel auf. Sie beschäftigen sich aber nicht mit der mikrofundierten, detaillierten Betrachtung einer speziellen Reform – wie die vorliegende Studie – sondern geben einen Überblick über eine Vielzahl von Reformen und deren Ursachen.

<sup>110</sup> Speziell zur Gesundheitspolitik der Rot-Grünen Koalition (1998-2005 in Deutschland) und der Koalition aus SPÖ und ÖVP (1996-2000 in Österreich) – innerhalb der Regierungen das elektronische Kartensystem jeweils gesetzlich eingeführt wurde – gibt es zwar Veröffentlichungen. Diese sind aber überwiegend auf einem deskriptiven Niveau, ohne explizit gemachte theoretische Fundierung. Sie sind theoriearm und haben darüber hinaus ihren Fokus zumeist nicht explizit auf der Erklärung von gesundheitspolitischem Wandel (Petersberg, 2005; Mosebach, 2006; Hoppe, 2002; Hartmann, 2003; Gerlinger, 2002, 2002a, 2003, 2004; Gohr/Seeleib-Kaiser, 2003; Egle/Zohlnhöfer, 2007).

Darüber hinaus sind die **Arbeiten makrofundiert und nicht mikrofundiert**. Das heißt, dass sie nicht eine Reform detailliert behandeln, sondern verschiedene Reformen über einen Zeitverlauf hinweg. Mikrofundierte Studien untersuchen politischen Wandel detaillierter und vollständiger. Somit können sie auch exaktere Aussagen über die Gründe für politische Veränderungen treffen (ausführlich zu Vorteilen der Mikrofundierung von Fallstudien: Greve et al., 2009).

Es wurden lediglich zwei gesundheitspolitologische Fallstudien identifiziert, welche politischen Wandel anhand einer speziellen Policy und somit mikrofundiert erklären (Nagel, 2009; Pressel, 2011). Die Fallstudie von Nagel (2009) untersucht die gesundheitspolitische Veränderung "Einführung eines neuen Steuerungsinstrumentes im Politikfeld Psychotherapie im deutschen Gesundheitswesen". Nagel (2009) nutzt lediglich einen Erklärungsansatz, den Multiple-Streams-Ansatz (der MSA wird in Kapitel 5.1.2.1 näher erklärt) zur Erklärung des Wandels. Er lässt alle anderen theoretischen Ansätze, welche Reformen erklären, außen vor. Der Autor zeigt, dass eine Reform dann auf die politische Agenda gesetzt wird, *wenn sich ein politisches Zeitfenster öffnet*. Dieses kann sich z. B. wegen eines Problemdrucks, Krisen, Neuwahlen oder eines Ministerwechsels öffnen. Außerdem braucht es einen *politischen Akteur, welcher sich der Politik annimmt* (mehr dazu in Kapitel 5.1.2.1). Nagel (2009) spezialisiert sich bei der Erklärung des Wandels auf den MSA. Der Autor kann deshalb nicht ausschließen, dass es neben seinen identifizierten Gründen andere Ursachen für die politische Veränderung gab.

Pressel (2011) untersucht und erklärt die Entstehung und Einführung des Gesundheitsfonds in Deutschland. Die Studie von Pressel (2011) nutzt zur Erklärung der Reform mehrere theoretische Ansätze. Allerdings untersucht der Autor die Gründe für den politischen Wandel nicht empirisch anhand der eingangs von ihm vorgestellten theoretischen Ansätze zur Erklärung von politischen Veränderungen. Er analysiert die Entstehung und Einführung des Gesundheitsfonds entlang der einzelnen Phasen des idealtypischen Policy-Cycles.<sup>111</sup> Pressel (2011) identifiziert Gründe für die Reform. Der Autor schreibt, dass *sozio-ökonomische Rahmenbedingungen, politisch-institutionelle Gegebenheiten* (u. a. Einführung des Gesundheitsfonds als *Winset* auf Grund der vielen *Vetospieler*), *Pfadabhängigkeiten* (*Anschlussfähigkeit der Policy* und *Erben aus der Vergangenheit*), *die Verteilung von Machtressourcen*, *die ideologische Prägung der Regierung* (*Parteiendifferenztheorie*) und *"neue" Akteure im Subsystem* (*Punctuated-Equilibrium-Framework*) ausschlaggebend für gesundheitspolitischen Wandel, in dem Fall die Einführung des Gesundheitsfonds, sind. Überdies können laut Pressel (2011) der MSA und das *"Lernen vom Ausland"* (vgl. *Internationale Hypothese*) mit Einschränkungen die gesundheitspolitische Veränderung "Einführung des Gesundheitsfonds in Deutschland" erklären. Darüber hinaus schreibt der Autor, dass der analytische Rahmen des Akteurzentrierten Institutionalismus zwar einen Beitrag dazu leistet, politische Reform-Prozesse zu rekonstruieren bzw. zu beschreiben. Allerdings kann er die Einführung einer Policy und damit politischen Wandel nicht begründen (Pressel, 2011, S. 211f).

Neben den zwei genannten Studien wurden im Rahmen der Recherche keine weiteren politikwissenschaftlichen Arbeiten identifiziert, welche die Gründe für gesundheitspolitischen Wandel anhand einer bestimmten gesundheitspolitischen Reform in Deutschland oder Österreich detailliert untersuchen. Es gibt keine Arbeit, welche aus politikwissenschaftlicher Sicht die Gründe für die Einführung eines elektronischen Kartensystems in Deutschland oder Österreich herausarbeitet.

Demgegenüber existieren **vergleichend angelegte Arbeiten über Gesundheitssysteme bzw. das Politikfeld Gesundheit verschiedener westlicher Staaten**, die hauptsächlich Fi-

<sup>111</sup> Ähnlich geht auch die zuvor vorgestellte Studie von Nagel (2009) vor.

finanzierungs- und Ausgabenproblematiken untersuchen (Wendt, 2005, 2006) oder verschiedene gesundheitspolitische Entwicklungen feststellen (Lißner/Wöss, 1999). Bislang wurden im Rahmen dieser vergleichenden Arbeiten Akteure und Institutionen und ihre Auswirkungen auf gesundheitspolitischen Wandel kaum erforscht (Wendt, 2005; 2006; Wendt/Rothgang, 2007; Schölkopf, 2010). Ferner liegen die in den Studien untersuchten Zeiträume weit zurück. Es existieren wenig aktuelle Arbeiten. Weiterhin behandeln die vergleichend angelegten Länderfallstudien, welche Ursachen für politische Veränderungen untersuchen, überwiegend lediglich einen Theorieansatz oder eine Ursache bzw. einen Erklärungsfaktor für gesundheitspolitischen Wandel, wie den *Einfluss grenzüberschreitender Ideentransfers* (Leiber, 2012; Giaimo/Manow, 1999) oder den Einfluss eines *politischen Entrepreneurs, der ein politisches Zeitfenster nutzt* (Blankenau, 2001).<sup>112</sup> Sie können deshalb nicht ausschließen, dass weitere Ursachen die Reformen innerhalb der untersuchten Staaten zusätzlich beeinflussten. Die wenigen vergleichenden Länderfallstudien, welche umfassende Gründe für gesundheitspolitische Reformen untersuchen, behandeln zudem nicht die Staaten Deutschland und Österreich (z. B. Geva-May, 2000, über gesundheitspolitischen Wandel in Kanada und Israel). Es existieren also keine politikwissenschaftlichen Studien, welche mikrofundiert die Gründe für die Einführung einer bestimmten Gesundheitsreform im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen vergleichend analysieren.

Zusammenfassend kann konstatiert werden, dass im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen im 20. und 21. Jahrhundert nur selten gesundheitspolitischer Wandel zustande kam. Dies ist mit ein Grund dafür, weshalb sich die politikwissenschaftliche Forschung über Jahrzehnte hinweg mit der Erklärung der "Unreformierbarkeit" der Gesundheitssysteme beschäftigte bzw. beschäftigt und die Gründe für politischen Wandel nur selten untersucht wurden und werden. Ferner gibt es empirische Hinweise darüber, dass Determinanten der sechs Theriefamilien der vergleichenden Staatstätigkeitsforschung sowie die theoretischen Ansätze MSA und PET aus der Policy-Forschung gesundheitspolitischen Wandel erklären können (dies veranschaulicht der *Kursivdruck* der Determinanten und Theorieansätze in diesem Kapitel).

Noweski und Engelmann schreiben (2006, S. 21), dass sich die deutschsprachige politikwissenschaftliche Forschung von ihren Selbstblockaden befreien sollte, indem sie den "tradiertere(n) Steuerungspessimismus" überwinden und eine neue positivere Form der gesundheitspolitologischen Forschung einnehmen sollte, die auf eine konstruktive Lösung von Problemen ausgerichtet ist. Denn neben der empirisch belegten Reformblockaden in der Gesundheitspolitik gibt es "empirische Hinweise darauf, dass politische Entscheidungen, also jene von Staat und Verbänden, durchaus Wirkungen im Gesundheitssystem auslösen" (Noweski/Engelmann, 2006, S 21). Politologen sollten sich mit erfolgreichen Reformen auseinandersetzen und dabei den Reformpessimismus systemtheoretischer Ansätze hinter sich lassen. Stattdessen sollten sie die im Gesundheitswesen agierenden Akteure bzw. Akteursgruppen, ihre Wechselwirkungen und Interessen, Programme und Machtpotenziale in ihren Analysen berücksichtigen (Noweski/Engelmann, 2006, S 21).

Andere Wissenschaftsdisziplinen als die Politikwissenschaft beschäftigen sich intensiver mit dem Untersuchungsgegenstand Gesundheitsreform. Um eine allumfassende Erforschung von Gesundheitsreformen gewährleisten zu können, sollten Gesundheitspolitologen die wissenschaftliche Forschungspraxis, einschließlich ihrer Untersuchungsgegenstände und Ergebnisse, von **Nachbardsdisziplinen berücksichtigen** (Noweski/Engelmann, 2006, S 21). Die Kenntnisse der Tätigkeiten anderer Wissenschaftsdisziplinen ist notwendig, um die politikwis-

<sup>112</sup> Die Ergebnisse der Arbeiten weichen nicht von denen der bisher vorgestellten Literatur ab.

senschaftliche Forschung klar von der Forschung anderer Disziplinen abgrenzen zu können. Folgende Tabelle 6 gibt einen Überblick über die Berührungspunkte verschiedener Wissenschaftsdisziplinen mit dem Untersuchungsgegenstand Gesundheitsreform und zeigt auf, mit welchem Untersuchungsgegenstand im Themenbereich einschließlich Erkenntnisinteresse, sich die Gesundheitspolitologie klar von den Kerninteressen anderer Disziplinen abgrenzt.

Tabelle 6: Einordnung von Wissenschaftsdisziplinen in den Untersuchungsgegenstand Gesundheitsreform

Disziplin	Untersuchungsgegenstand/ Forschungsfragen	Hauptinnovation
Gesundheitssoziologie	Kommunikation und Versorgungsprozesse zum optimalen Verhalten von Individuen	Partizipative Ansätze
<b>Gesundheitspolitologie</b>	<b>Gesundheitspolitische Entscheidungen zur Optimierung von Prozessen und Strukturen im Gesamtsystem</b>	<b>Reformierbarkeit des Systems</b>
Public Health	Richtige Interventionsstrategien zur System- und Prozessoptimierung	Prävention
Gesundheitsökonomie/ Gesundheitsmanagement	Ökonomische Anreize zur System- und Prozessoptimierung	Effizienz durch Qualitätswettbewerb
(Wirtschafts)Informatik	System- und Prozessoptimierung durch die Nutzung von Telekommunikation	Effizienz durch bestimmte Telekommunikationssysteme

Quelle: In Anlehnung an Nagel, 2009, S. 31

Aus Tabelle 6 geht hervor, dass zu den Kernfragen der Gesundheitspolitologie die Umsetzbarkeit von staatlichen Handlungen in Form von gesundheitspolitischem Wandel im politischen System gehört. Diesen Teilbereich im Themenfeld Gesundheitsreform kann keine der Nachbarsdisziplinen abdecken.

Neben der identifizierten Literatur, welche sich speziell mit Gesundheitsreformen bzw. dem Politikfeld Gesundheit in Deutschland und Österreich oder in anderen westlichen Staaten auseinandersetzt, existiert eine Vielzahl politikwissenschaftlicher Arbeiten, welche **Staatstätigkeit in verschiedenen Politikfeldern unterschiedlicher Staaten** herausarbeitet (z. B. Schmidt, et al., 2007b; Wiesenthal, 2002; Schmid, 1996; Schmid/Niketta, 1998; Siegel, 2002; Tálos, 1998). Die Literatur in diesem Bereich ist äußerst vielfältig, bzw. national und international kaum überschaubar. Deshalb kann sie an dieser Stelle nicht vollständig dargestellt werden. Es sei aber darauf hingewiesen, dass die Autoren zumeist *Determinanten der* weiter oben dargestellten *Theoriefamilien der vergleichenden Staatstätigkeitsforschung* als erklärend für politischen Wandel bzw. Staatstätigkeit identifizieren. Des Weiteren kamen Arbeiten wie die von Wiesenthal (2002) zu dem Ergebnis, dass unter den Bedingungen "*radikale Veränderung von Probleminterpretation und veränderte Zuständigkeitszuschreibung*" und "*innovationsfördernde Motive neuer Akteure*" (in dem PET enthalten) gesundheitspolitischer Wandel zustandekommt.

Die meisten der identifizierten Studien zu Staatstätigkeit in verschiedenen Staaten und Politikfeldern sind **quantitativ angelegt**, es existieren **wenig systematische qualitative Vergleiche** (Scharpf, 1987; Busch, 2003; Obinger et al., 2005; Merkel et al., 2006). Die Auto-

ren versuchen mit quantitativen Verfahren unterschiedliche Staatstätigkeiten in verschiedenen OECD-Staaten bzw. Politikfeldern zu begründen (Schmidt, 1999; Siegel, 2002; Kittel/Obinger, 2003; Schmidt, 2005). Die Mehrzahl dieser identifizierten Arbeiten untersuchen die Bildungs-, die Subventions- und die Verteidigungs- oder Sicherheitspolitik (Beiträge in Castles, 2007) sowie die Steuerpolitik (Wagschal, 1996; 2005) und Privatisierung (Boix, 1997; Zohlnhöfer/Obinger, 2005). Dagegen stehen **selten gesundheitspolitische Maßnahmen und regulative Politiken** im Mittelpunkt der Arbeiten (als Ausnahme: Gindulis, 2003; Siegel, 2007).

Während die vergleichende Staatstätigkeitsforschung politischen Wandel bzw. Staatstätigkeit im europäischen Raum in Form von empirischen Studien untersucht, existieren **kaum Arbeiten der Policy-Forschung, welche politischen Wandel in europäischen Staaten<sup>113</sup> und speziell im deutschsprachigen Raum empirisch untersuchen**. Die meisten Arbeiten analysieren politischen Wandel in diversen Politikfeldern innerhalb der USA (Saretzki, 2006; 2007).

### 4.3 Einordnung der eigenen Arbeit in das Forschungsumfeld

Der methodische und theoretische Aufbau sowie die Zielsetzungen der vorliegenden Arbeit erfolgen u. a. auf der Grundlage des Forschungsstandes. Im Folgenden wird gezeigt, auf welchen bisherigen Ergebnissen die vorliegende Arbeit aufbaut, welche Forschungslücken sie schließt und somit, weshalb sie einen Beitrag zum Stand der Forschung leistet. Es werden empirische Implikationen aufgezeigt und die Theorieauswahl begründet.

#### 4.3.1 Empirische Implikationen

Die Analyse des empirischen Forschungsstandes hat ergeben, dass die meisten Forschungsarbeiten über Reformen im deutschen oder österreichischen Gesundheitswesen Reformblockaden im Gesundheitswesen attestieren. Sie versuchen zu begründen, weshalb die Gesundheitssysteme der beiden Staaten unreformierbar sind. Weitere Forschungsarbeiten, welche den Reformpessimismus überwinden, identifizierten lediglich inkrementellen politischen Wandel. Die vorliegende Arbeit soll hingegen zeigen, dass die in der politikwissenschaftlichen Forschung definierte Hypothese der existierenden Reformblockaden nicht länger aufrechterhalten werden kann. Es soll gezeigt werden, dass im Gesundheitswesen die zügige Einführung von Gesetzen möglich ist.<sup>114</sup>

Ferner soll ein Beitrag zum besseren Verständnis von institutionellen Veränderungen geleistet werden. Denn der Forschungsstand hat gezeigt, dass es wenig Arbeiten gibt, welche institutionelle Veränderungen im Gesundheitswesen zu begründen versuchen und dabei Beziehungen von Akteuren, Entscheidungsprozesse und Wechselwirkungen zwischen Interessengruppen und staatlichen Akteuren analysieren. In der vorliegenden Arbeit werden diese Beziehungen, Prozesse und Wechselwirkungen untersucht und die institutionelle Veränderung "Einführung eines elektronischen Kartensystems in Deutschland und Österreich" begründet.

<sup>113</sup> Als Ausnahme existieren Arbeiten zum Wandel in Großbritannien, z. B. Odom-Forren/Ellen (2006).

<sup>114</sup> In der vorliegenden Fallstudie handelt es sich somit um einen abweichenden Fall bzw. „deviant case“ von den bisher politikwissenschaftlich untersuchten Fällen (Lijphart, 1971, S. 693) – ausführlich dazu Kapitel 6.3.

Der Stand der Forschung hat zudem deutlich gemacht, dass die vorherrschende Forschungsausrichtung der Politikwissenschaft innerhalb des Themenfeldes Gesundheitspolitik bzw. gesundheitspolitischer Wandel normativ ist. Der Weiterentwicklungsbedarf liegt in empirischen Arbeiten, die politischen Wandel erklären, und wird durch die Tätigkeiten in der vorliegenden empirisch erklärend aufgebauten Arbeit abgedeckt. Es existieren zwar wenige Arbeiten, welche das Zustandekommen von gesundheitspolitischen Veränderungen empirisch begründen. Fundierte empirische Hinweise zu den Erklärungsfaktoren für gesundheitspolitischen Wandel sind jedoch eine große Ausnahme in der Literatur über gesundheitspolitischen Wandel. Es fehlen empirische Arbeiten, welche die bestehenden Ergebnisse bestätigen. Die vorliegende Arbeit soll weitere empirisch fundierte Gründe für gesundheitspolitische Veränderungen aufzeigen.

Darüber hinaus sind die meisten bisher vorliegenden Arbeiten zur Erklärung von gesundheitspolitischem Wandel vergleichsweise wenig detailliert. Sie behandeln mehrere Reformen über einen Zeitverlauf hinweg und nicht eine Policy ("Mikrofundierung", s. o.). Ihnen fehlt somit die wünschenswerte Tiefenschärfe der Erklärung. Diese Lücke soll mit der vorliegenden Untersuchung geschlossen werden. Denn die vorliegende Arbeit untersucht die Gründe für die Einführung einer bestimmten Policy detailliert.

Es wurden zwar zwei Arbeiten identifiziert, welche jeweils die Gründe für eine bestimmte gesundheitspolitische Reform mikrofundiert – also anhand der Einführung einer bestimmten Policy – erklären (Pressel, 2011; Nagel, 2009). Allerdings nutzt Nagel (2009) nur einen theoretischen Ansatz – den MSA – um die politische Veränderung zu erklären. Das bedeutet, dass der Autor weitere potentielle Erklärungsfaktoren von vornherein ausschließt. Die vorliegende Arbeit nutzt die Kombination mehrerer ausgewählter Theorieansätze<sup>115</sup>, um eine möglichst umfassende Erklärung zu gewährleisten.

Die Arbeit von Pressel (2011), nutzt zwar innerhalb der empirischen Studie verschiedene Theorieansätze zur Erklärung der in der Arbeit untersuchten Reform. Allerdings bedient sich der Autor einer anderen methodischen Vorgehensweise. Das bedeutet, dass er innerhalb der Arbeit die empirische Analyse anhand des Policy-Cycles vornimmt. Das methodische Vorgehen in der Studie von Pressel (2011) unterscheidet sich somit von dem der vorliegenden Fallstudie, welche die Analyse anhand der in Kapitel 5 vorgestellten theoretischen Ansätze vornimmt. Der Policy-Cycle – genauso wie der daraus eigens für das Gesundheitswesen entwickelte Public Health Action Cycle – ist ein "Idealtypus, dem weder die Realität der Gesundheitspolitik noch irgendeiner anderen Politik kaum jemals entsprechen" (Rosenbrock/Gerlinger, 2004, S. 26). Denn in der Realität "handelt es sich nicht unbedingt um zeitlich aufeinander folgende Phasen des Politikprozess" (Rosenbrock/Gerlinger, 2004, S. 26; mehr dazu auch in Hértier, 1993). Außerdem wird der Prozess der Formulierung und Implementation einer Reform in der Regel nicht von einem einheitlichen Akteur administrativ durchgesetzt<sup>116</sup> (Hirsch, 1990; Scharpf, 2000; und speziell für das Gesundheitswesen: Rosewitz/Webber, 1990; Rosenbrock et al., 2002). Des Weiteren spricht gegen die empirische Analyse anhand des Policy-Cycles, dass reale Reformen nicht derart rational sind, wie in dem Modell unterstellt wird (Howlett/Ramesh, 1995, S. 137ff). Hinsichtlich dieser Tatsachen ist es sinnvoll, eine Reform nicht anhand des Policy-Cycles und somit mit einer anderen methodischen Herangehensweise empirisch zu untersuchen.

Ferner wurden durch die Recherche keine politikwissenschaftlichen Arbeiten identifiziert, die anhand einer vergleichenden Länderfallstudie und auch nicht innerhalb von Einzelfallstudien

<sup>115</sup> Siehe Kapitel 4.3.2 zur Begründung der Theorieauswahl und 5.1 zur Beschreibung der ausgewählten Theorieansätze.

<sup>116</sup> Top-Down-Ansatz

Gründe für die Einführung eines elektronischen Kartensystems in den Staaten Deutschland und/oder Österreich untersuchen. Auch diese Lücke wird mit der vorliegenden Arbeit geschlossen.

Neben den Arbeiten zu gesundheitspolitischem Wandel liegt eine große Anzahl von Fallstudien vor, welche politischen Wandel bzw. Staatstätigkeit in anderen Policy-Feldern untersucht. Die Ergebnisse der Analysen anderer Politikfelder können allerdings nicht auf den in dieser Arbeit untersuchten gesundheitspolitischen Wandel übertragen werden. Denn Politikprozesse sind von den Eigenheiten innerhalb der verschiedenen Politikfelder (in dem Fall Politikfeld Gesundheit) abhängig. Ferner gilt auch hier die für die Policy-Analyse zentrale These von Lowi (1972, S. 299) "Policies determine politics" – oder auf Deutsch: Der Politikinhalt bestimmt den Politikprozess (siehe Kapitel 6.1 und 6.2 zum Politikfeld und Politik-Bereich bzw. Policy-Typ). Deshalb ist es von Bedeutung zu testen, ob die in den anderen Politikfeldern identifizierten Einflussfaktoren auf politischen Wandel auch Reformen im Politikfeld Gesundheit erklären können sowie zu untersuchen, ob es evtl. weitere Faktoren gibt, die Einfluss auf politischen Wandel speziell im Politikfeld Gesundheit haben. Diese Untersuchung nimmt die vorliegende Arbeit vor.

Weiterhin kommt diese Arbeit der Aufforderung von Noweski und Engelmann (2006) nach, wonach sie der Komplexität des gesundheitspolitischen Wandels begegnen soll, indem sie eine "Kombination geeigneter Theoreme" zur Erklärung von gesundheitspolitischem Wandel entwickelt, die dann in zukünftigen empirischen Arbeiten den spezifischen Bedingungen des Politikfelds angepasst werden kann.

Die vorliegende Arbeit bedient sich innerhalb der empirischen Analyse (Kapitel 7) ausgewählter theoretischer Ansätze der vergleichenden Staatstätigkeitsforschung in Kombination mit Theorieansätzen der Policy-Forschung. Durch die Kombination der Theorieansätze aus den beiden Disziplinen schließt die vorliegende Arbeit eine weitere Forschungslücke – was im Folgenden genauer dargestellt und begründet wird.

#### 4.3.2 Begründung der Theorieauswahl

Die Auswahl der in der vorliegenden Arbeit angewendeten Theorieansätze erfolgt unter Beachtung des zu untersuchenden Systems (Gesundheitssystem), dessen Besonderheiten (z. B. die zu untersuchende Policy), der Zielsetzung der Arbeit und des Forschungsstandes. Die Kombination der verwendeten Theorieansätze dient zur Schließung von Forschungslücken. Im Folgenden wird die Theorieauswahl begründet.

Auf Grund der Komplexität realer politischer Prozesse kann gesundheitspolitischer Wandel nicht durch einen einzigen Theorieansatz erklärt werden. Je nach Gegenstand der Untersuchung, Erkenntnisinteresse und Abstraktionsgrad müssen verschiedene Theorieansätze kombiniert werden. Der Gebrauch mehrerer Ansätze ist auch deshalb nötig, weil mögliche Verzerrungen als Resultat selektiver Wahrnehmung durch die Nutzung von nur einem Theorieansatz, vermieden werden können. Außerdem kann erst durch die Verwendung verschiedener theoretischer Ansätze wissenschaftlicher Fortschritt erzeugt werden (Mayntz, 2002, S. 38ff; Schneider, 2003, S. 309ff; Scharpf, 2000, S. 63ff).

Der empirische und theoretische Stand der Forschung haben gezeigt, dass die Theorieansätze der **vergleichenden Staatstätigkeitsforschung** geeignet sind, um politischen Wandel zu erklären. Sie setzen auf **Makroebene** an (Schneider/Janning, 2006, S. 79ff). Die theoreti-



schen Ansätze der **Policy-Forschung** erklären ebenfalls, wie Reformen zustande kommen, setzen dabei aber auf **Mikroebene** an. Um alle möglichen Erklärungsfaktoren (auf Makro- und Mikroebene) für politischen Wandel zu beachten, sollten Erklärungsansätze der vergleichenden Staatstätigkeitsforschung und der Policy-Forschung berücksichtigt werden. Vor allem die aktuellen politikwissenschaftlichen Herausforderungen führen dazu, dass die Theorieansätze der vergleichenden Staatstätigkeitsforschung mit dem Theorieangebot der Policy-Forschung kombiniert angewendet werden müssen. Sie sollen gemeinsam daraufhin geprüft werden, wann sie von Nutzen sind (Busch, 2013, S. 31):

*„Denn die detailliertere Einbeziehung von Informationen über den Politikprozess könnte eine gute Ergänzung für das Repertoire der bereits genutzten Theorieschulen (der vergleichenden Staatstätigkeitsforschung) sein. So kann eine "multiplestreams" -Perspektive wie die von Kingdon (2003) den Blick dafür schärfen, warum Entscheidungen zu bestimmten Zeitpunkten getroffen werden, während "punctuated equilibrium" (Jones/Baumgartner, 2005) den Wechsel zwischen Perioden der Stabilität und des Wandels zu erklären helfen kann. ... Eine explizite Erweiterung des etablierten Theorienkatalogs der vergleichenden Staatstätigkeitsforschung könnte hier neue Perspektiven eröffnen und gleichzeitig diese Theorien (der Policy-Forschung von denen einige v. a. anhand des US-amerikanischen Politikprozesses entwickelt wurden) dem Test des internationalen Vergleichs aussetzen. Die Rezeption wäre mithin keineswegs eine Einbahnstraße. Auch die Policy-Forschung könnte profitieren, ignoriert sie doch bisher weitgehend bewährte Erklärungsvariablen der vergleichenden Staatstätigkeitsforschung, wie etwa den Einfluss von Parteiendifferenz.“ (Busch, 2013, S. 31)*

Die vorliegende Arbeit greift diesen Ansatz auf und leistet durch die Anwendung von Theorieansätzen der vergleichenden Staatstätigkeitsforschung und der Policy-Forschung einen **Beitrag zur interdisziplinären Kooperation zwischen den beiden Teilgebieten der Politikwissenschaft**.<sup>117</sup> Zudem werden die **theoretischen Ansätze der Policy-Forschung dem Test des europäischen Vergleichs ausgesetzt** und somit wird eine empirische Lücke geschlossen.

Eine weitere Forschungslücke existiert, da die theoretischen Ansätze der vergleichenden Staatstätigkeitsforschung bislang kaum in qualitativen Studien getestet wurden. Bisher lag der "methodische(n) Schwerpunkt auf einer quantitativen Herangehensweise" (Zohlnhöfer, 2008, S. 157). Quantitative Verfahren wie die Panelanalyse können nicht der einzige und richtige Weg zur Beantwortung sozialwissenschaftlicher Fragestellungen sein (Kittel, 2005):

*„Kombinierte Zeitreihen-Querschnittmodelle haben in der empirischen Analyse eine ähnliche Funktion wie die Kettensäge im Werkzeugkasten eines Gärtners. Sie leistet gute Dienste, um dem Garten eine Grundform zu geben, indem mit ihr die Bäume auf gleicher Höhe abgeschnitten werden können. Aber wenn es darum geht, den Garten zum Blühen zu bringen, dann ist ihr Nutzen fraglich und wir sollten sie besser im Werkzeugkasten lassen. Es gibt eine Vielzahl anderer Werkzeuge, die für die dazu notwendigen Arbeiten geeigneter sind. Am wichtigsten ist jedoch ein durchdachter Bepflanzungsplan.“ (Kittel, 2003, S. 409)*

Die vorliegende Studie ist qualitativ angelegt (siehe Kapitel 6.5) und schließt somit eine Forschungslücke, indem sie die **Theorieansätze der vergleichenden Staatstätigkeit durch eine qualitative Herangehensweise testet**.

Bei der Auswahl der in der vorliegenden Arbeit berücksichtigten theoretischen Ansätze müssen verschiedene Aspekte beachtet werden. **Die Theorieansätze der vergleichenden**

<sup>117</sup> Die einzelnen in der vorliegenden Arbeiten verwendeten Theorieansätze werden in Kapitel 5.1 – zugespitzt auf ihre Erklärungskraft für politischen Wandel – genauer vorgestellt (vergleichende Staatstätigkeitsforschung in Kapitel 5.1.1 und Policy-Forschung in Kapitel 5.1.2).

**Staatstätigkeitsforschung werden alle sechs angewendet, da sie nur gemeinsam angewendet empirische Prozesse erklären können** (Schmidt, 1993, S. 382; Schmidt et al., 2007, Kapitel I). Die sechs Theoriefamilien sind besonders gut dafür geeignet kombiniert angewendet zu werden und sollen nicht in Konkurrenz zueinander betrachtet werden. Denn gemeinsam angewendet ermöglichen sie nach Schmidt (2001, S. 12) „eine möglichst dichte Beschreibung und reichhaltige Erklärung“ von empirischen Phänomenen.

Die in der vorliegenden Arbeit angewendeten theoretischen Konzepte der Policy-Forschung sind der **PET** und der **MSA**. Dies hat verschiedene Gründe: Beide Theorieansätze **erklären politischen Wandel durch kurzfristige Faktoren**. Der ACF wird in dieser Studie bewusst nicht behandelt. Der Ansatz erklärt langfristige politische Veränderungen – über mehrere Jahrzehnte (Sabatier/Jenkins-Smith, 1993). Die Einführung der Kartensysteme im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen ist ein kurzfristiger Policy-Wandel. Denn erst Mitte/Ende der 90er waren die technologischen Voraussetzungen für die Einführung eines flächendeckenden elektronischen Kartensystems in den Staaten gegeben (Stritzke/Eissing, 2005; Dietzel, 2000) und schon kurze Zeit später wurde die Reform zur Einführung der Kartensysteme in Deutschland (2003) und Österreich (1999) verabschiedet (siehe Kapitel 3.3.2 und 3.3.3). Der ACF eignet sich demnach nicht als Erklärungsrahmen für die Einführung der elektronischen Kartensysteme im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen. Ferner wird der analytische Rahmen des Akteurzentrierten Institutionalismus nicht als Theorieansatz verwendet, da er einen Beitrag zur Rekonstruktion politischer Reform-Prozesse leistet, allerdings nicht die Einführung einer Policy begründen kann (Pressel, 2011, S. 211f). Es wird allerdings vom Akteurzentrierten Institutionalismus übernommen, dass soziale bzw. politische Phänomene das Ergebnis der Interaktionen zwischen intentional handelnden Akteuren sind (Scharpf, 2000, S. 17).

Weiterhin beruht die Entscheidung für die Verwendung der Theoriefamilien der vergleichenden Staatstätigkeitsforschung sowie des MSA und des PET als modelltheoretischen Rahmen

- auf den in Kapitel 4.2.2 identifizierten **empirischen Hinweisen, die sich konzeptionell in den theoretischen Ansätzen wiederfinden**
- sowie auf der gezielten Entscheidung, die **modernen Ansätze** – die aktuell unter den „Theories of the policy process“ diskutiert werden – **mit den in der bundesdeutschen politikwissenschaftlichen Diskussion etablierten Theoriefamilien** der vergleichenden Staatstätigkeitsforschung – deren zentrale Themen und Fragestellungen heute noch ebenso relevant sind wie vor drei Jahrzehnten, als sie von Schmidt (1982) in die politikwissenschaftliche Diskussion eingeführt wurden – zu **verbinden**.
- Ferner ist die Theorieauswahl in der Entscheidung für ein Konzept begründet, das die **situativ-dynamischen Momente des gesamten Politikprozesses berücksichtigt** (MSA und PET) und damit den aktuellen Herausforderungen der vergleichenden Staatstätigkeitsforschung begegnet.

Die einzelnen, in der vorliegenden Arbeit verwendeten Theorieansätze aus der vergleichenden Staatstätigkeitsforschung und der Policy-Forschung werden folgend in Kapitel 5.1 genauer vorgestellt. Dabei liegt der Fokus auf der Erklärungskraft der Theorieansätze für politischen Wandel. Im folgenden Kapitel wird ergänzend an entsprechender Stelle begründet, weshalb eine Kombination der gewählten Theorieansätze sinnvoll ist.

## **5 Verwendete Theorieansätze und Hypothesenbildung**

In diesem Kapitel wird die theoretische Rahmenbildung für die spätere empirische Analyse vorgenommen, um sowohl das theoretische Fundament für die weiteren Kapitel dieser Arbeit zu legen als auch die Inhalte dieser Kapitel in das Themenfeld einordnen zu können. In einem ersten Teil des Kapitels 5 werden die in der vorliegenden Arbeit verwendeten Theorieansätze beschrieben (Kapitel 5.1). Anschließend werden aus den vorgestellten Theorieansätzen für den Untersuchungsgegenstand Hypothesen abgeleitet (Kapitel 5.2). Diese Hypothesen werden im späteren Teil dieser Arbeit (Kapitel 7) anhand der empirischen Analyse "Einführung eines elektronischen Kartensystems im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen" überprüft und für den Untersuchungsgegenstand vorläufig bestätigt oder widerlegt.

### **5.1 Theoretischer Rahmen für die empirische Analyse**

Vor der eigentlichen Untersuchung, sollte der verwendete theoretische Analyserahmen beschrieben werden. Theorien dienen zur Hilfe bei der Definition des Forschungsdesigns. Außerdem leisten sie einen bedeutenden Beitrag zur Generalisierung von Fallstudienresultaten (Yin, 2003, S. 33). Bei induktiv vergleichend angelegten Fallstudien – wie der vorliegenden – sollen vom Untersuchungsfall Rückschlüsse auf existierende Theorien gezogen werden und somit Erklärungsgrenzen und -möglichkeiten der Theorien identifiziert werden.<sup>118</sup> Die u. a. auf Grundlage des Forschungsstands definierten und dieser Arbeit zugrundeliegenden Theorieansätze aus der vergleichenden Staatstätigkeitsforschung und der Policy-Forschung werden im Folgenden beschrieben. Dabei liegt der Fokus der Beschreibung auf den jeweiligen Erklärungsfaktoren für politischen Wandel. Am Ende des Kapitels 5.1.1 werden die erklärenden Variablen für politischen Wandel aus den verwendeten Theorieansätzen der vergleichenden Staatstätigkeitsforschung und der Policy-Forschung in Tabelle 7 zur Übersicht dargestellt.

#### **5.1.1 Theoriefamilien der vergleichenden Staatstätigkeitsforschung**

Die Disziplin der vergleichenden Staatstätigkeitsforschung wurde maßgeblich von Manfred G. Schmidt geprägt. Sie beinhaltet sechs zentrale Theorieansätze bzw. Theoriefamilien (Schmidt, 2001, S. 12), die den Anspruch haben, politischen Wandel zu erklären. Die einzelnen Theoriefamilien werden im Folgenden kurz dargestellt.

##### **5.1.1.1 Sozioökonomische Determination der Regierungstätigkeit**

Die sozioökonomische Determination ist eine Theoriefamilie der vergleichenden Staatstätigkeitsforschung. Die politischen Veränderungen sind der sozioökonomischen Determination zufolge den politischen Reaktionen auf veränderte gesellschaftliche und wirtschaftliche Entwicklungen geschuldet (Schmidt/Ostheim, 2007, S. 22). Mit Hilfe der Theoriefamilie der sozioökonomischen Determination können soziale und ökonomische Zwänge erkannt werden, die sich innerhalb eines Staates ergeben. Die Zwänge können z. B. auf Grund der Globalisierung, dem demographischen Wandel, oder technischen Entwicklungen entstehen. Auf diese Verän-

---

<sup>118</sup> Siehe Kapitel 6.3 zum Fallstudientyp und Kapitel 6.5.2.2 zum methodischen Vorgehen bei der Reflexion und Theorieüberprüfung innerhalb der vorliegenden Arbeit.

derungen reagieren politische Akteure und setzen Reformen um, die das bestehende Gesetz an die neuen Bedingungen anpassen (Schmidt/Ostheim, 2007a, S. 29f).

Kritiker der sozioökonomischen Determination bemängeln deren fehlende Mikrofundierung sowie die Vernachlässigung von politischen Wertvorstellungen und institutionell begrenzten Handlungskorridoren. Der Theorieansatz missachtet unterschiedliche Handlungsmöglichkeiten, die für Akteure auf Grund von sozioökonomischen Veränderungen entstehen und zu verschiedenen Ergebnissen – z. B. der unterschiedlichen Ausgestaltung von Reformen – führen können. Der Theorieansatz geht von einer deterministischen Auffassung aus. Demnach sind Reformen durch Vorbedingungen eindeutig festgelegt (Schmidt/Ostheim, 2007a, S. 35ff). Durch die Kombination mit den anderen Theriefamilien der vergleichenden Staatstätigkeitsforschung und mit den Theorieansätzen der Policy-Forschung werden die vernachlässigten Faktoren der Theriefamilie der sozioökonomischen Determination in der vorliegenden Arbeit aufgegriffen.

### **5.1.1.2 Die Bedeutung von Machtressourcen organisierter Interessen**

Die sozioökonomische Determination begreift zukünftige Ereignisse durch Vorbedingungen eindeutig festgelegt. Demgegenüber erklärt die Lehre von den Machtressourcen organisierter Interessen politischen Wandel weniger deterministisch. Die Lehre von den Machtressourcen begründet Regierungstätigkeit detaillierter und identifiziert den politischen Prozess als relevant für Staatstätigkeit. Walter Korpi ist der Begründer der klassischen „Lehre von den Machtressourcen organisierter Gruppen“. Für ihn sind Machtressourcen und damit Machtverhältnisse einzelner kollektiver Akteure ausschlaggebend für politische Veränderungen. In einem "demokratischen Klassenkampf" stehen sich Arbeit und Kapital gegenüber (Korpi, 1983). Es existiert eine sozioökonomische Konfliktlinie zwischen den politischen Vertretern von Arbeiterinteressen (z. B. Gewerkschaften, Linksparteien) und den Vertretern von Kapital (z. B. Industrie). Korpi (1983) erklärt politischen Wandel innerhalb eines Staates mit geänderten Machtverhältnissen (unabhängige Variable) zwischen den gesellschaftlichen Gruppen. Die Machtverteilung aus der Markt-, Verbands- und Staatsmacht der gesellschaftlichen Klassen ist ausschlaggebend für die Durchsetzungskraft einer Interessengruppe (Schmidt/Ostheim, 2007, S. 22). Je mehr Machtressourcen eine gesellschaftliche Klasse besitzt, desto eher setzt sie sich durch. Politischer Wandel kommt dann zustande, wenn sich Machtverhältnisse ändern. Ein Beispiel für veränderte Machtverhältnisse innerhalb der Gruppen ist der veränderte Organisationsgrad von Interessenverbänden (Korpi, 1983, Esping-Anderson, 1990).

Kritiker der Lehre von den Machtressourcen organisierter Interessen schreiben, dass der Theorieansatz institutionelle Gegebenheiten missachtet, wie föderale Strukturen oder das Zweikammersystem (Zohlnhöfer, 2008, S. 159f). Diese werden im politisch-institutionalistischen Ansatz (Kapitel 5.1.1.4) behandelt.

### **5.1.1.3 Lehre von der Parteiendifferenz**

Die Lehre der Parteiendifferenz geht wie die Machtressourcen-Schule von einer prinzipiellen politischen Gestaltbarkeit der Staatstätigkeit aus. Aus Sicht der Parteiendifferenztheorie steht dabei aber die parteipolitische Färbung der Regierung bzw. die Machtverteilung in Legislative und Exekutive und nicht die gesellschaftliche Machtverteilung bzw. die außerparlamentarischen Machtressourcen im Mittelpunkt des Interesses (Schmidt/Ostheim, 2007, S. 23). Die Lehre der Parteiendifferenz wurde maßgeblich von Hibbs (1977), Rose (1982) und Schmidt (1982) entwickelt. Hauptaussage der Theriefamilie ist, dass politische Inhalte von der parteipolitischen Zusammensetzung der Regierung abhängig sind. Hibbs (1977) geht in seiner "partisan theory of public policy" davon aus, dass Parteien bei ihren politischen Handlungen und

Entscheidungen die differierenden Interessen ihrer Wähler und ihrer Regierungspolitik berücksichtigen. Da unterschiedliche Parteien miteinander konkurrieren und jeweils eine andere Wählerschaft mit jeweils eigenen ökonomischen Interessen vertreten, ändert sich die Staatstätigkeit, wenn eine neue Regierung an die Macht kommt. Damit führt der Parteienwettbewerb zu Parteiendifferenz. Besonders große Unterschiede gibt es zwischen der Regierungspolitik von Linksparteiregierungen und liberalen oder konservativen marktorientierten Regierungen (Schmidt/Ostheim, 2007, S. 23), sowie zwischen linken und christdemokratischen Parteien auf der einen Seite und liberalen und säkular-konservativen Parteien auf der anderen Seite (Schmidt, 1996). Linke Parteien greifen eher in die Volkswirtschaft ein und bauen den Wohlfahrtsstaat aus, rechte Parteien führen Politiken zur Unterstützung der Marktkräfte ein, während grüne Parteien umweltpolitische Maßnahmen umsetzen (Zohlnhöfer, 2003). Empirische Arbeiten zur Parteiendifferenztheorie, wie die von Busemeyer (2006, 2008) zeigen, dass Reformen das Resultat von Regierungswechseln sind. Andere Studien veranschaulichen, dass sich die Politiken der Parteien am Medianwähler orientieren und deshalb keine Parteiendifferenz entsteht. Denn Parteien haben vor allem ein Interesse an dem Stimmengewinn und am Machterhalt (Downs, 1968; Kirchheimer, 1965; Schmidt, 1982). Schmidt (1996) schreibt, dass Parteeffekte in Systemen, in denen politische Entscheidungen von einer Vielzahl an Vetospielern gekennzeichnet sind, eher nicht zu erwarten sind. Auch wenn die genannten empirischen Studien die Existenz von Parteiendifferenzen nicht widerlegen können, zeigen sie dennoch, dass politischer Wandel auch von anderen Variablen<sup>119</sup> abhängig ist (Schmidt, 1996; Schmidt, 2002). Von Bedeutung sind dabei u. a. institutionelle Gegebenheiten, welche im Folgenden behandelt werden.

#### 5.1.1.4 Politisch-institutionalistischer Erklärungsansatz

Der politisch-institutionalistische Erklärungsansatz geht davon aus, dass politische Institutionen<sup>120</sup> einen Einfluss auf Regierungspolitik ausüben. Politische Institutionen koordinieren und bedingen die Zusammensetzung von Akteuren, ihre Strategien und Interaktionsmuster untereinander. Sie strukturieren Entscheidungsprozesse in einzelnen Staaten (die Zustimmung welcher Akteure ist notwendig, um Reformen durchzusetzen?) und bestimmen die Kompetenzen und Ressourcen von Regierungen (Zohlnhöfer, 2003). Politische Institutionen begrenzen somit den Handlungsspielraum einer Regierung, eine Politik durchsetzen zu können. Der politisch-institutionalistische Erklärungsansatz geht davon aus, dass sowohl interpersonelle formelle und informelle Regeln und Normen Staatstätigkeit bedingen. Das bedeutet, dass Staatstätigkeit von verfassungspolitischen Vorgaben, Regeln und Normen der öffentlichen Willensbildung und Entscheidungsfindung sowie von der Willensbildung/Entscheidungsfindung der Organisationen der Interessenvermittlung zwischen Gesellschaft, Wirtschaft und Politik abhängt (Schmidt/Ostheim, 2007, S. 24 und S. 63). Normen und Regeln des politischen Willensbildungs- und Entscheidungsprozesses sind die institutionellen Bedingungen, welche die Staatstätigkeit und somit politischen Wandel ausmachen (Schmidt/Ostheim, 2007, S. 24).

Der politisch-institutionalistische Erklärungsansatz begründet politische Veränderungen durch „das Fehlen machtvoller institutioneller Schranken gegen die Mehrheitsherrschaft und das

<sup>119</sup> Von Bedeutung sind auch Machtressourcen innerhalb und außerhalb des Parlaments und Gestaltungsspielräume in den zentralen politischen Arenen (Schmidt, 1996; Schmidt, 2002).

<sup>120</sup> Laut Jakobi (2007, S. 19) und Cairney (2012, S. 70) sind Institutionen ein Sammelbegriff für diverse Regelsysteme und erfordern im Forschungsprozess jeweils einer konkreten Operationalisierung. In der vorliegenden Arbeit wird der Institutionenbegriff für formelle und informelle Strukturen, Regeln und Normen innerhalb eines Systems (z. B. Gesundheitssystem) verwendet (Jones et al., 2003, S. 153f; Baumgartner/Jones, 2009, S. 151; Schlager, 2007, S. 307).

Verhältnis von Staat und Verbänden“ (Schmidt/Ostheim 2007, S. 24). Demnach ist eine Reform dann eher möglich, wenn wenige typische institutionelle Blockaden fehlen. Denn diese erschweren die Durchsetzung einer Regierungspolitik. In den meisten empirischen Studien – wie in denen von Webber (1988a, b) – wurde der politisch-institutionalistische Ansatz zur Erklärung von Reformblockaden genutzt und nicht zur Illustration von politischem Wandel. Nach Tsebelis kann der Ansatz aber auch zur Erklärung von Wandel dienen. Tsebelis schreibt, dass sich Interessengruppen auf ein "Winset" – eine Schnittmenge der möglichen Veränderungen – einigen können. Die von Tsebelis (1995, 2002) entwickelte „Vetospiele-Theorie“ kann dem politisch-institutionalistischen Erklärungsansatz zugeordnet werden. Mit „Vetospiele“ beschreibt Tsebelis alle individuellen und kollektiven Akteure, die den potentiellen Veränderungen eines Ist-Zustands zustimmen müssen. Beispiele für „Vetospiele“ sind Parteien, Verfassungsinstitutionen (parlamentarische Kammern, z. B. Bundesrat, Verfassungsgerichte), Korporatismus oder die Einbindung in supranationale Organisationen. Die Theorie besagt, dass Vetospiele einem Wandel des Ist-Zustands nur dann zustimmen, wenn sie durch diese Veränderung nicht schlechter gestellt werden als zuvor. Das heißt, bei einem Pareto-Optimum (oder auch Pareto-effizienter Zustand) würde sich kein Vetospiele freiwillig für eine Veränderung des Status Quo entscheiden. Je mehr Vetospiele an einer Entscheidung beteiligt sind, desto geringer ist die Chance, dass es zu einer Reform kommt. Demnach ist eine Reform eher möglich, wenn vergleichsweise wenig Vetospiele an der Entscheidungsfindung beteiligt sind (Die Ausnahme stellt die Tatsache dar, dass alle Vetospiele die gleichen Präferenzen haben) (Zohlnhöfer, 2008, S. 162). Eine weitere Variante der politisch-institutionalistischen Schule schreibt Verbänden eine besondere Rolle zu. Wenn Verbände in Form von tripartistischen Arrangements in die Politikformulierung und -umsetzung eingebunden sind, werden vor allem sozialpolitische Eingriffe in das Marktgeschehen vorgenommen (Schmidt/Ostheim, 2007, S. 24). Die Erklärungskraft des politisch-institutionalistischen Theorieansatzes ist weitgehend unumstritten (Zohlnhöfer, 2008, S. 162). Allerdings kann der Ansatz allein Staatstätigkeit nicht hinreichend erklären. Denn institutionalistische Arrangements determinieren nicht das Handeln der in ihnen handelnden politischen Entscheidungsträger (Mayntz/Scharpf, 1995; Scharpf, 1997). Deshalb dürfen gesellschaftliche und politische Akteure nicht unbeachtet bleiben. Diese werden u. a. in der Lehre von den Machtressourcen organisierter Interessen und in der Lehre der Parteiendifferenz sowie in den Theorieansätzen der Policy-Forschung behandelt.

#### 5.1.1.5 Internationale Hypothese

Die bisher behandelten Theriefamilien erklären politischen Wandel durch nationalstaatliche Faktoren. Die Internationale Hypothese als weitere Theriefamilie von Schmidt (Schmidt, 2001, S. 15) besagt, dass andere Staaten, die inter- und transnationale Verflechtung und speziell die Globalisierung sowie die europäische Integration Einfluss auf nationalstaatliche Politik haben. Politische Veränderungen bzw. Reformen in einem Staat werden demnach von Entwicklungen außerhalb der Staatsgrenzen angestoßen. Mit „Politikkonvergenz, Transfer und Diffusion“ haben sich Holzinger und Knill intensiv beschäftigt (Überblick bei Holzinger et al., 2007a). Die Autoren stellen fünf Einflüsse auf Policy-Konvergenz bzw. auf das politische Handeln eines Staates fest, die außerhalb des Nationalstaates ihren Ursprung haben (Holzinger/Knill, 2007, S. 88ff):

Die erste Ursache, die laut Holzinger und Knill für Konvergenz in Staaten verantwortlich sein kann, ist Zwang. Politischer Zwang existiert dann, wenn externe politische Akteure wie die EU eine Regierung dazu zwingen, eine bestimmte Politik umzusetzen. Die Ausgestaltung des deutschen oder österreichischen Gesundheitssystems liegt ausschließlich bei den einzelnen

nationalstaatlichen Regierungen. Kein externer politischer Akteur hat die Kompetenz die nationalen Regierungen dazu zu zwingen ein elektronisches Kartensystem im Gesundheitswesen einzuführen (siehe Kapitel 3.2.1.1 zur Rolle internationaler Organisationen und der EU in der nationalen Gesundheitspolitik). Deshalb ist diese, von Holzinger und Knill identifizierte Ursache für nationalen politischen Wandel, für die vorliegende Arbeit nicht relevant.

Anders verhält es sich mit der zweiten möglichen Ursache für politischen Wandel in Staaten, den einheitlichen Vorgaben oder Richtlinien auf internationaler oder supranationaler Ebene – z. B. auf EU-Ebene oder UN-Ebene. Die Umsetzung und Einhaltung der Vorgaben und Richtlinien kann für die jeweiligen Mitgliedstaaten verbindlich sein.

Die dritte mögliche Ursache für nationale politische Veränderungen ist die „Transnationale Kommunikation“. Darunter fällt auch „Policy Transfer“ (Dolowitz/Marsh, 1996; 2000) bzw. „Lesson Drawing“ – also das Lernen vom Ausland oder aus transnationalen Projekten (Rose 1991, 1993). Das bedeutet, dass Policy-Inhalte von anderen Staaten in verschiedenen Formen übernommen werden. Regierungen übernehmen Elemente aus Reformen anderer Staaten oder lernen aus transnationalen Projekten bzw. von Forschungsprojekten der EU. Positive Erfahrungen werden übernommen, negative Erfahrungen nicht in nationalen Reformen umgesetzt (Rose, 1991, S. 22).

Ein vierter Grund für Reformen ist laut Holzinger und Knill Wettbewerb zwischen Regierungen. Politischer Wandel resultiert demnach aus dem Druck heraus, sich wirtschaftlich anzupassen. Nationale Regierungen streben die Wettbewerbsfähigkeit der nationalen Industrie an und versuchen z. B. durch entsprechende Gesetzte Abwanderungen der Produktionsfaktoren Kapital und Arbeit ins Ausland zu unterbinden.

Die letzte von Holzinger und Knill identifizierte Ursache für Reformen ist „Unabhängiges Problemlösen“. Damit ist gemeint, dass Regierungen auch unabhängig voneinander ähnliche Policies umsetzen können. Das geschieht, wenn Staaten, ohne aufeinander zu achten, dieselben politischen Veränderungen für sinnvoll halten und diese umsetzen. Es kann demnach auch sein, dass mehrere Staaten Reformen umsetzten, ohne dabei aufeinander zu achten. Diese Tatsache erklärt allerdings nicht, weshalb Reformen zustande kommen. Sie besagt nur, dass internationale Einflussfaktoren keinen Einfluss haben.

Für die vorliegende Arbeit sind deshalb die Erklärungsfaktoren zwei, drei und vier von Holzinger und Knill interessant. Zohlnhöfer (2008, S. 164) weist darauf hin, dass nationalstaatliche politische Entscheidungen nicht ausschließlich durch internationale Einflüsse determiniert werden. Die Internationale Hypothese muss dementsprechend durch nationale Theorieschulen ergänzt werden – und umgekehrt.

#### **5.1.1.6 Politik-Erbe und Pfadabhängigkeit**

Die sechste und damit letzte Theoriefamilie der vergleichenden Staatstätigkeitsforschung ist das Politik-Erbe. Jede Regierung "erbt" Politiken vergangener Regierungen. Einmal getroffene Entscheidungen üben einen Einfluss auf die Zukunft aus (Pfadabhängigkeit) (Schmidt, 2001, S. 15). Pfadabhängigkeit bedeutet in diesem Zusammenhang, dass getroffene politische Entscheidungen und darauf folgende Ereignisse stabilisierend auf eine ehemals getroffene Entscheidung wirken (Pierson, 2000, 2004; Mahoney, 2000). Am Anfang eines Pfades können politische Entscheider zwischen mindestens zwei verschiedenen Alternativen bzw. Policies wählen. Es wird dann eine Möglichkeit gewählt. Anschließend verstärken verschiedene Mechanismen und evtl. auch (vorläufige) positive Rückkopplungen die Entscheidung für die gewählte Alternative, bzw. den eingeschlagenen Pfad. Einige Wissenschaftler gehen davon aus,

dass der eingeschlagene Weg sich derart verfestigt, dass er keinerlei Abzweigungen zulässt (Benz, 1989). Das kann daran liegen, dass Interessengruppen ein einmal eingesetztes Programm verteidigen und Regierungen deshalb von einer Änderung absehen. Ein anderer Grund einen politischen Pfad einzuhalten sind hohe Kosten, die für ein Programm in der Vergangenheit angefallen sind. Für die aktuelle Regierung ist es deshalb schwer einen Abbruch des Projekts zu rechtfertigen. Darüber hinaus ist es für Regierungen politisch gewagt, weitreichendere Reformen durchzuführen. Denn oft ist es unsicher, ob ihre gewünschten Ziele überhaupt den gewollten Effekt erzielen und negative Folgen lassen sich oft im Vorfeld nur schwer abschätzen (Zohlnhöfer, 2003). Eine politische Veränderung ist dann nicht mehr möglich oder wenn überhaupt das Resultat eines Schocks (exogenes Ereignis) (Pierson, 2000). Politischer Wandel ist demnach durch eine in der Vergangenheit umgesetzte Politik bestimmt: Eine politische Entscheidung wird gewählt, weil eine vormals getroffene politische Entscheidung bereits den Pfad für die Alternative geöffnet hat. Des Weiteren erklärt der Theorieansatz des Politik-Erbes politischen Wandel in die Zukunft gerichtet: Demnach wird ein einmaliger Policy-Wandel z. B. wegen (vorläufiger) positiver Rückkopplungen weiter geführt – und nicht von nachfolgenden Regierungen geändert bzw. rückgängig gemacht – obwohl er evtl. aus verschiedenen z. B. ökonomischen Gründen nicht sinnvoll ist. Diese These erklärt die Weiterführung einer Politik (eines politischen Wandels) unmittelbar nach ihrer Verabschiedung und ist somit auf die Zukunft ausgerichtet.

Laut Ostheim und Schmidt (2007, S. 93) ist der Theorieansatz des Politik-Erbes besonders geeignet, um in qualitativen Studien angewendet zu werden. Allerdings beachtet der Ansatz nicht die Handlungsspielräume von Akteuren, weshalb er mit den anderen Theriefamilien der vergleichenden Staatstätigkeitsforschung kombiniert werden sollte (Ostheim/Schmidt, 2007, S. 93).

### **5.1.2 Theorieansätze der Policy-Forschung**

In Kapitel 4.3.2 wurde bereits ausführlich dargestellt, weshalb die Erklärungsansätze MSA und PET aus der Policy-Forschung geeignet sind, um gemeinsam mit den in Kapitel 5.1.1 beschriebenen Theriefamilien der vergleichenden Staatstätigkeitsforschung den theoretischen Analyserahmen für die Untersuchung im Rahmen der vorliegenden Arbeit zu bilden. Nachstehend werden nun der MSA und der PET bzw. deren Erklärungsfaktoren für politischen Wandel charakterisiert.

#### **5.1.2.1 Multiple-Streams-Ansatz**

Das theoretische Konzept des MSA ist ein Ansatz aus der Policy-Forschung, der politischen Wandel mikrofundiert erklärt. Er wurde von Kingdon (1984) begründet und später von Zahariadis (1999) weiterentwickelt. Der MSA basiert auf Überlegungen aus der Organisationswissenschaft bzw. der Organisationssoziologie und hierbei speziell auf dem „garbage can model“ des organisationalen Entscheidens (Cohen et al., 1972). Politische Entscheidungen sind demnach das Ergebnis organisationaler Prozesse. Dabei ist der Entscheidungs- und Lösungsprozess kein rationaler, effektiver und ökonomischer Prozess. Vielmehr ist der Prozess zufällig, sehr situationsabhängig und eher schwer vorhersehbar. Dieser Entscheidungs- und Lösungsprozess findet innerhalb einer konflikthafter Organisation (Regierungssystem/-apparat) statt, die anarchisch organisiert ist. Damit ist gemeint, dass viele Handlungsabläufe wirt nebeneinander und weitgehend unkoordiniert und ungesteuert existieren. Es gibt keine eindeutigen aber sich ständig ändernde Präferenzen und Ziele der Akteure. Zudem sind die zur Verfügung stehen-



den Technologien den beteiligten Akteuren unklar. Darüber hinaus wechseln die an den Prozessen teilnehmenden Akteure ständig (Rüb, 2009, S. 350).

Der MSA geht davon aus, dass innerhalb eines Regierungsapparats drei relativ unabhängige Ströme fließen (Rüb, 2009, S. 350).<sup>121</sup> Nach Kingdon (1995, S. 109ff) ist der erste „Strom“ der Problemstrom („stream of problem-recognition“). Er beschreibt alle Probleme, die nebeneinander präsent sind. Der zweite „Strom“ ist der Policy-Strom („stream of policy-proposals“ oder „policy primeval soup“<sup>122</sup>) (Kingdon, 1984, S. 122). Der Policy-Strom beschreibt die Vielzahl unterschiedlicher Konzepte und Ideen, die von einzelnen Personen oder Policy-Netzwerken<sup>123</sup> produziert werden und jeweils um Anerkennung ringen (Kingdon, 2003, S. 121ff). Die Interessenvertreter verbreiten ihre Präferenzen und Ideen z. B. in Foren, Papern, Zeitschriften, Stellungnahmen, Pressemitteilungen, auf Kongressen und Anhörungen. Die jeweiligen Ideen und Lösungsvorschläge entstehen dabei oft unabhängig von konkreten bestehenden Problemen und werden auch zumeist nicht für Politiker relevant (Kingdon, 1984, S. 137ff; Zahariadis, 2007, S. 72). Der dritte Strom ist der Politics-Strom („stream of politics“ oder „political stream“). Mit diesem Strom werden die Entscheidungsprozesse innerhalb eines Regierungsapparats beschrieben. Aber auch die Stimmung in einer Gesellschaft („national mood“, Kingdon, 1984, S. 153ff) ist Teil dieses Stroms. Kingdon beschreibt diese Stimmung wie folgt:

*„Large number of people out in the country are thinking along certain common lines“* (Kingdon, 1984, S. 153).

Ferner beinhaltet der Strom Machtverteilungen der organisierten Interessen.<sup>124</sup> Auch der Wechsel von Abgeordneten, Regierungsmitglieder und Ministern („turnover of key personal“) wird mit diesem dritten Strom beschrieben (Kingdon, 1984, S. 168ff).

Die drei genannten Ströme fließen relativ unabhängig nebeneinander und voneinander. Bei dem MSA spielt nun konzeptionell das politische Zeitfenster („policy window“) und der politische Entrepreneur („policy entrepreneur“) eine bedeutende Rolle für politischen Wandel. Der politische Entrepreneur hat die Aufgabe und Chance die drei Ströme miteinander zu verknüpfen und somit politischen Wandel möglich zu machen (Kingdon, 1984, S. 188; 2003, S. 179ff). Ein „policy entrepreneur“ kann z. B. ein Regierungschef, ein Minister, ein Fraktionsvorsitzender oder auch ein einflussreicher Regierungsberater sein. Dieser möchte ein bestimmtes Problem auf die politische Agenda bringen, weil er es aus diversen Gründen lösen möchte. Der Entrepreneur übernimmt sodann das Management der verschiedenen Interessen der Diskussionspartner und das seiner eigenen Interessen. Er managed die Interdependenzen der Verhandlungspartner, steuert die Suche nach Lösungen und lenkt die Anzahl und Art der Diskussions- und Verhandlungspartner. Der Entrepreneur gestaltet den Rahmen, in dem der Problemlösungsprozess stattfindet und setzt sich zumeist für die Durchsetzung einer bestimmten Reform ein.

Es muss sich allerdings ein „policy window“ öffnen, damit der politische Entrepreneur erfolgreich sein kann. Das politische Zeitfenster öffnet sich z. B. durch Problemdruck, Krisen, Neuwahlen oder Personalwechsel innerhalb der Regierungsadministration, einem Ministerwechsel

<sup>121</sup> Die Strommetapher soll unterstreichen, dass die Regierungsadministration aus zeitlich ausgedehnten Prozessen besteht. Diese können je nach Lage und Situation unterschiedliche Fließgeschwindigkeiten annehmen (Rüb, 2009, S. 350).

<sup>122</sup> Verschiedene Ideen und Konzepte schwimmen in einer Art „Ursuppe“, von Kingdon als „Primeval Soup“ bezeichnet, herum.

<sup>123</sup> Z. B. Bürokraten, Interessenvertretern aus Verbänden oder Unternehmen, Wissenschaftlern, Forschungsinstituten, Stiftungen etc.

<sup>124</sup> Es setzen sich laut Kingdon (1984) starke Interessen eher durch als Schwache.

(Kingdon, 1984, S. 183). Kingdon selbst beschreibt das Zustandekommen von politischem Wandel wie folgt:

*„In addition to one be opened by the emergence of a pressing problem, a window can be opened by an event in the political stream - change of administration, a shift in national mood ... Politicians decide to undertake some sort of initiatives on a particular subject, and cast about for ideas. Putting themselves in the market for proposals creates a window for advocates ... One or more of the proposals worked up and available in the policy stream thus becomes coupled to the event in the political stream that changed the agenda.“* (Kingdon, 1984, S. 183)

Rüb (2009, S. 367) hält den MSA für einen sehr aktuellen Ansatz, um politischen Wandel zu erklären. Er kritisiert aber auch, dass der Ansatz „politische Institutionen, die durch Recht gesetzt und durch Recht veränderbar sind ... unterschätzt und vernachlässigt“. Außerdem ist der MSA eine „ahistorische und kontextlose Theorie“ und vernachlässigt den Einfluss der Medien auf politischen Wandel (Rüb, 2009, S. 368). Diese Lücken werden durch die Anwendung der Lehren aus der vergleichenden Staatstätigkeitsforschung sowie durch die Anwendung des PET – der u. a. den Einfluss von Medien berücksichtigt – geschlossen. Der PET und vor allem seine Erklärungskraft für politischen Wandel werden im Folgenden genauer beschrieben.

### 5.1.2.2 Punctuated-Equilibrium-Framework

Der Erklärungsansatz PET ist ein theoretischer Ansatz der Policy-Forschung. Der PET wurde von True, Jones und Baumgartner entwickelt (True et al., 2007) und hat seinen Ursprung in der Evolutionsbiologie. Der PET geht davon aus, dass lange Phasen des Stillstandes bzw. der Stasis abrupt und diskontinuierlich unterbrochen werden. Politische Veränderungen erfolgen demnach schlagartig und nicht langsam bzw. graduell. Der Theorieansatz erklärt Zustände der Stabilität, aber auch des radikalen Wandels (True et al., 2007, S. 155). Für die vorliegende Arbeit ist vor allem die Erklärung des Wandels von Bedeutung.

Die PET basiert auf der Annahme des begrenzt rational handelnden Menschen („bounded rationality“) von Simon (1957; 1983). Simon entwickelte den Theorieansatz zur Beschreibung von Veränderungen und Abläufen in Organisationen. In diesen kann das Bearbeiten von Aufgaben seriell, also hintereinander, oder parallel erfolgen („serial and parallel processing“) (Simon, 1957, 1983). True, Jones und Baumgartner (2007) übernahmen Simons Beschreibung von Organisationen auf Regierungen. Die Anzahl von Problemen übersteigt zumeist die Verarbeitungskapazitäten einer Regierung, weil Ressourcen wie Zeit, Geld und Wissen begrenzt sind. Deshalb können nicht alle potenziell wichtigen Sachverhalte in ihrem vollen Umfang behandelt werden (Jones et al., 2009, S. 858; Baumgartner et al., 2009, S. 608). In Folge dessen geben Regierungen, die mit verschiedenen Sachverhalten verbundenen Aufgaben, an spezialisierte Untereinheiten ("iron triangles" oder "subgovernments") – wie Regierungsbehörden, Haushaltsausschüsse, oder die politikfeldspezifischen Arbeitsgruppen – ab. So können sich Regierungsorganisationen mit mehreren Problemen gleichzeitig beschäftigen (Simon, 1987, S. 353; Workman et al., 2009, S. 79; Gellner/Hammer, 2010, S. 108f). Durch die Arbeitsteilung entstehen „policy subsystems“<sup>125</sup> und damit ein Nebeneinander „institutioneller Zuständigkeitsbereiche“ (Baumgartner/Jones, 2009, S. 38). Ein Policy-"Monopol" – ein Kreis von Akteuren und Organisationen – mit einem eigenen Problemverständnis, eigenen Zielvorstellungen und einem eigenen Verständnis über die beste Art und Weise der Entwicklung von Lösungen ("Policy-Image") übernimmt die Umsetzung definierter Aufgabenbereiche. Andere Interessen werden nicht beachtet (Baumgartner/Jones, 2009, S. 4). True, Jones und Baum-

<sup>125</sup> Der PET baut auf den Vorüberlegungen von Redford auf. Er unterscheidet politisches Handeln in Subsystemen („subsystem politics“) von politischem Handeln auf Makro-Ebene („macropolitics“) (Redford, 1969).

gartner (2007, S. 158) sind der Ansicht, dass die Arbeitsteilung in Subsystemen die Möglichkeit einer größeren politischen Veränderung, wie einer Reform, minimiert (True et al., 2007, S. 158).<sup>126</sup>

Ferner kann aus Sicht des PET politischer Wandel dann stattfinden, wenn neue Informationen zu Änderungen des bis dato gültigen Problemverständnisses führen, wenn bisher vernachlässigte Dimensionen eines bekannten Problems in das Aufmerksamkeitsfeld politischer Akteure treten („attribute intrusion“). Ein Mobilisierungsprozess der dazu führt, dass ein Policy-Monopol und dessen institutionelle Zuständigkeiten in Frage gestellt werden bzw., dass ein Subsystem die „Kontrolle“ über ein Problem verliert, macht politische Reformen möglich (Baumgartner/Jones, 2009, S. 38). Denn das Problem kann sodann von dem Subsystem auf die makropolitische Agenda "wandern" und wird dort nicht mehr parallel, sondern seriell bearbeitet (Baumgartner/Jones, 2009, S. 83ff und 99ff).

Ausschlaggebend für die Wanderung des Problems auf die höhere Ebene, für das Infragestellen von etablierten institutionellen Zuständigkeiten bzw. für politischen Wandel sind neue Personen von außerhalb des Subsystems – wie Firmen- oder Verbandsvertreter, Spitzenpolitiker, Fraktions- oder Parteivorsitzende (Schattschneider, 1957, S. 941). Diese Newcomer bzw. Akteursgruppen von außerhalb des Subsystems beginnen sich, für ein auf der Ebene eines Subsystems diskutiertes Problem zu interessieren. Sie "mobilisieren Interessen, die von den etablierten Interessenträgern und Policy Makern – also dem vorherrschenden Policy Monopol – bisher ignoriert werden" (Gellner/Hammer, 2010, S. 110). Durch die Redefinition eines Problems nehmen die Newcomer Einfluss auf bestehende Institutionen in einem Policy-Feld („Schattschneider-Mobilisierung“). Sie versuchen die Errichtung neuer Institutionen bzw. Verhandlungsorte – wie Arbeitsgruppen oder Gremien – herbeizuführen („Downs-Mobilisierung“), in die sie integriert werden. Je mehr Verhandlungsorte einschließlich ihrer Kompetenzen und Teilnehmer in den politischen Entscheidungsprozess involviert werden, desto größer fällt der Pool an Strategiemöglichkeiten für die neuen Akteure aus. Weiterhin veranlassen die Newcomer wissenschaftliche Expertise, die ihre Argumentationslinien und somit den politischen Wandel unterstützt (Baumgartner/Jones, 2009, S. 83, 99ff). Die Wahrscheinlichkeit einer Policy-Veränderung steigt also dann deutlich, wenn neue Personen von außerhalb des Subsystems beitreten und das Problem<sup>127</sup> den Kreis der eigentlich fachlich zuständigen Experten verlässt. Dieser Prozess kann entweder auf neuen gesellschaftlichen Problemlagen basieren, oder auf bisherig vernachlässigten Dimensionen eines bereits bekannten Problems seitens des Monopols, welches das Problem bearbeitet hat (Baumgartner/Jones, 1991, S. 1053; Baumgartner/Jones, 2009, S. 278).

Laut True, Jones und Baumgartner (2007, S. 159) ist zudem die gestiegene öffentliche und mediale Aufmerksamkeit ausschlaggebend für politischen Wandel. Durch eine erhöhte öffentliche und mediale Aufmerksamkeit, nimmt die Wahrscheinlichkeit eines abrupten politischen Wandels zu. Denn wegen der Aufmerksamkeit steigt der Druck auf die Politik, eine Policy-Veränderung durchzuführen (True et al., 2007, S. 159).

Schlussendlich braucht es laut dem PET neue Akteure und die Aufmerksamkeit der Medienöffentlichkeit – die etablierte Strukturen eines Subsystems aufbrechen – neue Verhandlungsor-

<sup>126</sup> Sie begründen dies damit, dass die Arbeit in Subsystemen weitgehend unter Ausschluss des Interesses der Öffentlichkeit abläuft (True et al., 2007, S. 158).

<sup>127</sup> Baumgartner und Jones (2009, S. 27) verstehen unter einem politischen Problem einen gesellschaftlichen Zustand, der sinnvoll dem öffentlichen Interesse zugeschrieben werden kann und der dem Aufgabenbereich und der Verantwortung der Regierung unterliegt. Der PET definiert nicht genauer, welche sozialen Zustände als politische Probleme wahrgenommen werden (Baumgartner et al., 2009, S. 605f). Außerdem erklärt der Ansatz nicht, welche Faktoren notwendig oder hinreichend für einen politischen „Imagewandel“ sind (Blomquist, 2007, S. 281; True et al., 2007, S. 19).

te, in die die Newcomer integriert werden, und die Unterstützung wissenschaftlicher Expertise, damit politischer Wandel möglich ist.

Auf Basis des eingangs erwähnten Konzepts der "bounded rationality" bei der Entscheidungsfindung existiert eine weiterentwickelte Version des PET. Diese geht davon aus, dass der Prozess des politischen Wandels von der gebundenen Rationalität der Regierenden unterstützt wird (Gellner/Hammer, 2010, S. 110). Als eingeschränkte Rationalität bezeichnet Simon die Tatsache, dass Entscheidungsprozesse wegen Einschränkungen der kognitiven Fähigkeiten des Menschen lediglich begrenzt rational getroffen werden können. U. a. auf Grund von Zeitmangel, Informationsmangel und Unfähigkeit treffen Menschen Entscheidungen manchmal schlechter als unter Idealbedingungen möglich. Vollständig rationales Verhalten ist unmöglich (Simon, 1959; Gigerenzer/Todd, 1999; Gigerenzer/Selten, 2001; Goldstein/Gigerenzer, 2002). Übertragen auf politische Prozesse stehen politische Entscheidungsträger auf Makroebene laut dem PET zu manchen Zeiten bzw. in einigen politischen Entscheidungsprozessen unter erhöhtem Zeitdruck, Informationsmangel und kognitiver Beschränktheit bzw. anderen Unfähigkeiten<sup>128</sup>. Hinsichtlich dieser gebundenen Rationalitäten kommt politischer Wandel leichter zustande. Denn die politischen Entscheider lassen sich angesichts der gebundenen Rationalitäten leichter von z. B. Newcomern oder der medialen Öffentlichkeit überzeugen (Gellner/Hammer, 2010, S. 110).

Der PET eignet sich vornehmlich, um auf Systeme angewendet zu werden, in denen die Subsystem-Ebene äußerst ausgeprägt ist (Gellner/Hammer, 2010, S. 117). Deshalb ist er besonders gut auf das deutsche und österreichische Gesundheitswesen anzuwenden, da dort – wie in Kapitel 3.2 ausführlich dargestellt – viele verschiedene Gremien bzw. Subsysteme existieren, in denen z. B. Verbände und Kammern Aufgaben der Makroebene übernehmen. Somit verfügen die Systeme "aufgrund ihres Designs über eine Vielzahl an interagierenden Verhandlungsorten und ... (weisen) eine gesteigerte Grunddynamik auf. ... Überlappende Zuständigkeiten und unstete Kompetenzzuweisungen bilden ideale Ausgangsbedingungen für die Aktivierung eines weiten Akteurfelds, wenn es zur Issue-Ausdehnung kommt" (Gellner/Hammer, 2010, S. 117).

Tabelle 7 auf der folgenden Seite fasst die vorgestellten erklärenden Variablen für politischen Wandel der Theorieansätze der vergleichenden Staatstätigkeitsforschung und der Policy-Forschung noch einmal übersichtlich zusammen.

---

<sup>128</sup> Der PET geht davon aus, dass Individuen ihre Aufmerksamkeit immer nur auf ein Objekt richten können und sie immer nur eine Perspektive bzgl. des Objekts einnehmen können (Gellner/Hammer, 2010, S. 116).

Tabelle 7: Erklärende Variablen für politischen Wandel aus den Theorieansätzen der vergleichenden Staatstätigkeitsforschung und der Policy-Forschung

Theorieansatz	Erklärende Variablen
Sozioökonomische Determination	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soziale und ökonomische Zwänge auf Grund veränderter gesellschaftlicher und wirtschaftlicher Entwicklungen</li> </ul>
Machtressourcen organisierter Interessen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• (Geänderte) Machtverhältnisse zwischen gesellschaftlichen Gruppen</li> </ul>
Lehre der Parteiendifferenz	<ul style="list-style-type: none"> <li>• (Veränderte) ideologische Prägung/parteipolitische Zusammensetzung der Regierung (im Gegensatz zur Vorgängerregierung) – Orientierung der Regierungspolitik an ihrer Wählerschaft</li> </ul>
Politisch-institutionalistischer Erklärungsansatz	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fehlen machtvoller institutioneller Schranken – wenig Vetospieler</li> <li>• Politische Entscheidung als "Winset"</li> </ul>
Internationale Hypothese	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einheitliche Vorgaben/Richtlinien auf internationaler oder supranationaler Ebene</li> <li>• Transnationale Kommunikation bzw. das Lernen vom Ausland oder aus transnationalen Projekten</li> <li>• Wettbewerb zwischen Regierungen und der daraus resultierende Anpassungsdruck</li> </ul>
Politik-Erbe und Pfadabhängigkeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pfadabhängigkeit durch vormals getroffene politische Entscheidung(en) (Vergangenheit)</li> <li>• Selbstverstärkende Mechanismen (Zukunft)</li> </ul>
MSA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausnutzen eines politischen Zeitfensters durch Entrepreneur</li> <li>• Strom-Koordination durch Entrepreneur</li> </ul>
PET	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Engagement "neuer" Akteure von außerhalb des Subsystems</li> <li>• Wissenschaftliche Expertise</li> <li>• Neue Institutionen/Verhandlungsorte</li> <li>• Öffentliche und mediale Aufmerksamkeit</li> <li>• Gebundene Rationalität der Regierenden</li> </ul>

Nach einer ausführlichen Darstellung der Theorieansätze zur Erklärung von politischem Wandel, werden nun in Kapitel 5.2 diese Ansätze auf die in der vorliegenden Studie thematisierte gesundheitspolitische Reform – die Einführung eines elektronischen Kartensystems – im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen übertragen. Es werden Hypothesen gebildet, die für die vorliegende Studie gelten und in Kapitel 7 überprüft werden.

## 5.2 Hypothesenbildung

Aus den zuvor beschriebenen Theorieansätzen der vergleichenden Staatstätigkeitsforschung und der Policy-Forschung ergeben sich abgeleitet Hypothesen für die vorliegende vergleichende Fallstudie. Die Hypothesenbildung in diesem Kapitel erfolgt entlang der in Kapitel 5.1 vorgestellten theoretischen Ansätze. Nachstehend werden die für die vorliegende Arbeit einzeln abgeleiteten Hypothesen (H1 bis H8) vorgestellt. Sie gelten für die Einführung des elektronischen Kartensystems in Deutschland und Österreich gleichermaßen. Die Hypothesen werden im späteren empirischen Teil dieser Arbeit (Kapitel 7) überprüft und für den Untersuchungsgegenstand vorläufig bestätigt oder verworfen.

### 5.2.1 Hypothesen zu den Theriefamilien der vergleichenden Staatstätigkeitsforschung

#### Sozioökonomische Determination der Regierungstätigkeit

Abgeleitet von der in Kapitel 5.1.1.1 vorgestellten Theriefamilie sozio-ökonomische Determination wird vermutet, dass gesellschaftliche und wirtschaftliche Entwicklungen Druck auf die jeweilige Regierung in Deutschland und Österreich ausübten, das elektronische Kartensystem einzuführen.

Dem statistischen Bundesamt in Deutschland und Statistik Austria – Die Informationsmanager in Österreich ist zu entnehmen, dass die Ausgaben im Gesundheitswesen der beiden Staaten in den Jahren vor der Einführung der elektronischen Kartensysteme kontinuierlich anstiegen. Es wird deshalb angenommen, dass die jeweilige Regierung dem Druck ausgesetzt war, eine ökonomischere Verwaltung von Gesundheitsdaten zu schaffen und diese mit der Einführung der eGK bzw. E-Card erreicht werden sollte. Ferner wird vermutet, dass die technischen Entwicklungen in den 90ern zu neuen Möglichkeiten der Nutzung dieser im Gesundheitswesen führten und die jeweilige Regierung deshalb das elektronische Kartensystem einführte.

**Hypothese 1 (H 1)** lautet: *„Veränderte sozio-ökonomische Rahmenbedingungen, wie die technischen Entwicklungen seit den 90ern sowie die steigenden Kosten im Gesundheitswesen und dadurch resultierende soziale und ökonomische Zwänge, übten Druck auf die Regierung aus, das elektronische Kartensystem einzuführen.“*

#### Die Bedeutung von Machtressourcen organisierter Interessen

Abgeleitet von der in Kapitel 5.1.1.2 vorgestellten Lehre von den Machtressourcen organisierter Interessen wird davon ausgegangen, dass die Befürworter des elektronischen Kartensystems ihre Machtressourcen – wie Kapital, Information und Organisationskraft – ausweiten konnten und sie auf Grund ihrer (neuen) Macht ihren Wunsch, eine elektronische Karte einzuführen, durchsetzen konnten. Außerdem wird angenommen, dass es den Gegnern des Kartensystems wegen ihrer geringen Machtressourcen nicht gelang, die Einführung des Systems zu verhindern. Befürworter könnten die Interessenvertreter der Industrieunternehmen gewesen sein, welche sich Aufträge und Umsatz durch die Einführung der eGK bzw. E-Card versprachen, sowie Interessenvertreter der gesetzlichen Krankenkassen, welche die Behandlungsdaten zur Kontrolle und Planung des Gesundheitswesens zur Verfügung haben wollten (Speicherung der Daten und Zugang der Kassen zu den Daten durch das Kartensystem). Diese Akteure konnten evtl. mehr finanzielle Mittel einsetzen als andere Interessengruppen im

Gesundheitswesen wie die Verbände der Patienten, die womöglich die Transparenz ihrer Behandlungsdaten befürchteten und deswegen gegen die eGK bzw. E-Card waren. Womöglich stand den Befürwortern des Kartensystems ein starker parlamentarischer Partner zur Seite, während den schwachen Gegnern des elektronischen Kartensystems auf Grund der Existenz der Regierung insbesondere ein durchsetzungsstarker parlamentarischer Partner fehlte (siehe hierzu die Begründungen zu den aus der Lehre der Parteiendifferenz abgeleiteten Hypothesen im Folgenden).

**Hypothese 2.1 (H 2.1)** lautet: *"Geänderte Machtverhältnisse zwischen gesellschaftlichen Gruppen bedingten die Einführung des elektronischen Kartensystems."*

**Hypothese 2.2 (H 2.2)** heißt: *"Die Befürworter konnten sich auf Grund ihrer Machtressourcen durchsetzen. Die Gegner des elektronischen Kartensystems konnten sich wegen ihrer geringen Machtressourcen nicht durchsetzen."*

### **Lehre der Parteiendifferenz**

Von der in Kapitel 5.1.1.3 vorgestellten Lehre der Parteiendifferenz wird die Hypothese 3.1 und die Hypothese 3.2 abgeleitet. Mit diesen Hypothesen kann auch erklärt werden, wie die Policy innerhalb der jeweiligen Regierung zustande kam. Es wird vermutet, dass unterschiedliche Parteien hinsichtlich ihrer unterschiedlichen Ideologien auch divergierende Interessen haben. Es wird zudem davon ausgegangen, dass die jeweilige Regierungspartei die Interessen ihres Wählerklientels bei ihren politischen Entscheidungen beachtet. Laut Bandelow (2006) vertreten konservative Parteien eher die Interessen der Arbeitgeber und setzen sich deshalb für Finanzierbarkeit, Wachstum, Wettbewerb und Effizienz ein. Sie sind weniger an der Qualität des Gesundheitswesens interessiert. Demgegenüber setzen sich Sozialdemokraten traditionell für die Gewerkschaften und Ortskrankenkassen ein – sie legen Wert auf Solidarität, Prävention sowie Kostendämpfungspolitik (Bandelow, 2006). Bündnis 90/Die Grünen setzen sich laut Bandelow (2006) historisch für die Qualität, Prävention, Transparenz und Nachhaltigkeit ein. Das elektronische Kartensystem wurde in Deutschland unter der Regierung aus SPD und Bündnis 90/Die Grünen und in Österreich unter der Regierung aus SPÖ und ÖVP eingeführt. Sozialdemokraten waren demnach in beiden Staaten für die Einführung des jeweiligen Kartensystems mitverantwortlich. Es wird deshalb angenommen, dass die sozialdemokratischen Parteien einen maßgeblichen Einfluss auf die Einführung der Kartensysteme hatten. Ferner wird davon ausgegangen, dass die SPD (in Deutschland) und SPÖ (in Österreich) bzw. deren Wählerschaften von der Einführung des elektronischen Kartensystems profitierten und sich die Parteien deshalb für die Einführung des jeweiligen Systems entschieden. Evtl. waren die Krankenkassen als traditionelle Wähler der Sozialdemokraten – wie bereits erwähnt – an der Transparenz der Patienten- und Behandlungsdaten interessiert und die Sozialdemokraten im Sinne der Prävention von der Vermeidung von Wechselwirkungen (durch Einnahme verschiedener Medikamente) mit Hilfe der Patientendaten-Dokumentation durch das Kartensystem überzeugt<sup>129</sup>.

**Hypothese 3.1 (H 3.1)** lautet: *„Auf Grund der ideologischen Prägung/parteilpolitischen Zusammensetzung der Regierung und deren unterschiedlichen Problemwahrnehmungen und Lösungsvorstellungen im Gegensatz zur Vorgängerregierung wurde das elektronische Kartensystem eingeführt.“*

<sup>129</sup> Durch die Speicherung der Daten mit Hilfe des elektronischen Systems weiß der eine Arzt, welche Medikamente der andere Arzt bereits verschrieb, bzw. welche Arzneimittel der Patient schon einnimmt und verordnet auf Basis dieses Wissens keine Medikamente, die in Kombination mit den bisher genutzten Arzneimitteln Beschwerden bei den Patienten auslösen könnten.

**Hypothese 3.2 (H 3.2)** heißt: *"Die Regierung orientierte sich, bei der Entscheidung das Kartensystem einzuführen, an den Interessen ihrer traditionellen Wählerschaft. Diese Wählerschaft präferierte die Einführung eines elektronischen Kartensystems."*

### Politisch-institutionalistischer Erklärungsansatz

Aus dem in Kapitel 5.1.1.4 vorgestellten politisch-institutionalistischen Erklärungsansatz werden die Hypothese 4.1 und Hypothese 4.2 abgeleitet. Es wird erwartet, dass das elektronische Kartensystem jeweils eingeführt wurde, weil Verfassungsinstitutionen, korporatistische Arrangements oder supra- und internationale Organisationen institutionell nicht hinreichend in die politische Entscheidungsfindung eingebunden waren. Es wird davon ausgegangen, dass dadurch wenig Vetospieler an der Entscheidung beteiligt waren und somit die Einführung der eGK bzw. E-Card leichter durchsetzbar war.

**Hypothese 4.1 (H 4.1)** lautet deshalb: *„Es fehlten machtvolle institutionelle Schranken, wie die Einbindung von korporatistischen Arrangements und Verfassungsinstitutionen, welche die Einführung des elektronischen Kartensystems verhindern hätten können. Wenige Vetospieler waren an der Entscheidungsfindung zur Einführung des Kartensystems beteiligt.“*

In Österreich und Deutschland wurde jeweils ein elektronisches Kartensystem eingeführt. Allerdings werden die technischen Anwendungsmöglichkeiten der beiden Kartensysteme derzeit (noch) nicht alle genutzt (siehe dazu Kapitel 3.3.2 für das Kartensystem in Deutschland und 3.3.3 für das Kartensystem in Österreich). Grund dafür könnte sein, dass die verschiedenen – an der politischen Entscheidung zur Einführung der Kartensysteme – beteiligten Akteure unterschiedliche Interessen und Wünsche in Bezug auf die Ausgestaltung der Systeme hatten und haben. Es wird deshalb angenommen, dass sich diese Akteure auf ein "Winset" bzw. auf die Einführung eines Kartensystems ohne Ausschöpfung dessen technischer Anwendungsmöglichkeiten einigten. Dieses "Winset" wurde evtl. dadurch unterstützt, dass Gegner des Kartensystems der Reform zustimmten oder sich freiwillig nicht beteiligten, weil sie keine Schlechterstellung durch die Einführung des elektronischen Kartensystems befürchteten.

**Hypothese 4.2 (H 4.2)** lautet: *"Die jeweiligen Maximalpositionen `Einführung einer Karte mit allen Patienten- und Behandlungsdaten` und `Keine Einführung eines Kartensystems` hatten auf Grund der Stärke der jeweiligen Vetospieler keine Chance auf Umsetzung. Das elektronische Kartensystem kann als `Winset` bezeichnet werden."*

### Internationale Hypothese

Laut der Internationalen Hypothese – welche in Kapitel 5.1.1.5 vorgestellt wurde – werden politische Veränderungen in einem Staat von Entwicklungen außerhalb der Staatsgrenzen angestoßen. Nach dieser Theoriefamilie leiten sich die Hypothesen 5.1, 5.2 und 5.3 ab. Hinsichtlich der Internationalen Hypothese wird vermutet, dass Richtlinien oder Vorgaben auf supranationaler Ebene der Grund für die Einführung der elektronischen Kartensysteme in Deutschland und Österreich waren.

**Hypothese 5.1 (H 5.1)** lautet deshalb: *„Es gab Vorgaben oder Richtlinien auf internationaler oder supranationaler Ebene, die Deutschland und Österreich als Mitgliedsstaaten dazu verpflichteten, ein elektronisches Kartensystem einzuführen.“*

Auf Basis der Internationalen Hypothese wird zudem davon ausgegangen, dass die nationalen Regierungen aus gelungenen transnationalen Projekten – z. B. der EU oder anderer Staa-



ten – lernten und daraufhin das Kartensystem im eigenen Staat einführen. Des Weiteren wird angenommen, dass die nationalen Regierungen aus fehlgeschlagenen Netzsystem-Projekten anderer Staaten/der EU lernten und sich deshalb auf ein Kartensystem einigten. Es besteht darüber hinaus die Vermutung, dass die transnationalen E-Health-Entwicklungen unterschiedlich von den nationalen Regierungen in Deutschland und Österreich aufgenommen wurden. Denn die politischen und gesellschaftlichen Akteure der Staaten waren in verschiedene Projekte auf EU-Ebene involviert (unterschiedlicher Policy Transfer).

**Hypothese 5.2 (H 5.2)** lautet: *"Die transnationale Kommunikation bzw. das Lernen von Projekten aus dem Ausland und supranationaler Organisationen war ausschlaggebend für die Einführung des elektronischen Kartensystems."*

Da die Internationale Hypothese zudem besagt, dass nationale Regierungen dem Druck ausgesetzt sind, sich wirtschaftlich anderen Staaten anzupassen, lautet **Hypothese 5.3 (H 5.3)**: *"Der Wettbewerb mit anderen Staaten und der daraus entstandene Druck auf die nationale Regierung, sich wirtschaftlich anzupassen, veranlasste die Einführung des elektronischen Kartensystems."*

### **Politik-Erbe und Pfadabhängigkeit**

Die in Kapitel 5.1.1.6 vorgestellte Lehre von dem Politik-Erbe bzw. der Pfadabhängigkeit deutet Staatstätigkeit als Resultat geplanter oder ungeplanter Folgen früher getroffener politischer Entscheidungen. Aus der Theoriefamilie leiten sich Hypothese 6.1 und Hypothese 6.2 ab. Zum einen wird angenommen, dass die Entscheidung ein elektronisches Kartensystem einzuführen als Pfadabhängigkeit aus der Vergangenheit erklärt werden kann (H.6.1). Evtl. hat eine ehemals getroffene politische Entscheidung dazu geführt, dass die eGK bzw. E-Card gesetzlich eingeführt wurden.

Der Ansatz der Pfadabhängigkeit betont zum anderen, dass politischer Wandel nicht nur mit Bezug auf die Vergangenheit erklärt werden kann, sondern, dass ein einmal gelegter Pfad auch in die Zukunft wirkt. H 6.2 erklärt deshalb die Einführung der elektronischen Kartensysteme unmittelbar nach der gesetzlichen Verabschiedung der Reform zur Einführung der elektronischen Kartensysteme in Deutschland und Österreich. Sie ist somit aus Sicht des Zeitpunkts der gesetzlichen Einführung auf die Zukunft ausgerichtet und erklärt die Phasen ab einschließlich der Implementation der Karten. H 6.2 begründet, weshalb die Implementation der Kartensysteme nach deren gesetzlicher Einführung von den nachfolgenden Regierungen weiter politisch unterstützt wurde. Dies ist nicht selbstverständlich, da es in Deutschland und auch in Österreich vermehrt negative Studien und Berichte über die elektronischen Kartensysteme gab. Es wird vermutet, dass die Einführung des jeweiligen Kartensystems weiter unterstützt wurde, da sie bis dato viel Kapital in Anspruch genommen hatte und deshalb ein Abbruch des Projektes vor der Bevölkerung politisch nicht zu rechtfertigen gewesen wäre. Außerdem wird vermutet, dass für die Implementation der Systeme Institutionen vertraglich geschaffen und eingesetzt wurden, die nicht ohne Weiteres wieder aufgehoben werden konnten.

**Hypothese 6.1 (H 6.1)** lautet: *"Eine vormals getroffene politische Entscheidung hatte Auswirkung auf die politischen Entscheider, ein elektronisches Kartensystem einzuführen."*

**Hypothese 6.2 (H 6.2)** heißt: *„Die Regierung hatte das elektronische Kartensystem so konstruiert, dass es nach Beendigung der Regierungszeit in die gewünschte Richtung weiterentwickelt werden konnte. Selbstverstärkende Mechanismen führten dazu, dass das Projekt `Einführung eines elektronischen Kartensystems` in den Jahren nach der gesetzlichen Verabschiedung des entsprechenden Gesetzes nicht abgebrochen wurde.“*

## 5.2.2 Hypothesen zu den Theorieansätzen der Policy-Forschung

### Multiple-Streams-Ansatz

Der in Kapitel 5.1.2.1 vorgestellte MSA begründet politischen Wandel mit der Verbindung der drei genannten nebeneinander und unabhängig voneinander herlaufenden Ströme. Diese werden verbunden, wenn sich ein politisches Zeitfenster öffnet und ein politischer Entrepreneur dieses Fenster nutzt, um einen Wandel durchzusetzen. Auf Grundlage des MSA wird davon ausgegangen, dass sich wegen eines Events oder einer Krise kurz vor der Einführung der eGK bzw. der E-Card in Deutschland wie auch in Österreich ein politisches Zeitfenster öffnete. Weiter besteht die Annahme, dass daraufhin ein "policy entrepreneur" – der selbst von der Einführung eines elektronischen Kartensystems überzeugt war bzw. ist – dieses Fenster nutzte, um das elektronische Kartensysteme in den Mittelpunkt der politischen Verhandlung zu stellen. Deshalb lautet **Hypothese 7.1 (H 7.1)**: *"Ein politisches Zeitfenster ("policy window") öffnete sich. Dieses wurde vom politischen Entrepreneur genutzt, um das elektronische Kartensystem durchzusetzen"*.

Es wird vermutet, dass der politische Entrepreneur eine entscheidende Rolle bei der Einführung der elektronischen Kartensysteme in Deutschland und Österreich jeweils einnahm. Es besteht die These, dass er nicht nur das politische Zeitfenster nutzte, sondern gleichzeitig auch die Koordination der Diskussion und Entscheidungsfindung übernahm und schließlich die politischen Entscheidungsprozesse dahingehend beeinflusste, dass sich die Policy "elektronisches Kartensystem" – als die beste Lösung für bestehende Probleme innerhalb der Prozesse der politischen Entscheidungsfindung – durchzusetzen konnte. **Hypothese 7.2 (H 7.2)** lautet deshalb: *„Das elektronische Kartensystem wurde eingeführt, weil sich ein politischer Entrepreneur für die Durchsetzung des Kartensystems einsetzte. Er übernahm die Koordination und das Management der Problemlösung, nutzte Informationen strategisch zum richtigen Zeitpunkt und kommunizierte seine Ziele in einem günstigen institutionellen Kontext. Somit schaffte er es, die drei Ströme Problemstrom, Policy-Strom und Politics-Strom zu verbinden.“*

### Punctuated-Equilibrium-Framework

Abgeleitet aus dem PET (Kapitel 5.1.2.2) wird davon ausgegangen, dass die Einführung eines elektronischen Kartensystems nicht von den etablierten Gesundheitspolitikern und den Gesundheitsministern maßgeblich unterstützt wurde. Stattdessen wird gemutmaßt, dass sich Personen von außerhalb des gesundheitspolitischen Subsystems bzw. des Politikfelds Gesundheit für die Einführung des jeweiligen Kartensystems interessierten. Diese Newcomer engagierten sich deshalb für die Einführung der elektronischen Karte. Diese externen Personen könnten die Fraktions- oder Parteivorsitzenden gewesen sein, oder Vertreter von bestimmten Interessengruppen. Da vor allem Telematikfirmen die Entwickler und Hersteller von E-Health sind und diese beim Verkauf der elektronischen Kartensysteme Umsatz bzw. Gewinn generieren, ist es möglich, dass sich die Interessenvertreter dieser Firmen für die Einführung der eGK bzw. E-Card einsetzten. Evtl. erkannten sie den "neuen" Markt Gesundheitswesen als Absatzmarkt ihrer Produkte. Telematikfirmen bzw. Technologieunternehmen sind traditionell keine etablierten Akteure im Gesundheitswesen (siehe Kapitel 3.2).

**Hypothese 8.1 (H 8.1)** lautet deshalb: *„Das elektronische Kartensystem wurde eingeführt, weil sich Personen von außerhalb des Subsystems mit der Frage nach Möglichkeiten der Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen beschäftigten und sich für die Einführung des Kartensystems einsetzten.“*

Auf Grundlage des PET wird zudem davon ausgegangen, dass wissenschaftliche Expertise die Argumentation der "neuen" Akteure und deren Interessen unterstützte und somit die politischen Entscheider mit beeinflusste, das jeweilige Kartensystem einzuführen. Deshalb lautet **Hypothese 8.2 (H 8.2)**: *"Verfügbare wissenschaftliche Expertise untermauerte die Argumentationslinien der `neuen` Akteure und überzeugte somit die politischen Entscheider von der Einführung des elektronischen Kartensystems."*

Zudem wird auf Basis des PET vermutet, dass die Gründung neuer Institutionen bzw. Verhandlungsorte/Gremien die Einführung der elektronischen Kartensysteme unterstützte. Denn es besteht die Annahme, dass sich die "neuen" Akteure innerhalb der neuen Verhandlungsorte leichter durchsetzen konnten als in den bisherigen Institutionen. Bzw. die Newcomer waren in diese neuen Verhandlungsorte/Gremien eingebunden, während sie evtl. in die "alten" Institutionen nicht integriert waren. Evtl. konnten sie dadurch ihre Interessen besser kommunizieren. **Hypothese 8.3 (H 8.3)** lautet deshalb: *"Es wurden neue Institutionen gegründet, innerhalb derer sich – auf Grund der `neuen` Akteure und Abläufe – das elektronische Kartensystem durchsetzen konnte."*

Zentraler Bestandteil des PET ist außerdem die öffentliche und mediale Aufmerksamkeit. Abgeleitet aus dem Theorieansatz wird davon ausgegangen, dass mediale und öffentliche Aufmerksamkeit Druck auf die politischen Entscheider aufbaute und diese Entscheider deshalb das elektronische Kartensystem – jeweils im eigenen Staat – einführten. **Hypothese 8.4 (H 8.4)** lautet: *"Öffentliche und mediale Aufmerksamkeit übte Druck auf die Politik aus, das elektronische Kartensystem einzuführen."*

Es besteht die Vermutung, dass wegen der genannten Erklärungsfaktoren aus dem PET die bisherigen gesundheitspolitischen Probleme in Zusammenhang mit deren Lösung "Einführung eines Kartensystems" auf eine politisch nächsthöhere Ebene wanderten. Sie wurden daraufhin seriell und nicht mehr parallel bearbeitet. Aus dem PET wird zusätzlich zu den bereits genannten vier Hypothesen Hypothese 8.5 abgeleitet. Es wird angenommen, dass die politischen Entscheidungsträger bei Ihrer Entscheidung für die eGK bzw. E-Card unter Zeitdruck standen, über wenig technische Expertise verfügten und nur kognitiv beschränkt aufnahmefähig waren. Sie konnten womöglich ihre individuelle Aufmerksamkeit nur auf ein Objekt richten und dieses Objekt nur aus einer Perspektive betrachten. Evtl. konnten die "neuen" Akteure ein elektronisches Kartensystem durchsetzen, weil bei den Entscheidern die Perspektive, ein Netzsystem ohne Karte einzuführen, gar nicht aufkam. **Hypothese 8.5 (H 8.5)** lautet: *"Die politischen Entscheidungsträger fällten ihre Entscheidung, ein flächendeckendes Kartensystem einzuführen, unter gebundenen Rationalitäten. Sie standen unter Zeitdruck, verfügten über weniger Expertenwissen im Bereich Telematik und waren kognitiv beschränkt aufnahmefähig, was es den `neuen` Akteuren leicht machte, das Kartensystem durchzusetzen."*

Die Überprüfung der Hypothesen aus diesem Kapitel soll im späteren Teil dieser Arbeit im Rahmen einer qualitativ ausgerichteten "Systematic process analysis" (mehr zu dieser Methode in Kapitel 6.5.2) erfolgen. Zuvor wird im nachstehenden 6. Kapitel eine ausführliche Darstellung der dieser Arbeit zugrunde liegenden Forschungsstrategie bzw. Methodik vorgenommen.

## 6 Forschungsstrategie

In diesem 6. Kapitel wird zuerst die Auswahl des zu untersuchenden Politikfelds begründet (Kapitel 6.1). Anschließend wird der für die empirische Untersuchung ausgewählte Politik-Bereich (Policy-Typ) dargelegt (Kapitel 6.2), ehe der Fallstudientyp und die Länderauswahl erklärt werden (Kapitel 6.3). Es folgt die Begründung des Untersuchungszeitraums (Kapitel 6.4) und die Aufführung der Untersuchungsmethoden (Kapitel 6.5) und damit die Darstellung des methodischen Vorgehens bei der Datenerhebung und der Auswertung der erhobenen Daten (Strukturierung und Zusammenfassung der Daten sowie Vorgehen bei der Reflexion, Theorieüberprüfung und –entwicklung).

### 6.1 Politikfeld Gesundheit

In einer empirischen Arbeit sollte das zu untersuchende Politikfeld so gewählt werden, dass ein besonders hohes Theorie-Empirie-fit gewährleistet ist, bzw. die ausgewählten Theorieansätze sollten anhand des selektierten Falls vornehmlich gut getestet oder erweitert werden können (Eckstein, 1975, S. 118). In der vorliegenden Arbeit wurde als Analyseobjekt die Policy "Einführung eines elektronischen Kartensystems im Gesundheitswesen" ausgewählt. Die Policy ist Teil des Politikfelds **Gesundheit** und wird u. a. von den Eigentümlichkeiten des Politikfeldes dominiert. Auf Grund dieser Eigentümlichkeiten ist das Politikfeld Gesundheit in besonderem Maße für die vorliegende Untersuchung geeignet. Im Folgenden werden das Politikfeld und seine Eigentümlichkeiten kurz beschrieben sowie die Bedeutung des Feldes für die Untersuchung dargestellt.

"Das Gesundheitswesen ist einer der größten volkswirtschaftlichen Produktions- und Konsumsektoren mit herausragenden Wachstums- und Beschäftigungschancen. Es ist damit ein bedeutender Standortfaktor" (Streissler, 2005, S. 390). Das Gesundheitsbudget in den einzelnen EU-Staaten stieg in den letzten Jahren kontinuierlich an – auch wenn es in den jeweiligen Staaten unterschiedlich hoch ist. Im Vergleich zu anderen Branchen führt das hohe Budget im Gesundheitswesen sowie die Wachstums- und Beschäftigungschancen zu einer großen Anzahl von Interessengruppen, die bei der Verteilung des Gesundheitsbudgets jeweils größtmöglichen Nutzen aus dem zur Verfügung stehenden Kapital ziehen wollen. Es existieren viele unterschiedliche Interessengruppen – z. B. Ärzte, Krankenkassen, Pharmaindustrie und Patienten – mit divergierenden Interessen, die u. a. in korporatistischen Netzwerken versuchen, ihre Interessen durchzusetzen.<sup>130</sup> Die verschiedenen Akteure dieser Interessengruppen nehmen durch ihre organisatorischen Zusammenschlüsse (z. B. in Form von Verbänden und Kammern) Einfluss auf politische Entscheidungsträger bzw. die öffentliche Meinungsbildung. Die Analyse einer Policy in einem Politikfeld, in dem viele verschiedenen Interessengruppen auf unterschiedlichen – wenig hierarchisch getrennten – Ebenen zusammenwirken, ist aus politikwissenschaftlicher Sicht eine besondere Herausforderung und deshalb interessant (Zum Gesundheitswesen als „System komplexer Vielfachsteuerung“: Alber, 1992, S. 157). Wegen der Komplexität<sup>131</sup> des Gesundheitswesens muss eine umfassende Auswahl von Theorieansätzen zur Erklärung von politischem Wandel in dem Politikfeld angewendet werden. Nur so

<sup>130</sup> Die Gesundheitspolitik wird in der Literatur zumeist als Statuspolitik und weniger als Klassenpolitik bezeichnet (Beyme, 2010, S. 240).

<sup>131</sup> Die Komplexität ergibt sich aus den vielen Akteuren, Netzwerken, Institutionen und Prozessen, die mehr oder weniger parallel Bestandteil des Gesundheitswesens sind (siehe dazu Kapitel 3.2).

können alle Aspekte des komplexen Gesundheitswesens in der Analyse beachtet werden. Insofern eignet sich das Politikfeld Gesundheit besonders, um die in Kapitel 5.1 dieser Arbeit vorgestellte und im Vergleich zu anderen empirischen Arbeiten (siehe Kapitel 4.2.2) große Anzahl an ausgewählten Theorienansätzen dem empirischen Test zu unterziehen.

In der Literatur herrscht Einigkeit darüber, dass das Politikfeld Gesundheit besonders von Reformblockaden gekennzeichnet ist (siehe Kapitel 4.2.2). Es ist deshalb aus politikwissenschaftlicher Sicht von Bedeutung, politischen Wandel in einem als unreformierbar geltenden komplexen Politikfeld nicht nur darstellen sondern auch begründen zu können.

Innerhalb des Politikfelds Gesundheit wurde als Analyseobjekt die Policy "Einführung eines elektronischen Kartensystems" ausgesucht. Somit werden in der vorliegenden Arbeit die Auswirkungen von technologischen Entwicklungen auf das Politikfeld Gesundheit untersucht. Die neuen Herausforderungen, die sich auf Grund der Entwicklung von Telematiksystemen für das Gesundheitswesen bzw. die Gesundheitspolitik ergeben, sind aus politikwissenschaftlicher Sicht wichtig und bislang nahezu unerforscht. Ebenso ist nicht erforscht, welche Auswirkungen diese Entwicklung auf gesundheitspolitische Entscheidungen bzw. auf politischen Wandel im Politikfeld Gesundheit haben (siehe Kapitel 4.2). Die Analyse der Einführung eines elektronischen Kartensystems im Politikfeld Gesundheit sollte daher einen guten Testfall dafür abgeben, wie technologische Entwicklungen Einzug in Politikfelder finden, die traditionell eher nicht von Telekommunikationssystemen geprägt sind.

## 6.2 Politik-Bereich: Regulative Politik

Die Durchsetzungsfähigkeit eines Erklärungsfaktors hängt von der Policy-Maßnahme und somit von dem Politik-Bereich bzw. Policy-Typ ab, dem sie zuzuordnen ist (Beyme, 1997, S. 216). Bevor eine Policy untersucht wird, sollte deshalb der zugehörige Politik-Bereich identifiziert werden. Darüber hinaus sollte begründet werden, weshalb der gewählte Politik-Bereich sinnvoll für die Untersuchung ist.

Bei einer Policy-Analyse können verschiedene Ausprägungen von Politikarenen unterschieden werden. Zu diesen gehören die regulierende, die verteilende und die umverteilende Politik (Lowi, 1964; Urban Pappi, 1995, S. 52ff).<sup>132</sup> Von Beyme (2010, S. 240 und 1997, S. 216) unterscheidet speziell für das Gesundheitswesen zwischen restriktiven Maßnahmen, regulativen Maßnahmen, protektiven Schutzmaßnahmen, distributiven (Verteilung ohne Verlierer) und redistributiven (Verteilung mit Verlierern) Maßnahmen.<sup>133</sup>

Die Staatsintervention „Einführung eines elektronischen Kartensystems“ ist eine **regulative Maßnahme**, da durch die Policy Regeln bzw. Recht geschaffen wurden, die neue, gewollte Entwicklungen ermöglichen. Es wurde ein nationales elektronisches Kartensystem gesetzlich und verpflichtend eingeführt. Dieses ermöglicht neue, gewollte Entwicklungen, wie die einfachere und schnellere Kommunikation zwischen Leistungserbringern, die elektronische Dokumentation von Patienten- und Behandlungsinformationen und die Steuerung der Krankenver-

<sup>132</sup> Die regulierende Politik bedient sich der Ressource des Rechts. Durch die Umsetzung von Recht ermöglicht sie gewollte Entwicklungen, hemmt oder verbietet diese. Durch Ge- und Verbote trägt sie somit zu einem Ordnungsrahmen für die (marktgesteuerte) Verteilung von Gütern bei. Zur verteilenden Politik zählen z. B. staatliche Beihilfen und der Verzicht auf Besteuerung. Sie ist Subventionspolitik. Bei der umverteilenden Politik werden Kosten- und Nutzen innerhalb einer Gesellschaft und zwischen verschiedenen Gruppen neu verteilt. Dies geschieht über Steuern, Transferzahlungen und Leistungskürzungen. Eine scharfe Trennung zwischen den Politikarenen ist meistens schwer (Schubert, 1991, S. 37f).

<sup>133</sup> Manche politikwissenschaftliche Studien unterscheiden nicht zwischen redistributiv und distributiv und fassen beides unter umverteilende Maßnahme zusammen.

sorgung (siehe Kapitel 2.1) (ungeachtet dessen, dass auch andere Formen der Technik diese Entwicklungen ermöglichen bzw. ermöglicht hätten können).<sup>134</sup>

Die regulative Politik wurde in den letzten Jahren zunehmend politikwissenschaftlich untersucht, was nicht zuletzt daran liegt, dass regulative Politik die meist genutzte Staatsintervention in den europäischen Staaten ist<sup>135</sup> (Majone, 1996, S. 47ff). Die meisten dieser Studien sind allerdings quantitativ. Es existieren nur wenige qualitative Studien, die regulative Politik untersuchen (Zohlnhöfer, 2008, S. 171ff). Dennoch kann dem Kapitel 4 dieser Arbeit zum Forschungsstand entnommen werden, dass es aus politikwissenschaftlicher Sicht sinnvoll und auch gefordert ist, mit Hilfe von gängigen Theorieansätzen innerhalb von qualitativen Untersuchungen regulative Politik zu untersuchen. U. a. diese Aufforderung wissenschaftlicher Publikationen motiviert die Entscheidung, eine regulative Politik innerhalb der vorliegenden Arbeit zu analysieren.

Darüber hinaus wurde der Politik-Bereich "regulative Politik" ausgewählt, weil er für die vorliegende Untersuchung Vorteile bietet. In erster Linie sind die staatlichen Kosten bei regulativer Politik im Vergleich zu den Kosten, die durch distributive Politik anfallen, gering. Die Kosten für die Einführung der elektronischen Kartensysteme tragen und trugen hauptsächlich die gesetzlichen Krankenkassen (in Deutschland) bzw. die Sozialversicherung (in Österreich) (siehe dazu Kapitel 3.3).<sup>136</sup> Des Weiteren wurde die Implementation des jeweiligen Kartensystems und dessen Überprüfung in beiden Staaten privaten oder halbstaatlichen Instituten übergeben. Deshalb fielen bei der Produktion der Gesetze und auch bei der Umsetzung und Überprüfung – im Vergleich zu staatlichen Ausgabenprogrammen – keine großen staatlichen Ausgaben an. Dies ist von Vorteil für die Untersuchung, da die Untersuchungsergebnisse so durch evtl. die Staatskasse betreffende Probleme nicht verzerrt werden können.

Ferner ist regulative Politik weniger träge als distributive Politik.<sup>137</sup> Innergesellschaftliche Veränderungen – wie veränderte sozioökonomische Bedingungen und Machtverhältnisse – haben somit zügigere Auswirkungen auf regulative Politik. Dies ist für die vorliegende Untersuchung wichtig, da der politische Wandel nicht lange zurückliegt. Gleichzeitig kann davon ausgegangen werden, dass sich die Gründe für die Veränderung (unabhängige Variablen) schon auswirkten. Somit kann deren Auswirkung auf die abhängige Variable (Einführung eines elektronischen Kartensystems) bereits gemessen werden und Kausalzusammenhänge identifiziert werden.

Außerdem fand von Beyme (1997) in einer empirischen Längsschnittanalyse über die Lobby-Interventionen im Politikfeld Gesundheit für die ersten 12 Bundestage heraus, dass u. a. bei regulativen Maßnahmen starke Einflussversuche seitens der Verbände unternommen werden. Die von von Beyme identifizierten Lobby-Interventionen bei regulativen Maßnahmen veranschaulichen, dass regulative Politik besonders gut geeignet ist, um politischen Wandel zu un-

---

<sup>134</sup> Zu den langfristigen Entwicklungen können zudem Beschäftigungswachstum, mehr Wettbewerb, bessere Versorgung der Bürger, Rationalisierung, Bürokratieabbau, Qualitätsverbesserung, Lösung von Transparenzproblemen, Minimierung von Koordinierungs-, Integrations- und Vernetzungsproblemen, Verbesserung von Entscheidungs- und Planungsgrundlagen auf allen Ebenen, effizientere Datenerfassung und die Einsparung von Kosten gezählt werden (Paland/Riepe, 2005, S. 623).

<sup>135</sup> Sie löste in den letzten Jahrzehnten die eher distributiv oder redistributiv ausgerichtete Politik ab (dazu Majone, 1996, S. 47ff).

<sup>136</sup> Damit verursacht die regulative Politik für Patienten als Zahler der Krankenversicherungsbeiträge erhebliche Kosten. Auch die Leistungserbringer wie Ärzte müssen für personelle Kosten und Geräte aufkommen. Die untersuchten Gesundheitssysteme werden hauptsächlich durch Beiträge finanziert und nicht durch Steuern. Deshalb hat der Staat in dem Fall kaum Kosten zu tragen.

<sup>137</sup> Distributive Politik ist träger. Deshalb ist politischer Wandel erst später ersichtlich, als bei regulativer Politik (Beisheim/Walter, 1997).

tersuchen. Denn viele verschiedene Interessen erschweren politischen Wandel.<sup>138</sup> Wenn politischer Wandel bei regulativen Maßnahmen dennoch vollzogen wird, sind die Faktoren, welche die Reform begünstigen, besonders ausgeprägt. Sie können dann gut identifiziert und untersucht werden.

### 6.3 Fallstudientyp und Länderauswahl

Die vorliegende Fallstudie ist vergleichend angelegt. Sie untersucht die Einführung einer Policy in zwei Staaten – Deutschland und Österreich – und erhöht somit – im Vergleich zu einer Einzelfallstudie – die Zahl der untersuchten Fälle im Verhältnis zu den potentiell erklärenden Variablen. Dennoch ist die Zahl der Untersuchungsfälle recht beschränkt. Die geringe Fallzahl wird in der politikwissenschaftlichen Forschung zwar öfters bemängelt (Nohlen, 1994, S. 509), ist aber in diesem Fall bewusst gewählt worden, um die Reformprozesse genauer bzw. tiefer betrachten zu können. Für die detaillierte Analyse der Fälle ist eine geringe Fallzahl erforderlich. Es wird dadurch bewusst auf eine Verallgemeinerbarkeit der Untersuchungsergebnisse verzichtet, aber darauf geachtet, dass die Staaten, in denen die Policy jeweils eingeführt wurde, nach theoretisch umfassend begründeten Kriterien ausgewählt werden (Teune, 1990, S. 45). Nach Hall (2003, S. 389) ist eine systematische Prozessanalyse<sup>139</sup> politischer Entscheidungen im Rahmen von ausgewählten Fallstudien mit geringen Fallzahlen (small-N-Vergleiche) besonders geeignet, um den aktuellen theoretischen Entwicklungen gerecht zu werden.

Nach Yin (2003) handelt es sich bei der vorliegenden vergl. Fallstudie um eine beschreibende und erklärende Fallstudie. Dabei liegt der Fokus auf der „explanatory case study“. Die Einführung der elektronischen Kartensysteme im Gesundheitswesen der Staaten Deutschland und Österreich wird nicht nur beschrieben sondern auch und hauptsächlich erklärt.

Lijphart unterscheidet sechs verschiedene Idealtypen von „case studies“ (Lijphart, 1971, S. 691): Diese sind „atheoretical case studies“, „interpretative case studies“, „hypothesis-generating case studies“, „theory-confirming case studies“, „theory-infirming-case studies“ und „deviant case studies“. Auf Grundlage dieser Differenzierung von Fallstudien ist die vorliegende vergleichende Fallstudie „interpretative“ und „deviant“. „Interpretative“ ist sie deshalb, weil sie sich bestehender Theorien bedient (Lijphart, 1971, S. 692). Der Verlauf der Einführung der elektronischen Kartensysteme wird also nicht nur beschrieben, sondern auch theoriegeleitet rekonstruiert (siehe „analytic narrative“ nach Bates et al., 1998, 2000; Levi, 2002). Nach Bates et al (1998, S. 3) ist die Aussagekraft einer Fallstudie – die Theorie und Daten kombiniert – prävalent im Vergleich zu Theorien oder Daten jeweils alleine. „Deviant“ ist die vorliegende vergleichende Fallstudie deshalb, weil sie einen Gegenstand untersucht, der sich von der klassisch konventionellen Generalisierung unterscheidet (Lijphart, 1971, S. 692). Denn die Gesundheitssysteme in Deutschland und Österreich gelten seit vielen Jahrzehnten als wenig wandlungsfähig. Es wird ihnen „Reformresistenz“ unterstellt (für Deutschland: Webber 1988a, b; Rosewitz/Webber, 1990, Bandelow, 1998, 2006; für Österreich: Rudorfer/Dannhäuser, 2011, S. 197; Probst, 2004; Tálos, 2002). „Deviant“ case studies müssen laut Lijphart (1971, S. 693) immer komparativ untersucht werden. Denn die Gültigkeit der mit der Theorie bzw. der

<sup>138</sup> Als regulative Politik trifft die Einführung des elektronischen Kartensystems national viele Gruppen, die in mächtigen Verbänden organisiert sind. Deshalb wird für die vorliegende Arbeit angenommen, dass die Einführung des Kartensystems – in Deutschland und in Österreich – von verschiedenen Interessen, starken Widerständen und Einflussversuchen seitens der Interessengruppen auf die Politik charakterisiert war und ist.

<sup>139</sup> Die Reflexion und Theorieüberprüfung der Reformprozesse bzw. der Fälle erfolgt in Form einer theoriegeleiteten Prozessanalyse bzw. „Systematic process analysis“. Diese wird in Kapitel 6.5.2.2 genau erklärt.

geltenden Gesetzmäßigkeit verglichen Deviationen (Abweichungen) ist bei mehreren Fällen aussagekräftiger. Laut Lijphart sind "deviant case studies" besonders wichtig, weil sie die Überprüfung und Weiterentwicklung etablierter Theorien ermöglichen (Lijphart, 1971, S. 692).

Für die vorliegende vergleichende Fallstudie mit small N design wurden – nach dem „most similar systems-Design“ – die zwei Staaten Deutschland und Österreich ausgewählt. Das „most similar systems-Design“ stellt für Lijphart (1975, S. 164) die vergleichende Methode "par excellence" dar. Sie ist für vergleichende Studien mit einer kleinen Fallzahl – wie der vorliegenden – geeignet (Jahn, 2013, S. 237). Nach dem "most similar systems-Design" soll die Übereinstimmung möglichst vieler unabhängiger Variablen bewirken, dass die Unterschiede erzeugenden unabhängigen Variablen am besten isoliert werden (Przeworski/Teune, 1970, S. 51ff). Für die Länderauswahl Deutschland und Österreich trifft dies zu. Denn Deutschland und Österreich sind grundsätzlich ähnlich gesellschaftlich geprägte und damit hochindustrialisierte und technisierte, westlich-demokratische Gesellschaften. Außerdem entsprechen sie nach Esping-Andersen (1990)<sup>140</sup>, Leibfried (1990) und Kohl (1999) dem gleichen Typ des Wohlfahrtsstaates.<sup>141</sup> Sie zählen zu den korporativen Wohlfahrtsstaaten.<sup>142</sup> Beide Staaten ähneln sich zudem im Hinblick auf Parameter ihrer gesundheitspolitischen Orientierung (Tálos, 2002, S. 14). Sie haben ein obligatorisches Gesundheitswesen und ein hauptsächlich beitragsfinanziertes Gesundheitssystem (Bismarck-Modell). Daneben haben Deutschland und Österreich ein föderales politisches System, ein Mehrparteiensystem, das Verhältnis der Parlamentskammern ist in beiden Staaten asymmetrisch und es herrscht Verfassungsgerichtsbarkeit. Durch die vielen gleichen unabhängigen Variablen können die wenigen sich unterscheidenden unabhängigen Variablen gut isoliert werden. Diese sich unterscheidenden unabhängigen Variablen kommen als Erklärung für die abhängige Variable in Frage (Lijphart, 1975, S. 164): Es existieren institutionelle Unterschiede in Deutschland und Österreich. In Deutschland liegt der Versorgungsauftrag und damit viele gesundheitspolitische Entscheidungskompetenzen bei der gemeinsamen Selbstverwaltung und in Österreich bei dem Bund, den Ländern und der Sozialversicherung bzw. dem HV (siehe Kapitel 3.2). Während im deutschen Gesundheitswesen ein Korporatismus (mit pluralistischen Zügen) vorherrscht, dominiert in Österreich staatliche Steuerung (geringe institutionelle Aufsplitterung, konservativer Korporatismus). In Deutschland existieren wettbewerbliche Strukturen im Gesundheitswesen, während im österreichischen Gesundheitswesen weniger Wettbewerb zwischen den einzelnen Institutionen vorhanden ist (siehe Kapitel 3.1). Tabelle 8 veranschaulicht die Charakteristika der ausgewählten Staaten Deutschland und Österreich nach dem "most similar systems-Design".

---

<sup>140</sup> Esping-Andersens Werk "The Three Worlds of Welfare Capitalism" ist laut Meyer und Schubert (2007, S. 32) auch fast 20 Jahre nach seinem Erscheinen noch immer die maßgebliche Bezugsgröße der vergleichenden Sozialstaatsforschung.

<sup>141</sup> Esping-Andersen (1990) unterscheidet drei Typen des Wohlfahrtsstaates: Den sozialdemokratischen Wohlfahrtsstaat (insbesondere in den skandinavischen Ländern), den liberalen Wohlfahrtsstaat (hauptsächlich in den angelsächsischen Ländern Australien, Neuseeland, USA) sowie den konservativen Typ, der neben Deutschland und Österreich auch in Frankreich vorzufinden ist. Die Typologie von Esping-Andersen ordnet Staaten nach dem Ausmaß der finanziellen Unabhängigkeit von der Erwerbsarbeit bzw. von Marktkräften und der Reduzierung bzw. Reproduktion von sozialer Ungleichheit durch sozialpolitische Maßnahmen.

<sup>142</sup> In korporativen Wohlfahrtsstaaten werden Risiken – wie Krankheit, Unfall, Arbeitslosigkeit – abgesichert. Es gibt diverse Versichertengruppen. Diese leisten Beiträge an öffentliche Versicherungen. Die Versicherten erhalten ihre Leistungen in der Regel entsprechend dem Beschäftigungsstatus und der Beitragsdauer (Hartmann, 2013).



Tabelle 8: Charakteristika der ausgewählten Staaten – Länderauswahl

	Variable	Bezeichnung	Ausprägung Deutschland	Ausprägung Österreich
Unabhängige Variablen	X1	Wirtschaft	hochindustrialisierte und technisierte Gesell- schaft	hochindustrialisierte und technisierte Gesell- schaft
	X2	Gesellschaft	westlich-demokratische Gesellschaft	westlich-demokratische Gesellschaft
	X3	Typ des Wohlfahrtsstaates	korporatistisch	korporatistisch
	X4	Typ des Gesundheitssystems	obligatorisch	obligatorisch
	X5	Typ des Finanzierungssys- tems	Bismarck-Modell	Bismarck-Modell
	X6	Regierungstyp	parlamentarisch	parlamentarisch
	X7	Verhältnis Parlamentskam- mern	asymmetrisch	asymmetrisch
	X8	Verfassungsgerichtbarkeit	ja	ja
	X9	Politisches System	föderal	föderal
	X10	Parteiensystem	Mehrparteiensystem	Mehrparteiensystem
	X11	<b>Versorgungsauf- trag/gesundheitspolitische Entscheidungskompeten- zen</b>	<b>gemeinsame Selbst- verwaltung</b>	<b>Länder, Gemeinden, HV</b>
	X12	<b>Politische Beteiligung von Interessengruppen</b>	<b>Korporatismus, plura- listische Züge</b>	<b>staatliche Steuerung, konservativer Korpo- ratismus</b>
	X13	<b>Wettbewerbsstrukturen im Gesundheitswesen</b>	<b>Wettbewerb</b>	<b>wenig Wettbewerb</b>
abhängige Variable	y	Elektronisches Kartensystem im Gesundheitswesen		

Des Weiteren sind Deutschland und Österreich besonders für die Untersuchung geeignet, da anhand der Untersuchung der Einführung der Kartensysteme in den Staaten kurzfristig wirkende Erklärungsfaktoren getestet werden können. Deutschland und Österreich führten das elektronische Kartensystem sehr zeitig gesetzlich ein – kurz nachdem die technologischen

Voraussetzungen für ein solches System gegeben waren.<sup>143</sup> Auch andere Staaten der EU wie Frankreich, Slowenien und vier Regionen in Italien setzten ein flächendeckendes elektronisches Kartensystem im Gesundheitswesen um (siehe hierzu Kapitel 7.5).

Allerdings war Sloweniens EU-Beitritt erst 2004, während die gesetzliche Einführung des nationalen elektronischen Kartensystems dort bereits im Jahr 2000 erfolgte. Das bedeutet, dass anhand der Einführung des Kartensystems in Slowenien nicht getestet werden kann, ob EU-Richtlinien, oder -Vorgaben einen Einfluss auf die nationale Entscheidung hatten, ein elektronisches Kartensystem im Gesundheitswesen einzuführen.<sup>144</sup> Ferner ist das slowenische Gesundheitssystem nicht mit dem der anderen genannten Staaten vergleichbar. Denn das slowenische Gesundheitssystem besteht beispielsweise aus einer besonderen Kombination zweier Versicherungsformen und unterscheidet sich dadurch maßgeblich von dem in Deutschland und Österreich (Zorko, 2006, S. 105).

Darüber hinaus eignet sich Italien nicht. Denn in Italien wurde kein nationales elektronisches Kartensystem eingeführt, sondern nur verschiedene Systeme in vereinzelt Regionen – die teilweise noch als Pilotprojekte deklariert sind (siehe hierzu Kapitel 7.5). Es kann deshalb nicht die Einführung eines national flächendeckenden elektronischen Kartensystems analysiert werden.

Das Kartensystem in Frankreich wäre ersatzweise zu dem österreichischen System für die Untersuchung eingeschränkt geeignet. Denn Frankreich hat wie Österreich im Vergleich zu Deutschland ein zentralistischeres System und könnte somit im Rahmen des beschriebenen "most similar systems-Design" hinsichtlich der institutionellen Unterschiede im Gesundheitswesen (zentralistisch vs. dezentral) mit Deutschland verglichen werden. Allerdings war Österreich das erste Land, welches ein elektronisches Kartensystem einführte (siehe hierzu Kapitel 3.3.3). Somit liegt die Einführung in Österreich weiter zurück als die in Frankreich. Da in der vorliegenden Arbeit vor allem Theorieansätze getestet werden, die kurzfristigen politischen Wandel erklären (siehe Kapitel 4.3.2), ist ein Staat welcher die Karte möglichst frühzeitig einführte und sich somit den "neuen" technischen Möglichkeiten zeitig bediente, besonders gut für die Untersuchung geeignet. Auch spricht für die Analyse des Kartensystems in Österreich, dass Österreich den Krankenschein mit der mikroprozessorgestützten (elektronischen) Karte ersetzte, während Deutschland und Frankreich eine Speicherchipkarte bzw. Krankenversicherungskarte mit der mikroprozessorgestützten Karte ablösten (siehe zu Deutschland und Österreich Kapitel 3.3.2 und 3.3.3 und zu Frankreich Kapitel 7.5). Insofern kann durch die Wahl der untersuchten Länder "Deutschland" und "Österreich" ausgeschlossen werden, dass diese unterschiedliche Ausgangssituation (Krankenschein und Speicherchipkarte) Auswirkungen auf die politische Entscheidung hatte, ein nationales elektronisches und somit mikroprozessorgestütztes Kartensystem im Gesundheitswesen einzuführen.

#### 6.4 Untersuchungszeitraum

Neben dem Fallstudientyp und der Begründung der Länderauswahl ist es zudem notwendig die expliziten Zeitgrenzen einer Fallstudie zu begründen (Yin, 2003, S. 26). Als Zeitraum für

---

<sup>143</sup> Erst in den 90er Jahren waren die technischen Voraussetzungen für ein flächendeckendes elektronisches Kartensystem gegeben (Stritzke/Eissing, 2005; Dietzel, 2000).

<sup>144</sup> Das Gleiche gilt für nicht-europäische Staaten wie Taiwan, in denen ein flächendeckendes elektronisches Kartensystem im Gesundheitswesen eingeführt wurde. Auch diese Staaten sind nicht für die vorliegende Analyse geeignet, weil anhand der Fälle die Einflüsse der EU auf ihre Mitgliedstaaten nicht untersucht werden können.

die vorliegende Fallstudie wird die Zeitspanne zwischen 1995 und 2014 festgesetzt. Dieser Begrenzung liegt folgende Begründung zugrunde:

Zwar wurde die E-Card in Österreich "erst" im Jahr 1999 und die eGK in Deutschland "erst" 2003 gesetzlich eingeführt, trotzdem beginnt die Zeitspanne der Untersuchung bereits 1995. Denn es darf die Historizität nicht vernachlässigt werden, das heißt das Wissen um die Bedeutung der Vergangenheit.<sup>145</sup> Darüber hinaus spricht für die Zeitspanne ab 1995, dass erst Mitte/Ende der 90er Jahre die technologischen Voraussetzungen für ein elektronisches Kartensystem im Gesundheitswesen gegeben waren (Stritzke/Eissing, 2005). Das bedeutet, dass erst dann die technologischen Entwicklungen ein flächendeckendes elektronisches Kartensystem im Gesundheitswesen der Staaten zuließen.

Als Ende des Untersuchungszeitraums wird der Sommer 2014 gewählt. Denn die Beobachtung des politischen und gesellschaftlichen Geschehens zeigt, dass im Jahr 2014 keine Entwicklungen mit Auswirkung auf die Einführung der elektronischen Kartensysteme passiert sind und die Implementation der beiden Kartensysteme zu dem Zeitpunkt weitgehend abgeschlossen ist. So kann der politische Prozess bis einschließlich der Implementation der Kartensysteme beschrieben und erklärt werden und somit auch die Frage dieser Arbeit nach den Gründen für den politischen Wandel bereits beantwortet werden.

In der vorliegenden vergleichenden Fallstudie werden die Phasen von der Problemdefinition bis zur Implementation und nicht die Phase der Politikevaluierung untersucht. Die Arbeit analysiert die Gründe für politischen Wandel. Der Wandel ist mit der Implementation einer Policy beschränkt. Zwar kann nach der Evaluation einer implementierten Policy die Politikterminierung folgen und damit der politische Wandel geändert bzw. rückgängig gemacht werden. Jedoch steht dies nicht im Erkenntnisinteresse der vorliegenden Arbeit. Zumal im empirischen Teil dieser Arbeit die große Mehrheit der befragten Experten einen Abbruch der Projekte eGK und E-Card zum jetzigen Zeitpunkt und auch zukünftig ausschließt (siehe Kapitel 7.6).<sup>146</sup>

## 6.5 Untersuchungsmethoden

Qualitative Analysemethoden sind geeignet, um Fragestellungen zu bearbeiten, "die eher komplexe Abläufe, soziale Phänomene und Bedeutungskonstruktionen zum Thema haben" (Dresing/Pehl, 2013, S. 5). Die vorliegende Arbeit beantwortet eine solche rückwärtsgerichtete Fragestellung und bedient sich deshalb qualitativer Analysemethoden. Die Arbeit hat den Anspruch, die in der Vergangenheit in Deutschland und Österreich umgesetzte Reform „Einführung eines elektronischen Kartensystems im Gesundheitswesen“ möglichst umfassend und präzise zu erklären (Kuckartz et al., 2008, S. 11f). Die Erklärung kann sich deshalb nicht auf eine monokausale Rekonstruktion beschränken. Nach Scharpf (2000, S. 56f) muss eine Studie, die vergangene Ereignisse untersucht, das Zusammenwirken vieler Mechanismen und Akteure analysieren. Erst dann können komplexe kausale Beziehungen identifiziert werden. Ferner können bei "rückwärtsgerichteten Fragetypen" keine umfassend rationalen Erklärungen abgegeben werden (Manow/Ganghof, 2005, S. 15). Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, ex

<sup>145</sup> Z. B. könnte die eGK in Deutschland eine Weiterentwicklung der bereits 1995 eingeführten KVK sein und in Österreich die Entschließung des Nationalrates vom 29. November 1996, welche die Schaffung der Grundlagen für Telematik im Gesundheitswesen vorsah (siehe Kapitel 3.3), Auswirkungen auf die Einführung der E-Card gehabt haben.

<sup>146</sup> Die Phase der Politikevaluierung in einer empirischen Forschungsarbeit zu behandeln ist weiterhin deshalb schwer, weil letztendlich auch noch nach vielen Jahrzehnten eine Policy z. B. auf Grund negativer Evaluationen eliminiert werden kann. Insofern dürfte der Untersuchungszeitraum – wird die Phase der Politikevaluierung beachtet – nur selten bzw. erst im Falle einer Politikterminierung abgeschlossen sein.

post zu erläutern und möglichst kausal zu erklären, welche Gründe für die Einführung der elektronischen Kartensysteme im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen verantwortlich sind.

Die vorliegende vergleichende Fallstudie setzt sich überdies als Aufgabe, den Reformprozess auf Grundlage von vorhandenen Theorieansätzen verstehbar zu machen, nicht ihn nach den Wissenschaftsmaßstäben des kritischen Rationalismus zu erklären (Blatter et al., 2007, S. 141). Es soll überprüft werden, welche Faktoren, in welcher Konstellation für die Einführung der elektronischen Kartensysteme in den beiden Staaten verantwortlich waren. Weiterhin wird untersucht, welche der beschriebenen Theorieansätze bzw. der daraus gebildeten Hypothesen (siehe Kapitel 5) und welche innerhalb dieser Hypothesen evtl. unbeachteten Variablen die Realität erklären/abbilden können (Beantwortung der 4. Forschungsfrage), bzw. zur Beantwortung der leitenden Forschungsfrage „*Welche Faktoren veranlassten die zügige Einführung der elektronischen Kartensysteme im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen – trotz der allgemein geltenden Reformresistenz in den Gesundheitssystemen?*“ beitragen. Anschließend sollen Rückschlüsse aus den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit auf die Theorieansätze gezogen werden. Im Folgenden wird nun erklärt mit welchen Methoden die Beantwortung der 4. und der leitenden Forschungsfrage erfolgen soll. Dabei sind die Methoden der Datenerhebung sowie die Methoden der Datenauswertung von Bedeutung. Innerhalb der Auswertungsmethoden wird zudem erläutert, in welcher Form die Diskussion der Ergebnisse der Untersuchung und damit die Beantwortung der 5. Forschungsfrage (in Kapitel 8) erfolgen soll.

### **6.5.1 Erhebung der Daten**

Die erhobenen Daten sind die Grundlage für die spätere Untersuchung und die darauffolgenden Konklusionen. Die Datenerhebung sollte transparent dargestellt und ganzheitlich sowie ohne Verzerrungen durchgeführt werden. Denn dies gewährleistet valide Schlussfolgerungen auf die Ursachen eines politischen Phänomens und gewährleistet die interne Validität und Reliabilität der empirischen Analyse (Yin, 2003, Kap. 4; George/Bennett, 2005, Kap. 5). Die vorliegende Studie ist qualitativ ausgerichtet. Bei qualitativen Untersuchungen wird zwischen vier Datenerhebungsverfahren unterschieden. Zu diesen gehören „Leitfaden-Interviews, teilnehmende Beobachtung, Aufzeichnung von Interaktionen, Sammlung von Dokumenten“ (Behrens, 2003, S. 230). Für die vorliegende Studie wird zuerst eine Dokumentenanalyse vorgenommen, um einen Überblick über das zu untersuchende Policy-Feld zu verschaffen. Im Mittelpunkt der Analyse steht das Verfahren "leitfadengestütztes Experteninterview". Hierfür werden Gespräche mit einzelnen Fachleuten aus der Politik und einschlägigen Verbänden geführt.

#### **6.5.1.1 Sammlung von Dokumenten**

Dokumente geben einen guten Eindruck von dem Kontext einer in einer bestimmten Situation getroffenen Entscheidung. Die bisherige Forschung über Staatstätigkeit und politischen Wandel stellt einen ersten wichtigen Zugang zur Rekonstruktion von Policy-Prozessen dar. Die Berichterstattung der Medien bildet einen ersten Überblick über die Prozessabläufe und die beteiligten Akteure. Um einen tieferen Einblick von den prozessualen Ereignissen zu erhalten werden Dokumente der drei Gruppen Politik/politische Entscheidungsträger, Praktiker aus Verbänden/Kammern/Unternehmen und Wissenschaft bzw. Fachjournalismus betrachtet (Ei-

ne detailliertere Beschreibung der drei Gruppen mit den für jede Gruppe erhobenen Dokumenten ist **Anhang 3** zu entnehmen).

Die Erschließung von Dokumenten gibt einen guten Überblick über den Prozess der Einführung der elektronischen Kartensysteme im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen. Allerdings ist das Material größtenteils ungeeignet, um kausale Zusammenhänge zwischen unabhängigen Variablen (Erklärungsfaktoren für den politischen Wandel) und abhängiger Variable (Einführung des jeweiligen Kartensystems) herzustellen. Durch die intensive Dokumentenrecherche werden deshalb passende Interviewpartner identifiziert. Mit den Experten werden anschließend Interviews durchgeführt, die für die Analyse in Kapitel 7 ausgewertet werden. Nachfolgend wird der Vorgang der Vorbereitung, Durchführung und Auswertung der Interviews beschrieben. Es werden der Interviewleitfaden vorgestellt, die Auswahl der Interviewpartner erklärt und die vor- und nachgelagerten Tätigkeiten bezüglich der Interviews erläutert.

### 6.5.1.2 Leitfadengestützte Experten-Interviews

Durch eine gründliche Dokumentenanalyse<sup>147</sup> werden passende Interviewpartner identifiziert. Zu diesen gehören Politiker, Beamte, Interessenvertreter der Spitzenverbände der Leistungserbringer und Kostenträger im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen, sowie Interessenvertreter von Telekommunikationsfirmen bzw. Technologieunternehmen mit Schwerpunkt E-Health (dazu Kapitel 6.5.1.2.2). Es wird darauf geachtet, dass alle Befragten in den behandelten Themenkomplex mittelbar oder unmittelbar involviert sind bzw. waren. Die befragten Experten sind fachlich in der Lage, die Fragestellungen kompetent zu beantworten (Brosi et al., 1981).<sup>148</sup>

Bei den durchgeführten Interviews handelt es sich um **halbstandardisierte Experteninterviews**. Die Interviews werden durch einen Leitfaden unterstützt. Dieser hilft bei der Strukturierung des Gesprächsverlaufs (Kuckartz et al., 2008, S. 21) und bietet gleichzeitig eine hohe Flexibilität (Bortz/Döring, 2006, S. 314).<sup>149</sup> Durch das halbstandardisierte Verfahren können vor dem Gespräch herausgearbeitete Themenbereiche während des Interviews intensiviert werden und gleichzeitig kann situativ auf sich im Interview ergebende interessante Aspekte eingegangen werden (Liebold/Trinczek, 2009, S. 32ff).<sup>150</sup>

#### 6.5.1.2.1. Interviewleitfaden

Zur Erhebung der Daten während des Interviews wird ein Interviewleitfaden herangezogen (Kromrey, 2009, S. 299; Kuckartz et al., 2008, S. 20f), der auf Basis der leitenden Forschungsfrage und der in Kapitel 5 hergeleiteten Hypothesen<sup>151</sup> konzipiert wird. Die Fragen

<sup>147</sup> Zusätzlich zur Dokumentenrecherche werden ausgewählte Interessengruppen per E-Mail angeschrieben, um deren persönliche Einschätzung zur Beteiligung ihrer Interessengruppe an der Diskussion zur Einführung der Kartensysteme zu erfahren. Die Antwort-E-Mails der Akteure werden teilweise als Beleg in der empirischen Analyse dieser Arbeit für die freiwillige Nicht-Beteiligung mancher Interessengruppen hergenommen (Kapitel 7.2.1.3 und 7.2.2.3).

<sup>148</sup> Andere Untersuchungsdesigns, wie Experimente oder Beobachtungen (Bortz/Döring, 2006, S. 321ff) sind für die vorliegende Studie nicht geeignet. Die Verhandlungen zur Einführung der Kartensysteme liegen in der Vergangenheit und können somit nicht mehr beobachtet werden. Aufzeichnungen der Diskussionen werden in Form von Dokumenten erhoben (Kapitel 6.5.1.1). Experimente sind zur Rekonstruktion eines derart komplexen historischen Ereignisses ungeeignet.

<sup>149</sup> Im Gegensatz zu offenen Interviews, bei denen auf einen Leitfaden verzichtet wird und strukturierten Interviews, bei denen vom vorgegebenen Leitfaden während des Interviews nicht abgewichen wird (Kohli, 1978, S. 1).

<sup>150</sup> Nach dem Prinzip der Offenheit soll eine Standardisierung und Strukturierung so lange zurückgestellt werden, bis sie sich – durch die Forschungssubjekte definiert – selbst ergibt (Hoffmann-Riem, 1980).

<sup>151</sup> Die Fragen werden so konzipiert, dass die Auswertung der Antworten auf die Fragen die vorläufige Bestätigung oder Widerlegung der Hypothesen zulässt und gleichzeitig mögliche, bisher unbeachtete Erklärungsfaktoren für

dienen als Orientierung und damit zur Vorstrukturierung des Interviews (Mayer, 2008, S. 43; Friebertshäuser/Langer, 2010, S. 439; Kuckartz et al., 2008, S. 21). Ausgelegt ist das Interview auf eine Länge von ca. 45 Minuten. Die tatsächliche Dauer des Interviews hängt von der jeweiligen Rede-Bereitschaft des Interviewten ab.

Die Fragen, die dem Interviewten in den einzelnen Themenblöcken gestellt werden, sind nach folgenden Merkmalen konzipiert:

- **Offene Fragen** (Patton, 1990, S. 295; Kuckartz et al., 2008, S. 20): Die Verwendung offener Fragen dient dazu, dem Interviewten die Chance zu eröffnen, freie Antworten zu geben. Dabei wird auf vorgegebene Antwortmöglichkeiten verzichtet.
- **Faktfragen** (Gläser/Laudel, 2010, S. 123f): Es wird darauf geachtet, Faktfragen zu verwenden. Dabei wird auf die Erfahrung der Experten mit der Einführung des Kartensystems zurückgegriffen. Da hauptsächlich vergangene Prozesse im Mittelpunkt der Studie stehen, können die Experten auf ihr vorhandenes Fachwissen zurückgreifen. Meinungsfragen mit entsprechend subjektiven Antworten lassen sich auf Grund der ideellen und ökonomischen Präferenzen der Experten im Themenbereich nicht vollständig vermeiden (Gläser/Laudel, 2010, S. 122).
- **Neutrale Fragen** (Gläser/Laudel, 2010, S. 135): Es werden dem Interviewten keine Fragen gestellt, welche eine beeinflussende Richtung aufweisen. Denn die Beantwortung solcher Fragen kann Ergebnisverzerrungen aufweisen.

Die Fragen des Leitfadens dienen zur Orientierung. Wenn der Verlauf der Interviews dies anbietet, werden vertiefende Fragen gestellt. Teilweise ergeben sich evtl. auch neue, bislang noch nicht berücksichtigte Aspekte. Die Reihenfolge der Fragen wird sodann nicht zwingend eingehalten (Meuser/Nagel, 2010, S. 465). Zudem wird der Gesprächsverlauf durch Verzicht auf spätere Fragen angepasst, wenn der Interviewte eine Antwort auf später vorgesehene Fragen in die aktuelle Antwort auf eine Frage integriert (Gläser/Laudel, 2010, S. 42). Dies wird bei der Codierung der Antworten (siehe Kapitel 6.5.2.1) berücksichtigt. Der Verzicht auf Suggestivfragen lässt sich womöglich nicht immer gewährleisten, da teilweise mögliche Ausprägungen der denkbaren Erklärungsansätze für die Einführung der Kartensysteme für den Interviewten beschrieben werden müssen. Es wird allerdings angestrebt, dies in größtmöglicher Neutralität vorzunehmen.

Der komplette Interviewleitfaden ist **Anhang 4** zu entnehmen. Das Interview wird in Abschnitte bzw. Themenblöcke eingeteilt (Kuckartz et al., 2008, S. 21), die sich wie folgt darstellen:

### **Block 1 – Begrüßung, Vorstellungsrunde, Rahmenbedingungen**

In dem ersten Teil dieses Blocks stellen sich der Interviewte und der Interviewende gegenseitig vor. Das dient dem Zweck sich kennenzulernen und eine angenehme Gesprächsatmosphäre zu erzeugen (Myers/Newman, 2007, S. 14). Anschließend verweist der Interviewende auf die Bedeutung des Interviews für die Untersuchung und gibt eine kurze Einführung in das Thema. So soll der Interviewte für das Gesamtthema motiviert werden (Gläser/Laudel, 2010, S. 114). Im zweiten Bestandteil des ersten Blocks erklärt der Interviewer dem Interviewten die Rahmenbedingungen des Interviews (Gläser/Laudel, 2010, S. 144). Zu diesen gehören die Aufklärung über die Verwendung der persönlichen Daten und die Anonymität der Untersuchung. Nach § 40 BDSG wird das Interview "geschwärzt". Das bedeutet, dass Inhalte

---

die Einführung der Kartensysteme in Deutschland und Österreich aufgedeckt werden können (siehe Kapitel 6.5.2 zur Auswertung der Interviews).

des Gesprächs anonymisiert werden. Es werden weder der Namen des Interviewten, dessen Partei-, Firmen oder Verbandzugehörigkeit, dessen berufliche Position<sup>152</sup>, noch der Ort des Interviews veröffentlicht.<sup>153</sup> Es wird das Einverständnis des Interviewten eingeholt, das Gespräch als Audioaufzeichnung – und durch Mitschriften bzw. Notizen des Interviewers – zu archivieren. Außerdem stimmt der Interviewte zu, dass die erhobenen Daten für die wissenschaftliche Auswertung im Rahmen von Publikationen genutzt werden dürfen.

## **Block 2 – Themenhinführung**

Die Einführung eines elektronischen Kartensystems im Gesundheitswesen ist bis dato aus politikwissenschaftlicher Perspektive noch nicht erforscht, was die Analyse des Forschungsstandes in Kapitel 4 zeigt. Außerdem sind die meisten befragten Experten keine Politologen, sondern Praktiker ohne politikwissenschaftlichem Abschluss. Es kann deshalb nicht davon ausgegangen werden, dass die Interviewten das gleiche Begriffsverständnis aufweisen. Auf Grund dessen ist es notwendig zu Beginn des Gesprächs die Beziehung des Interviewten zum Kartensystem, die beteiligten Akteure an der Einführung des Kartensystems sowie die Foren, in denen die Diskussionen Rund um das Kartensystem stattfinden und stattfanden, in einer Diskussion zu thematisieren. So wird eine Begriffsbasis hergestellt. Durch die Antwort des Interviewten auf die Frage nach seiner Beziehung bzw. Einstellung zum elektronischen Kartensystem wird zudem ersichtlich, ob eine besonders positive oder negative Haltung die Antwort auf weitere Fragen innerhalb des Interviews verfälschen könnte. Block 2 schließt mit der Frage nach der Rolle des Interviewten und seiner zugehörigen Institution im Rahmen des Einführungsprozesses. An die Antwort der Frage kann im Hauptteil sinnvoll mit der Frage nach der Rolle anderer Faktoren bei der Einführung des Kartensystems angeschlossen werden.

## **Block 3 – Prozessablauf – Makroperspektive**

Der Ablauf der Fragen in Block 3 und 4 orientiert sich thematisch an der Reihenfolge der in Kapitel 5.2 abgeleiteten Hypothesen. Diese Reihenfolge erleichtert das Auswerten der Interviews nach den Gesprächen. In diesem 3. Block werden Fragen gestellt, die sich mit Aspekten bzw. Erklärungsfaktoren aus den Theoriefamilien der vergleichenden Staatstätigkeitsforschung befassen. Es wird diskutiert, welche wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Entwicklungen für die Einführung des Kartensystems im jeweiligen Land<sup>154</sup> verantwortlich waren. Außerdem werden Machtressourcen verschiedener Interessengruppen, die parteipolitische Zusammensetzung der Regierung, politisch-institutionalistische und internationale Einflussfaktoren sowie Pfadabhängigkeiten besprochen.

---

<sup>152</sup> Damit sind alle beruflichen Positionen des Interviewten während des gesamten Untersuchungszeitraums der vorliegenden Fallstudie, aber auch vorherige Positionen und zukünftige (im Falle dessen diese stehen zum Zeitpunkt des Interviews schon fest) gemeint.

<sup>153</sup> Die "Schwärzung" dieser hochsensiblen Daten ist notwendig, da die Interviewten teilweise Inhalte aus ihren Tätigkeiten oder Erfahrungen preis geben, welche ihre berufliche Position, Karriere oder ihr berufliches oder öffentliches Ansehen gefährden könnten, sollten die Daten mit ihnen (den Interviewten) in Verbindung gebracht werden.

<sup>154</sup> Die Experten aus Deutschland werden zum Thema "Einführung der eGK in Deutschland" und die Experten aus Österreich zum Thema "Einführung der E-Card in Österreich" befragt. Dies gilt für die Fragen in den anderen Blöcken gleichermaßen.

### **Block 4 – Prozessablauf – Mikroperspektive**

Nach den makroperspektivischen Fragen in Block 3, ist es sinnvoll in Block 4 die detaillierteren Fragen zu stellen. Block 4 beinhaltet Fragen, welche sich mit den Aspekten aus den Theorieansätzen der Policy-Forschung beschäftigen. In diesem Block wird genauer auf den Policy-Prozess eingegangen. Es werden u. a. der Einfluss und die Maßnahmen "neuer" Akteure von außerhalb des Subsystems sowie der Einfluss der Medien und der Öffentlichkeit auf den Gesetzgebungsprozess thematisiert. Darüber hinaus werden politische Entrepreneure und ihre Vorgehensweisen im Rahmen der Einführung des elektronischen Kartensystems diskutiert und die Öffnung eines politischen Zeitfensters angesprochen. Ferner werden gebundene Rationalitäten der Regierenden thematisiert.

### **Block 5 – Vergleich mit den Gesundheitstelematik-Systemen anderer Staaten**

In diesem 5. Block wird vertiefend zu Block 3 und 4 thematisiert, weshalb national ein Karten- und kein Netzsystem (wie z. B. in Großbritannien) eingeführt wurde. Zusätzlich werden die Funktionen des nationalen Kartensystems mit den Anwendungen der Kartensysteme anderer Staaten verglichen. Dabei werden vor allem die Ungleichheiten zwischen den Kartensystemen in Deutschland und Österreich diskutiert. Dieser Themenblock ist notwendig, um die Gründe für die unterschiedlichen Wesensmerkmale in der Ausgestaltung der beiden Systeme in Deutschland und Österreich zu identifizieren.

### **Block 6 – Abschluss, Verabschiedung**

Im kurzen, finalen Themenblock wird der befragte Experte aufgefordert, die in Block 3 und 4 besprochenen Einflussfaktoren nach ihrer Bedeutung zu gewichten. Außerdem wird dem Interviewten Raum gegeben, eigene Ergänzungen oder Anmerkungen zu artikulieren (Myers/Newman, 2007, S. 15). Zum Schluss wird gefragt, ob ggf. noch wegen ergänzender Fragen erneut miteinander gesprochen werden kann.

#### **6.5.1.2.2. Auswahl der Interviewpartner**

Zwischen **März und Juni 2014** werden insgesamt **18 Interviews mit Experten**<sup>155</sup> geführt. Die Auswahl der Interviewpartner erfolgt nach dem in Abbildung 8 dargestellten System in der entsprechenden Reihenfolge.

Abbildung 8: Auswahl der Interviewpartner

Funktion des Experten → Zugehörigkeit des Experten → Verfügbarkeit des Experten  
→ Bereitschaft des Experten

Quelle: Eigene Darstellung

Die Expertengrundgesamtheit setzt sich wie folgt zusammen:

**Experten, die an der Einführung der Kartensysteme in Deutschland und Österreich beteiligt waren:**

<sup>155</sup> Es werden 10 Experten aus Deutschland und 8 Experten aus Österreich interviewt.



- Leitender Beamtenstab des Bundesministeriums für Gesundheit in Deutschland und Österreich unmittelbar vor, bei und nach der Verabschiedung des GKV-Modernisierungsgesetzes in Deutschland bzw. der 56. ASVG-Novelle in Österreich.
- Vorstände, Abteilungsleiter und Pressesprecher der Spitzenverbände der Kostenträger und Leistungserbringer im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen, die unmittelbar – oder zumindest mittelbar (Pressesprecher) – an der Einführung der eGK bzw. E-Card beteiligt waren.
- Leitende Mitarbeiter aus der Industrie, die an der Einführung der Kartensysteme beteiligt waren.

Die Akquise neuer Interviewpartner wird so lange fortgesetzt, bis aus den Interviews keine neuen Erkenntnisse mehr gewonnen werden können, wodurch eine theoretische Sättigung erreicht werden kann (Krüger, 2000, S. 333; Krüger/Wensierski, 1995, S. 196).

### 6.5.1.2.3. Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung der Interviews

Die potenziellen Interviewpartner werden per E-Mail oder Telefon initial kontaktiert. Bei dieser ersten Kontaktaufnahme werden bereits das Thema des Interviews kurz umrissen und der Ablauf dargestellt (Gläser/Laudel, 2010, S. 160f). Danach werden per E-Mail oder telefonisch Termine vereinbart und ein weiteres Schreiben mit einer Terminbestätigung an die Experten versendet. Zusätzlich werden vor dem Interview soziodemographische Daten sowohl über die Institution als auch über den Interviewten per Internetrecherche erhoben.<sup>156</sup> Dadurch sollen entsprechende Fragen im Interview vermieden werden, um einen natürlichen Gesprächsablauf des eigentlichen Interviews zu unterstützen (Przyborski/Wohlrab-Sahr, 2008, S. 137; Helfferich, 2011, S. 182).

Im Hinblick auf die Interviews werden den Interviewten zudem Unterlagen zum Datenschutz gemäß § 40 BDSG zugesandt (Das Informationsblatt zum Experteninterview sowie die zugehörige Datenschutzerklärung sind **Anhang 5** zu entnehmen). Die Dokumente geben den Experten Auskunft über den vertraulichen Umgang mit den in den Interviews getätigten Angaben, der Anonymisierung der Daten und der ausschließlichen Verwendung für wissenschaftliche Zwecke. Potenziell eintretende negative Folgen für die Interviewten werden damit nach § 1 Abs. 1 BDSG ausgeschlossen. Die erforderliche schriftliche Einwilligung zur Datenschutzerklärung übergeben die Experten im Vorfeld des jeweiligen Interviews.

Im Vorfeld der Befragungen wird der Interviewleitfaden einem Pretest unterzogen. Hierzu werden zwei vollständige Interviews als Probe mit ausgewählten Versuchspersonen – Praktiker aus der regionalen Politik und wissenschaftlicher Mitarbeiter mit Forschungsschwerpunkt Politikwissenschaft – durchgeführt. Im Anschluss an die Test-Befragungen wird der Leitfaden auf Grund des Feedbacks überarbeitet. Dabei werden die Reihenfolge und die Formulierung der Fragen verbessert (Gläser/Laudel, 2010, S. 150; Kuckartz et al., 2008, S. 20).

Vor den Interviews wird die Art der Durchführung des Interviews mit den einzelnen Interviewten abgesprochen. Der Großteil der Befragungen wird als Face-to-Face-Interview in den Räumlichkeiten der Institutionen, in denen die Interviewten zum Zeitpunkt des Interviews beschäftigt sind, durchgeführt (Brosius et al., 2009, S. 117). Eventuelle Störungen von Telefoninterviews – wie Leitungsabbruch oder das Betreten weiterer Personen des Raums etc. – können somit verhindert werden. Manche Interviews werden dennoch als Telefoninterviews durchgeführt, wenn die Interviewten bei der Terminabsprache dies ausdrücklich wünschen.

<sup>156</sup> Ein persönliches Erfragen dieser Informationen bei den Interviewten selbst ist nicht notwendig. Die Experten und ihre Institutionen stehen in der Öffentlichkeit und haben einen sehr transparenten Internetauftritt.

Die Experten werden in Einzelinterviews befragt. Durch Gruppeninterviews können beeinflusste Gesprächssituationen zustande kommen. Deshalb sind aus Sicht der Auswertung Einzelinterviews vorzuziehen (Myers, 2009, S. 125). Wenn das Gruppeninterview allerdings Wunsch der Interviewten ist, so wird diesem entsprochen. Alle Interviews werden von dem gleichen Interviewer durchgeführt.

Die Interviews werden durch ein Aufnahmegerät<sup>157</sup> festgehalten. Die Audioaufzeichnungen werden im Anschluss an die Interviews mit dem Transkriptionsprogramm F4 transkribiert (Kuckartz et al., 2008, S. 29; Przyborski/Wohlrab-Sahr, 2008, S. 87). In den Verschriftlichungen der Interviews werden para- und nonverbale Ereignisse, Klangmodulationen, lautsprachliche Äußerungen, Gestik und Mimik nicht aufgenommen. Außerdem wird der Text von Umgangssprache und Dialekt geglättet, also an das Schriftdeutsch angenähert. Denn Umgangssprache und Dialekt beizubehalten, führt zu keinen Erkenntnissen über die Ursachen der Einführung der Kartensysteme im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen, sondern erschwert die spätere Auswertung der Daten. Die Priorität liegt bei der Transkription auf der leichten und guten Lesbarkeit, Erlernbarkeit bzw. auf dem Inhalt des Redebeitrags (Langer, 2010, S. 518f; Dresing/Pehl, 2013, S. 17). Ferner werden bei der Verschriftlichung Angaben, die auf den Interviewten schließen lassen könnten (berufliche Position des Interviewten, Verbands- oder Parteizugehörigkeit der Person, Orte etc.) entfernt. So wird die Anonymisierung nach § 40 Abs. 2 BDSG gewährleistet. Die Interviewten nehmen keine Redigierungen der Transkripte vor.

Die erhobenen Interviews und Dokumente werden **interpretativ analytisch** ausgewertet (Bortz/Döring, 2006, S. 298). Auf die Auswertungsmethode wird nun im folgenden Kapitel detailliert eingegangen.

## 6.5.2 Auswertung der aus den Interviews erhobenen Daten

Für die empirische Analyse in Kapitel 7 werden die Interview-Transkripte ausgewertet, da die abgefragten Informationen das Zustandekommen des politischen Wandels "Einführung eines elektronischen Kartensystems im Gesundheitswesen" erklären. Die Analyse der vorliegenden Arbeit erfolgt qualitativ.

### 6.5.2.1 Strukturieren und Zusammenfassen

Mit Hilfe eines inhaltsanalytischen Verfahrens werden die Inhalte der erhobenen Interviews als auswertendes Datenmaterial aufgefasst. In der qualitativen Inhaltsanalyse haben sich drei verschiedene Grundformen von Analysetechniken herausgebildet. Zu diesen gehören nach Mayring (2008, S. 58) die Zusammenfassung<sup>158</sup>, die Explikation<sup>159</sup> und die Strukturierung<sup>160</sup>.

Für die vorliegende Untersuchung wird die inhaltliche Strukturierung gewählt und an den Untersuchungskontext angepasst (Mayring, 2008, S. 85). Die potenziellen Kriterien bzw. Variablen, welche die Einführung des jeweiligen Kartensystems erklären, lassen sich aus den Theoriefamilien der vergleichenden Staatstätigkeitsforschung und der Policy-Forschung (siehe Kapitel 5) herleiten. Aus den Theorieansätzen bzw. den daraus entwickelten Hypothesen wird im

<sup>157</sup> Sprachmemos-App des Iphone5

<sup>158</sup> Das gesammelte Datenmaterial soll so reduziert werden, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben. Die reduzierte Gesamtheit soll trotzdem noch das Grundmaterial abbilden (Mayring, 2008, S. 59ff).

<sup>159</sup> Zu bestimmten Texten soll zusätzliches Material herausgearbeitet werden, um das Verständnis zu vertiefen (Mayring, 2008, S. 77ff).

<sup>160</sup> Aspekte sollen aus dem Datenmaterial herausgearbeitet werden. Unter vorher festgelegten Kriterien soll anschließend ein Querschnitt durch das Material gelegt werden (Mayring, 2008, S. 82ff).

Vorfeld eine Code-Liste als Kategoriensystem entwickelt (Mayring, 2008, S. 82f; Kuckartz et al., 2008 S. 36ff). Durch die Herleitung des Kategoriensystems aus den theoretischen Vorüberlegungen trägt die Code-Liste zur Beantwortung der Forschungsfragen bei. Gleichzeitig ist das Kategoriensystem ebenso offen gestaltet, dass existierende Kategorien verändert oder neue Kategorien, die sich im Verlauf der Untersuchung ergeben, aufgenommen werden können (Gläser/Laudel, 2004, S. 195). Das im Laufe der Untersuchung angepasste Kategoriensystem ist **Anhang 6** zu entnehmen.

Mit der Methode der Strukturierung bzw. mit Hilfe des Kriteriensystems werden die zu analysierenden Interviewtexte aufgegliedert, kommentiert und systematisch geordnet. Somit wird die "Analyse im etymologischen Wortsinn als `Auflösen eines Gegenstands in seine Einzelbestandteile'" (Dresing/Pehl, 2013, S. 41) durchgeführt. Es werden nur diejenigen Textstellen anschließend bewertet, welche durch die Codierung herausgelöst wurden. Die restlichen nicht-kodierten Daten bleiben für die Auswertung unberücksichtigt.

Die Strukturierung der selbst erhobenen Daten wird computergestützt mit Mithilfe des Softwareprogramms F4analyse durchgeführt. Das technische Programm wurde zur qualitativen Analyse von Daten in Form von Text entwickelt und ist besonders für die Auswertung von Interviews geeignet. Mit F4analyse können Codes und Subcodes definiert und der zuvor transkribierte Text anschließend codiert werden. Des Weiteren können die extrahierten Daten entlang von Such- und Ordnungskriterien aufbereitet und dadurch verglichen und zusammengefasst werden.

Bevor die extrahierten und codierten Textstellen ausgewertet werden, müssen die Daten auf Grund ihrer Menge aufbereitet werden (Mayring, 2008, S. 83). Dies beinhaltet die Sortierung der Textstellen nach zeitlichen und sachlichen Aspekten, die Beseitigung grundlegender Fehler, sowie die Zusammenfassung bedeutungsgleicher Inhalte (Mayring/Gläser-Zikuda, 2008, S. 267ff). Nach dem Erheben, Kodieren, Extrahieren und Aufbereiten des Datenmaterials müssen in einem nächsten Schritt die Daten ausgewertet, Einzelteile miteinander in Beziehung gesetzt und verglichen werden (Dresing/Pehl, 2013, S. 40). Die Vorgehensweisen bei der Auswertung der Daten werden nachstehend beschrieben.

### 6.5.2.2 Reflexion, Theorieüberprüfung und -entwicklung

Die vorliegende qualitative, vergleichende Fallstudie wird theoriegeleitet – nach den in Kapitel 5 vorgestellten Theorieansätzen – erhoben. Sie ist **deduktiv und induktiv** ausgerichtet. Es werden Theorien getestet und auch gegebenenfalls weiterentwickelt. Um einen Kausalbezug herzustellen, werden Ursache-Wirkungs-Beziehungen vergleichend analysiert. Wie in der qualitativen Forschung üblich, liegt der vorliegenden Arbeit ein Kausalitätsverständnis zugrunde, „das von der kombinatorischen, nichtlinearen und heterogenen Wirkung von Einflussfaktoren ausgeht“ (Schnapp et al., 2006, S. 25).

Angesichts dieses Kausalitätsverständnisses wird im empirischen Teil dieser Arbeit als Methode die **Prozessanalyse** ("process tracing") angewendet. Der Nachweis kausaler Wirkungsmechanismen geschieht nach Blatter et al. (2007, S. 135) am besten durch eine Prozessanalyse. Prozessanalyse bezeichnet die systematische Untersuchung von Prozessen und die Zerlegung dieser in einzelne Teile. Mit Hilfe der Prozessanalyse können Interaktionen zwischen Variablen beleuchtet werden (Blatter et al., 2007, S. 162). Es können systematisch und dynamisch Hinweise aufgedeckt und nachverfolgt werden, die Ursachen des Zustandekommens der abhängigen Variablen erkennen lassen (Checkel, 2008; George/Bennett, 2005; Hall, 2006, 2007; Mahoney, 2010; Reilly, 2010; Schimmelfennig, 2006). So kann ein Ver-

ständnis für den Prozess erlangt werden (Blatter et al., 2007, S. 162). Außerdem liegt ein weiterer Vorteil der Methode darin, dass nicht nur die Erklärungskraft eines möglichen Faktors in den Vordergrund gestellt wird, sondern es werden verschiedene Faktoren miteinander integriert und dadurch ein Gesamtverständnis aller Zusammenhänge geschaffen (Blatter et al., 2007, S. 162).

In der vorliegenden Arbeit wird eine spezielle Ausprägung der Prozessanalyse angewendet, die "Systematic process analysis" (s. u.). Diese Methode wurde maßgeblich von Hall (2003, 2007) entwickelt und verbindet die Prozessanalyse mit der Kongruenzmethode („pattern matching“, siehe nächster Absatz).<sup>161</sup> Die "Systematic process analysis" wird benutzt, weil sich die Kombination der Methoden Prozessanalyse und Kongruenzmethode bei bisherigen qualitativen Fallstudien bewährt hat und sich Überschneidungen in der praktischen Anwendung zwischen beiden Techniken ergeben (Blatter et al., 2007a, S. 156; George/Bennett, 2005).

Mit der **Kongruenzmethode** werden Daten theoriegeleitet rekonstruiert und zur Analyse der Entscheidungsprozesse verwendet. Die Untersuchung beginnt mit der Identifikation etablierter Theorien und der Bildung von Hypothesen. Anschließend wird empirisch analysiert, ob die Theorien bzw. die abgeleiteten Hypothesen die Realität erklären können. Wenn die Theorien in der Realität vorzufinden sind, leisten sie einen Beitrag zum Zustandekommen der abhängigen Variablen (George/Bennett, 2005, Kap. 9). Durch die Kongruenzmethode wird also untersucht, ob Theorieelemente mit den entsprechenden empirischen Beobachtungen übereinstimmen. Die Ausprägungen der einzelnen Theorieelemente werden ausgewertet. Schneider (2003, S. 311), Yin (2003, S. 26) und Hak und Dul (2010) empfehlen die Anwendung der Methode in den sozialwissenschaftlichen Disziplinen und bei empirischen Fallstudien im Speziellen.

Hall (2003, S. 391ff; 2007, S. 6ff) beschreibt innerhalb der „**Systematic process analysis**“, fünf Phasen (siehe Tabelle 9): In einer ersten Phase („theory formation“) werden die der Arbeit zugrundeliegenden Theorien und Konzepte dargestellt (siehe Kapitel 5.1 in dieser Arbeit). Dabei liegt der Schwerpunkt der Beschreibung auf den für die Arbeit bedeutenden Aspekten. Nach Hall ist es von Bedeutung mehrere theoretische Konzepte in einer empirischen Arbeit anzuwenden. In einer zweiten Phase („deriving predictions“) sollen aus dem vorgestellten theoretischen Bezugsrahmen Hypothesen abgeleitet werden (siehe Kapitel 5.2 in dieser Arbeit). Anschließend folgt in den Phasen drei und vier die eigentliche empirische Analyse. In einer dritten Phase wird innerhalb der Fallstudienanalyse die Prozessanalyse vorgenommen. In dieser Phase werden die Fälle detailliert beschrieben und alle wichtigen Beobachtungen vorgenommen („making observations“). Anschließend wird in einer vierten Phase ("comparison of observations and predictions") die Kongruenz-Methode angewendet. Dabei wird die Realität mit den zuvor gebildeten Hypothesen verglichen. Die Bearbeitung der Phasen drei und vier geschieht in Kapitel 7 dieser Arbeit fließend und wird für jeden Theorieansatz einzeln vorgenommen. Zum Schluss werden in der fünften Phase („drawing conclusions“) Schlussfolgerungen der Arbeit diskutiert (siehe Kapitel 8 in dieser Arbeit). Dabei wird dargestellt, welchen Beitrag die einzelnen zu Beginn vorgestellten Theorien zur Erklärung der unabhängigen Variablen leisten können.

---

<sup>161</sup> Hall betont die Übereinstimmungen seines Ansatzes mit den Untersuchungsmethoden „process tracing“ und „pattern matching“. Er übernimmt die Ansätze von George, Bennett und Campbell und führt sie zu einer theoriegeleiteten Form der Prozessanalyse zusammen.

Tabelle 9: Die Fünf Phasen der "Systematic process analysis" in der vorliegenden Arbeit

Phasen	Inhalt	Zugehöriges Kapitel in dieser Arbeit
<b>1.Phase:</b> „theory formation“	Vorstellung der der Arbeit zugrundeliegenden Theorieansätze; dabei Hervorhebung der für die Arbeit wichtigen Aspekte	Kapitel 5.1
<b>2.Phase:</b> „deriving predictions“	Ableitung von Hypothesen aus den zuvor beschriebenen Theorieansätzen	Kapitel 5.2
<b>3.Phase:</b> „making observations“ und <b>4.Phase:</b> "comparison of observations and predictions"	Detaillierte Beschreibung der wichtigen Beobachtungen und Vergleich der Realität mit den zuvor gebildeten Hypothesen	Kapitel 7
<b>5.Phase:</b> „drawing conclusions“	Diskussion der Schlussfolgerungen der Untersuchung; dabei Darstellung des Beitrags der zu Beginn vorgestellten Theorieansätze zur Erklärung der Reform "Einführung eines elektronischen Kartensystems in Deutschland und Österreich"	Kapitel 8

Im folgenden empirischen Teil der Arbeit werden nun die wichtigen Beobachtungen detailliert beschrieben und die Realität "Einführung eines elektronischen Kartensystems" im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen mit den zuvor auf Grundlage der ausgewählten Theorieansätze gebildeten Hypothesen verglichen.

## 7 Empirische Analyse: Erklärungsfaktoren für die Reform „Einführung eines elektronischen Kartensystems“ im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Untersuchung präsentiert. Es wird dargestellt, ob die eingangs für die vorliegende Untersuchung abgeleiteten Hypothesen die Realität abbilden können. Dazu werden die zu jedem Theorieansatz thematisch passenden Beobachtungen jeweils für Deutschland (jeweils Kapitel 7.X.1) und Österreich (jeweils Kapitel 7.X.2) getrennt dargestellt. Die den Interviews entnommenen Textstellen werden dabei als Belege zitiert (*Weitere Interviewextraktionen sind der dieser Arbeit beigelegten CD zu entnehmen*). Die Ergebnisse der Beobachtungen zu den Einführungen der beiden Kartensysteme (Deutschland und Österreich) werden für jeden Theorieansatz zudem vergleichend (jeweils Kapitel 7.X.3) diskutiert. In dieser gegenüberstellenden Zusammenführung werden auch die für diese Arbeit gebildeten Hypothesen verworfen oder nicht verworfen und dies zusammenfassend begründet.

Die einzelnen theoretischen Ansätze bzw. Hypothesen werden nachstehend in derselben thematischen Reihenfolge behandelt, wie sie in Kapitel 5 vorgestellt wurden. Es wird also mit der Theoriefamilie der sozioökonomischen Determination bzw. mit dem Einfluss gesellschaftlicher und wirtschaftlicher Entwicklungen begonnen.

### 7.1 Gesellschaftliche und wirtschaftliche Entwicklungen

Die Theoriefamilie sozioökonomische Determination erklärt politischen Wandel mit dem Druck, der sich auf Grund gesellschaftlicher oder wirtschaftlicher Veränderungen bzw. Bedarfslagen auf politische Entscheidungsträger ergibt. Im Folgenden wird zuerst analysiert, ob ein solcher Druck die Einführung der eGK in Deutschland begründen kann. Anschließend wird behandelt, inwiefern gesellschaftliche und wirtschaftliche Veränderungen zur Erklärung der Einführung der E-Card in Österreich beitragen können, ehe in einer kurzen Zusammenführung die wichtigsten Ergebnisse aus beiden Staaten diskutiert werden.

#### 7.1.1 Deutschland

Im Jahr 2002 nahm sich die damalige Regierung aus SPD und Bündnis 90/Die Grünen vor, ein elektronisches Kartensystem während der gemeinsamen Regierungszeit der beiden Parteien im Gesundheitswesen einzuführen. In dem Koalitionsvertrag von 2002 zwischen SPD und Bündnis 90/Die Grünen heißt es:

*"Zur Erhöhung der **Transparenz** und Sicherung von **Wirtschaftlichkeit** und **Effizienz** im System führen wir auf freiwilliger Basis eine Gesundheitskarte ein. Sie soll vor unnötigen Doppeluntersuchungen schützen, unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen schneller erkennen lassen und die Datensicherheit stärken. Sie enthält die Notfalldaten und informiert über erforderliche Vorsorgeuntersuchungen."* (SPD/Bündnis90/Die Grünen, 2002, S. 55)

Wie in diesem Koalitionsvertrag durch die Worte "Transparenz", "Wirtschaftlichkeit" und "Effizienz" bereits angedeutet, wollte die damalige Regierung durch die Einführung des Kartensystems u. a. auf Intransparenz, hohe Kosten im Gesundheitswesen und Ineffizienz in der medi-

zinischen Versorgung reagieren und somit sozioökonomischen Fehlentwicklungen entgegenwirken. Auch alle zehn befragten Experten sind sich einig darüber, dass hinsichtlich gesellschaftlicher und wirtschaftlicher Entwicklungen Druck auf die Regierung in Deutschland ausgeübt wurde und die politischen Entscheider deshalb das elektronische Kartensystem einführen.

### Steigende Kosten im Gesundheitswesen

Die große Mehrheit der befragten Experten ist der Meinung, dass die steigenden Kosten im Gesundheitswesen eine "ökonomische Verarbeitung (von Informationen wie Behandlungsdaten) fordern" (D08). Diese ökonomischere Verarbeitung erhofften sich die politischen Entscheider durch die Einführung der eGK. Sie wollten somit durch die Einführung des elektronischen Kartensystems "Kosten auf Dauer reduzieren" (D09). Die Auswertung der Interviews hat ergeben, dass "die ökonomische Finanzierbarkeits-Diskussion des Gesundheitswesens (...) der Grund (für die Einführung der eGK) war" (D09). Die Regierung war einem steigenden Einsparungsdruck wegen der schlechten Kostensituation im Gesundheitswesen ausgesetzt und sah einen langfristigen Einspareffekt durch die Einführung eines elektronischen Kartensystems<sup>162</sup>:

Tabelle 10: Steigende Kosten im Gesundheitswesen (D)

Steigende Kosten im Gesundheitswesen
"Die finanzielle Situation der Kassen stand im Vordergrund, alles hoch defizitär. (...) Das Alltagsgeschäft (als politischer Entscheidungsträger) war halt die Verwaltung von Katastrophen. Da gab es immer wieder neue Defizite bei den Krankenkassen. Das war ja eine ganz andere Phase als heute. Wir hatten viele Probleme, die steigende Arbeitslosigkeit, wegbrechende Beiträge. Es gab Notwendigkeiten, das wirklich gesetzlich anzupacken." (D03)
"Die steigenden Kosten im Gesundheitswesen spielten auch eine Rolle. Auf lange Sicht hat die elektronische Karte einen kostensparenden Effekt, indem dadurch betriebswirtschaftliche Zusammenhänge in der Medizin oder im Gesundheitswesen besser gesteuert werden können oder Doppelbehandlungen verhindert werden können. Auch kann man durch bessere Information Fehlbehandlungen verhindern." (D01)

### Steigende Informationsmengen, Verwaltungsaufwand und Intransparenz durch demographischen Wandel

Anlässlich des demographischen Wandels ergaben sich längere und auch eine größere Anzahl von Krankheitsgeschichten, welche **steigende Informationsmengen** im Gesundheitswesen zur Folge hatten. Diese Informationsmengen konnten papierbasiert kaum mehr erfasst werden. Die steigenden Informationsmengen, welche u. a. durch die medizinischen Behandlungen der immer älter werdenden Bevölkerung entstanden, übten Druck auf die politischen Entscheidungsträger aus, ein neues Tool einzuführen, mit dem die Erfassung dieser Informationen bewältigt werden konnte. Durch die Einführung eines elektronischen Kartensystems wollten die politischen Entscheidungsträger die Dokumentation dieser stetig wachsenden Informationsmengen gewährleisten<sup>163</sup>:

<sup>162</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 1.1

<sup>163</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 1.2.1

Tabelle 11: Steigende Informationsmengen (D)

<b>Steigende Informationsmengen</b>
"Es ist natürlich schon so, dass die Informationsmenge auch irgendwann ein Problem ist bezüglich der Dokumentation dieser Informationsmengen. Und dann ist es halt mit Papier entsprechend komplizierter und schwieriger. Und deshalb hat man dann die Karte eingeführt." (D10)
"Es gibt ja immer mehr Informationen im Gesundheitswesen, über Krankheitsgeschichten und Behandlungen und so weiter. Also waren die Informationsmengen (...) ein Auslöser für die Einführung der Karte." (D04)
Die (...) steigende Information und deren Dokumentation waren die Gründe (für die Einführung der eGK). (...) Der demographische Wandel hatte (...) mehr Datenflut zur Folge. (D01)

Neben der Schwierigkeit der reinen Dokumentation der Informationsmengen, entstand dort, wo die Informationen noch verwaltet werden konnten, ein **stetig wachsender Aufwand der Verwaltung** der steigenden Patienten- und Behandlungsdaten. "Die Bürokratie war ein Problem" (D10). Es entstand der Druck auf die Regierung, den wachsenden Verwaltungsapparat vor allem in den Praxen, aber auch in Apotheken und bei den Kostenträgern zu reduzieren, um eine effizientere Datenerfassung zu gewährleisten<sup>164</sup>:

Tabelle 12: Stetig wachsender Verwaltungsaufwand (D)

<b>Stetig wachsender Verwaltungsaufwand</b>
"Grundsätzlich war man daran interessiert, dass der Verwaltungsapparat, der immer größer wurde, die Bürokratie reduziert wird. Es war zunächst einmal die Hoffnung, dass dadurch, dass wir so eine eGK einführen, die dann natürlich auch so eine Datenspeicherung vollzieht, dass dadurch der Verwaltungsaufwand in den Praxen auch abnimmt." (D05)
"Es stand einfach (...) Bürokratieabbau (...) im Vordergrund. Die Standardklage der Klage war und ist bis heute die Papierflut. (...) Wenn das alles in Papierform stattfindet, ist das natürlich wahnsinnig mühsam und auch sehr aufwendig auszuwerten. Und der Aufwand nimmt natürlich durch so eine eGK ab oder wird dementsprechend verbessert." (D03)

Durch die wachsenden Informationsmengen, die an verschiedenen Orten z. T. unvollständig dokumentiert wurden, stieg die Intransparenz der Patienten-Arzt-Kontakte bzw. Behandlungen. Die Kostenträger hatten keinen Einblick in die Patientendaten und auch keinen Überblick darüber, an welchen Stellen welche Bedarfe und Defizite vorhanden sind. Die Situation forderte eine Gewährleistung der **Transparenz** von Behandlungen mit dem Argument der damit eingehenden Verbesserung der Auswertungsmöglichkeiten von Patienten- und Arztdate, der Verbesserung von Entscheidungs- und Planungsgrundlagen auf allen Ebenen und damit einer effektiven Qualitätskontrolle des Gesundheitswesens. Das Gesundheitswesen sollte im Zuge des Qualitätsgedankens besser steuerbar sein. Transparenz gewährleistet Steuerbarkeit und das Aufdecken von Missständen. Insofern wurde Druck auf die Regierung aufgebaut, Defiziten in der Qualität des Gesundheitswesens durch Steuerung und Kontrolle der ansteigenden Informationsmengen entgegenzuwirken<sup>165</sup>:

<sup>164</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 1.2.2

<sup>165</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 1.2.3



Tabelle 13: Intransparenz (D)

Intransparenz
"Extern wurden immer mehr Daten erhoben, die dann aber nicht ausgewertet werden konnten. Mit denen konnte man nichts anfangen. (...) Man hatte früher (vor Einführung der eGK) solche medizinischen Daten (z. B. Behandlungsdaten, Daten über Patienten-Arztkontakte) überhaupt gar nicht, um sie auszuwerten. Das (Auswertung der Daten) konnte man erst durch die Einführung (der eGK). (...) Dass diese ganzen Situationen (vor Einführung der eGK) mehr Transparenz (...) gefordert haben, das ist klar." (D08)
"Wir (politische Entscheidungsträger) haben das (Einführung der eGK) gemacht, damit die Daten transparent werden. Der Punkt ist, dass es seit langem eine Qualitätsdebatte gibt. Wie messe ich Qualität? Natürlich hatten wir das Bestreben, möglichst hohe Qualität abzuliefern. Aber wir wollten auch dieses Stichwort "pay for performance" umsetzen. Also wir wollten die Bezahlung der Leistungserbringer nach Qualitätskriterien staffeln. (...) Aber ich kann über Qualitätskriterien gar nicht nachdenken, wenn ich die (Daten über Behandlungen von Patienten und Arzt-Patientenkontakte) nicht prüfen kann." (D03)
"Der (Arzt) hatte sein Arzteinformationssystem, da guckt kein anderer rein. Da konnte er aufschreiben was er will. Und jetzt kann da ja mit der eGK jeder rein gucken, jede Art von Dokumentation sehen. Und es kann auch jeder die Qualität der Dokumentation, der Befunde sehr viel stärker nachvollziehen. Und das ist bisher nicht der Fall gewesen. Und das wollte man eben dadurch (Einführung der eGK) verbessern." (D09)

Einige Experten sind der Meinung, dass die politischen Entscheidungsträger nicht nur auf Grund des Qualität-Drucks ein transparenteres und steuerbareres Gesundheitswesen anstrebten. Verstärkt wurde der Wunsch, die eGK einzuführen, durch das Eigeninteresse der politischen Entscheidungsträger, die Informationen zur Verbesserung der eigenen Machtstellung zur Verfügung zu haben. "Es geht um Macht und es geht um die Steuerung des Gesundheitswesens" (D02). "Wer heute über Informationen verfügt, kann heute wirtschaftliche Prozesse besser steuern. Das heißt, viele Verbände, auch die Politik, Krankenkassen sind daran interessiert, (...) sichere Informationen zu bekommen. Und das geht am besten auf dem elektronischen Weg. (...) Also das Patienteninteresse wurde sehr in den Vordergrund geschoben. Aber meines Erachtens war das weniger ausschlaggebend, wie die Daten zur Verfügung zu haben, um mehr Macht zu erhalten" (D01).<sup>166</sup>

### **Steigende Medienbrüche auf Grund von Arztwechselln, Spezialisierung von Ärzten und Abwanderung von Ärzten aus ländlichen Regionen**

Die elektronische Karte wurde auch "unter dem Aspekt Vernetzung" (D05) eingeführt. Es entstanden zunehmend Koordinierungs- Integrations- und Kommunikationsprobleme zwischen Leistungserbringern im Gesundheitswesen. Die politischen Entscheidungsträger waren dem Druck ausgesetzt, auf Medienbrüche<sup>167</sup> zu reagieren<sup>168</sup>.

<sup>166</sup> Die Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 1.2.3

<sup>167</sup> Ein Medienbruch ist der Wechsel des informationstragenden Mediums – in dem Fall der Wechsel der Ärzte einschließlich ihrer jeweiligen praxisinternen Dokumentationsnetzwerke – innerhalb eines Informationsbeschaffungs- oder -verarbeitungsprozesses (z. B. Behandlungsprozess eines Patienten). Durch einen Medienbruch wird in der Informationskette der Beschaffungs- oder Verarbeitungsprozess für Daten, Information und Inhalte erschwert, verlangsamt bzw. unter Umständen auch in seiner Qualität gemindert.

<sup>168</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 1.3

Tabelle 14: Medienbrüche (D)

Medienbrüche
"Die Argumentation war damals, die Medienbrüche müssten verhindert werden und zwar dadurch, dass das E-Rezept immer eine Datei ist, auf dem Weg zum Arzt, zum Patienten, zur Apotheke und in die Krankenkasse zur Abrechnung. Und man hat natürlich einen wesentlichen Nutzenfaktor in der Verhinderung von Medienbrüchen gesehen. (...) Also das Stichwort war `Move the information and not the patient`" (D08)
"Es gab entsprechende Medienbrüche. (...) Also dieser Medienbruch war ein Grund für die eGK." (D02)

Die zunehmenden Medienbrüche ergaben sich aus gesellschaftlichen Veränderungen in der Art und Weise der Inanspruchnahme und dem Angebot von Behandlungen. Die Anzahl der Arzt-Patienten-Kontakte stieg. "Wir haben in Deutschland im Schnitt 18 Arzt-Patientenkontakte pro Patient im Jahr" (D07). Zum einen hat "die gesamtgesellschaftliche Entwicklung, die zunehmende Spezialisierung (von Ärzten), dass es mittlerweile Kinderärzte und Gynäkologen gibt und so und nicht nur einen Hausarzt, (...) dazu (Medienbrüche) geführt (...). Da muss mehr (zwischen den einzelnen Ärzten) kommuniziert (...) werden. Und dabei hilft die Karte" (D09). Zum Anderen ist "der Patient (...) souveräner geworden, sodass er zunehmend Zweit- und Drittmeinungen einholt. Und das führt natürlich zu einem steigenden Informationsfluss. Und da muss man die Kommunikation (zwischen den verschiedenen behandelnden Ärzten) gewährleisten" (D07), um Fehlmedikationen<sup>169</sup> zu verhindern (dazu ausführlich: D03).<sup>170</sup> Die steigende Anzahl an Arzt-Patientenkontakten und die daraus entstehenden Medienbrüche, die sich "seit Einführung der Krankenversicherungskarte in den 90er Jahren" (D03) ergaben, übten Druck auf die Regierung aus, die eGK in Deutschland einzuführen.<sup>171</sup> Die Medienbrüche wurden zudem durch die Abwanderung von Ärzten aus ländlichen Regionen in stadtnahe Gebiete verursacht. "Die Ausdünnung in der Fläche (...) das ist ja auch einer der Hauptgründe (für die Einführung der eGK). Man hat sich überlegt, wie man bei der Sicherstellung des Versorgungsauftrags auf dem flachen Land noch mehr entsprechende medizinische Versorgung sicherstellen kann. (...) Man wusste, dass man da nicht drum herum kommt, eine stärkere Vernetzung zu machen, auch um Nicht-Ärzte stärker in die Leistungserbringung einzubeziehen, Krankenschwestern und so" (D09). Es entstand der Druck auf die Regierung, die Vernetzung bzw. Kommunikation zwischen Leistungserbringern in ländlichen Regionen und in stadtnahen Gebieten zu gewährleisten, damit Patienten auf dem Land medizinisch versorgt werden können.<sup>172</sup> Die eGK sollte die Vernetzung bzw. den Austausch über Patientendaten zwischen den verschiedenen Leistungserbringern im Gesundheitswesen gewährleisten.

<sup>169</sup> Fehlmedikationen kommen dann zustande, wenn der eine Arzt Medikamente verschreibt, ohne zu wissen, welche Medikamente der andere behandelnde Arzt dem Patienten bereits verschrieben hat. Evtl. können dann Wechselwirkungen der Medikamente auftreten, die negative Auswirkungen auf den Gesundheitszustand des Patienten haben.

<sup>170</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 1.3.1

<sup>171</sup> Seit Einführung der KVK in den 90er Jahren hat jeder Patient die Möglichkeit, zu mehreren Ärzten zu gehen, ohne dass die einzelnen Ärzte von den Behandlungen ihrer Kollegen wissen. Zu Zeiten des Krankenscheins, der vor der KVK ausgegeben wurde, war diese Möglichkeit noch nicht gegeben: Der gesetzlich Versicherte bekam ein Krankenscheinheft pro Quartal. Bevor der Versicherte zu einem weiteren Arzt gehen konnte, musste er beim erstbehandelnden Arzt eine Überweisung anfragen. Somit wusste der erstbehandelnde Arzt über weitere Arztkontakte des Patienten Bescheid. Durch Einführung der KVK bzw. eGK wurden diese Überweisungen hinfällig (dazu ausführlich: D03 in IE Deutschland 1.3.1).

<sup>172</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 1.3.2

## Technische Entwicklungen

In Kapitel 3.3 wurde bereits dargestellt, dass die technischen Entwicklungen im Laufe der 90er Jahre des 20. Jahrhunderts neue Möglichkeiten für das Gesundheitswesen boten. Dem stimmen alle Experten zu. Die Möglichkeit "IT und Telematik" im Gesundheitswesen zu nutzen, "das gibt es ja erst so ungefähr seit `95" (D08). Die Entwicklungen, die sich im Bereich Technik bzw. Telekommunikation seit Anfang der 90er ergaben, beeinflussten die Entscheidung der Regierung, ein elektronisches Kartensystem einzuführen. Hier weisen die Ergebnisse der Interviews einen erheblichen Konsens auf<sup>173</sup>:

Tabelle 15: Technische Entwicklungen (D)

Technische Entwicklungen
"Die technischen Entwicklungen haben ja erst in den Jahren `93, `96 so Fahrt aufgenommen. (...) Und da wurden eben die Möglichkeiten, die man an dieser Stelle hat, doch immer deutlicher. (...) Weil es dann völlig klar war, dass man an dieser technischen Entwicklung (eGK) nicht vorbeikommt." (D04)
"Die technischen Entwicklungen im Gesundheitswesen haben die Möglichkeit hervorgerufen, dass man die Informationsmengen einfach über die digitalen Möglichkeiten viel besser und zielgerichteter an die notwendigen Leute bringen kann, die diese Informationen brauchen. (...) Also waren (...) die technischen Entwicklungen ein Auslöser für die Einführung der Karte." (D07)
"Man wollte diese ganze Informationskultur auf einen modernen Stand bringen, damit möglichst wenig Information verloren geht. Die technischen Entwicklungen (...) waren die Gründe (für die Einführung der eGK). (...) Das ist der entscheidende Punkt, also der technische Fortschritt und die Möglichkeit der Informationsverarbeitung generell." (D01)

## Gesellschaftlicher Trend nach Modernisierung, Technisierung und elektronischen Karten

Neben den tatsächlichen technischen Entwicklungen, gab es zudem einen gesellschaftlichen Trend nach Modernisierung und der Nutzung von Technik in allen Bereichen. Dieser "Trend der Zeit" (D05) übertrug sich auch auf das Gesundheitswesen und übte Druck auf die rot-grüne Bundesregierung aus, die eGK einzuführen<sup>174</sup>:

Tabelle 16: Gesellschaftlicher Trend nach Modernisierung und Technisierung (D)

Gesellschaftlicher Trend nach Modernisierung und Technisierung
"Ein gesellschaftlicher Trend (...) hat das sehr sehr stark unterstützt (...) Das (Einführung der eGK) ging nur, weil eben diese modernen Informationstechnologien einen hohen Stellenwert haben innerhalb der Bevölkerung und hier auch keine Nation und auch die Bundesregierung nicht zurück stehen wollten." (D01)
"Ich will sagen, diese damalige, die erste rot-grüne Koalition, hatte was IT angeht schon dann einen gewissen Modernisierungsanspruch. Und im Gesundheitswesen lag das eben auch auf der Hand (...) Dieser Modernisierungsansatz insgesamt, mehr Qualität im Gesundheitswesen durch mehr IT, den hatten alle." (D03)

<sup>173</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 1.4

<sup>174</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 1.5

"Also Trend nach Modernisierung war ein ausschlaggebender Grund." (D10)

Der Trend nach Modernisierung und Technisierung allein müsste nicht zu der Entscheidung führen, ein elektronisches Kartensystem einzuführen. Auch Netzsysteme sind Teil moderner technologischer Lösungen (siehe dazu Kapitel 2.3). Allerdings gab es gleichzeitig zum Trend nach Modernisierung, auch den Trend nach elektronischen Karten. Denn "die Karte ist etwas, was der Bundesbürger akzeptiert hat. Der hat eine ganze Menge an Kreditkarten, Ausweise auch in Form von Karten. Also das Kartensystem ist in Deutschland so populär, dass andere Systeme überhaupt nicht in Erwägung gezogen worden sind" (D05). "Ich meine die Banken haben entsprechende Karten. Wir kennen das Thema Karten ja. (...) Und zusätzlich (...) haben wir eine Bank-Card, eine EC-Card, eine Bahn-Card und wie auch immer. Und ich glaube, dass etwas Sichtbares in der Hand zu haben, seine Handlungsberechtigung zu dokumentieren, auch für den Versicherten wichtig ist. (...) Das ist dann auch ein bisschen eine kulturelle Sache in Deutschland, dass wir sagen, wir haben so viele Karten, da passt noch eine ganz gut ins System" (D09). Den Grund für den Trend nach elektronischen Karten – im Gegensatz zu Netzsystemen – in allen Bereichen, sehen die Experten im Haptischen der Karte. Denn "die eGK (...) kann man anfassen und die sieht man" (D09)<sup>175</sup>

### Stärkeres Bewusstsein für Datenschutz

Neben dem Trend nach Modernisierung existierte auch ein gesellschaftlicher Wandel in der Sichtweise über den Stellenwert des Datenschutzes. Innerhalb der Bevölkerung gab es "da natürlich die Problematik bezüglich Datenschutz und den Druck (die Daten sicherer zu verwalten)" (D05). Es existierte "eine steigende Wahrnehmung dafür, dass Gesundheitsdaten sensibel sind, dass Missbrauch mit den Gesundheitsdaten betrieben werden kann" (D02). Die sensiblen Daten sollten nicht mehr auf Papier an sämtlichen Orten zugänglich sein. Denn es wusste dadurch niemand genau, wo die Daten von wem eingesehen werden. Des Weiteren waren die "auf der KVK vertraulichen (...) Daten leicht einzusehen" (D09), während sie auf der eGK nun durch das Zwei-Schlüssel-System besser geschützt sind. Den hohen Stellenwert, den der Datenschutz in Deutschland hatte, macht die Mehrzahl der Experten dafür verantwortlich, dass die eGK eingeführt wurde. "Also das (Einführung der eGK) hat datenschutzrechtliche Gründe" (D08), denn "die Smartcard-Technologie ist ein ganz substantieller Anker für diese ganzen Sicherheitsfragen" (D09). Ein Grund für die Einführung des elektronischen Kartensystems sind die datenschutzrechtlichen Vorteile gegenüber einem papierbasierten System, der KVK und einem Netzsystem. Hier weisen die Interviews einen erheblichen Konsens auf<sup>176</sup>:

Tabelle 17: Datenschutz (D)

Datenschutz
"Auf Papier kann das ja jeder lesen. (...) Und da kommt die Karte (eGK) ins Spiel. Die Karte ermöglicht es dem Versicherten das zu verschlüsseln. (...) Und das ist in Deutschland so, dass der Datenschutz einen ganz hohen Stellenwert hat. (...) Also wenn bei uns auf der Karte medizinische Informationen gespeichert werden, müssen die auch verschlüsselt sein. (...) Das ist natürlich technisch viel einfacher, wenn Sie nicht so eine hohe Sicherheit haben. Aber wir legen, unter dem Aspekt Datenschutz, auf eine sehr sichere Lösung Wert." (D04)

<sup>175</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 1.5

<sup>176</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 1.6

"Das heißt, das ist ein Sicherheitsmechanismus. Und darin liegt das begründet. Wenn ich nicht so hohe Datenschutzerfordernisse habe, wie in Großbritannien oder in den skandinavischen Ländern, dann kann ich das mit Passwort machen (Netzsystem). So wie Sie Ihre Daten oder Emails bei web.de abrufen. Wir haben in Deutschland aber ein sehr großes Verständnis und Bedürfnis nach Datenschutz und Datensicherheit. Und deswegen haben wir die Karte. Das ist der fachlich inhaltliche Grund." (D02)

Es muss an dieser Stelle aber auch erwähnt werden, dass sich das Verständnis darüber, die eGK würde mehr Datenschutz gewährleisten, im Laufe der Jahre nach der gesetzlichen Einführung des Kartensystems ins Gegenteil wandelte. In den letzten Jahren "haben wir halt eine Gesellschaft, die dem Thema kritischer gegenüber steht, weil das halt verschränkt wird mit irgendwelchen Datenmissbräuchen<sup>177</sup>" (D07). "Da hat sicher auch Snowden<sup>178</sup> bei dem einen oder anderen von uns eine Unsicherheit hinterlassen" (D02). "Und jeder Datenschutz-Skandal, der aufkommt, wirft die Gesundheitskarte wieder ein Stück nach hinten. Auch der NSA-Skandal trägt wieder ein Stück dazu bei, dass die eGK kritisch gesehen wird" (D05). Die Datenschutz-Skandale und die dadurch innerhalb der Bevölkerung entstandene Skepsis gegenüber der Speicherung von Daten waren mit ein Grund dafür, dass sich die Implementation der Karte – einschließlich der im Gesetz geplanten Speicherung medizinischer Daten – verzögerte.<sup>179</sup>

### Geändertes gesellschaftliches Verständnis über die Rolle des Patienten

Die Mehrzahl der Experten sehen einen weiteren Grund für die Einführung der Karte im "Antrieb, den Patienten zu stärken" (D07). Das gesellschaftliche Verständnis über die Rolle des Patienten änderte sich. Der Patient wollte autonomer sein und mehr Verantwortung übernehmen. Während der Patient bislang nur der Kunde des Gesundheitssystems war, sollte er nun mit in den medizinischen Prozess eingebunden werden<sup>180</sup>:

Tabelle 18: Geändertes gesellschaftliches Verständnis über die Rolle des Patienten (D)

<b>Geändertes gesellschaftliches Verständnis über die Rolle des Patienten</b>
"Das ist eine parallele Entwicklung gewesen zur eGK. Also die Tatsache, dass man Patienten stärker in den Mittelpunkt rücken möchte, findet sich ja wieder bei dem ganzen gedanklichen Konstrukt bei der elektronischen Gesundheitskarte. Weil die Karte dann in der Hand des Patienten ist. Der Patient kann den Zugriff zu seinen Daten steuern. Und das ist ein ganz neues Verständnis, (...) ein anderes Bild von Patienten. Da sind ja solche Worte wie `Koproduzent` entstanden. So Dinge wie `Copingstrategien`. (...) Das sind so salutogenetische Ansätze, die dann zunehmend gekommen sind, so vor 15 Jahren. Und das hat sich ja insbesondere bei den Grünen und auch bei der SPD mit der Zeit durchgesetzt. Und das hat dann auch seinen Einfluss bekommen oder sein Ergebnis bekommen, bei so einer Konzeption wie bei so einer eGK." (D02)
"Er (der Patient) sollte selbst über seine Daten bestimmen können. Man wollte quasi den Patient aufwerten. Der `mündige Patient` war das Stichwort. Der Patient ist der Herr der Daten. Er entscheidet,

<sup>177</sup> Ab dem Jahr 2013 wurde nach und nach bekannt, dass mehrere Geheimdienste Programme zur Überwachung der weltweiten Internet- und Telefonkommunikation durchführen ("Datenschutz-Skandal"). Diese Enthüllungen betrafen die Implementation der eGK, die im Jahr 2013 und 2014 noch nicht abgeschlossen war.

<sup>178</sup> Edward J. Snowden war ab 2009 externer IT-Mitarbeiter in einem NSA-Büro auf Hawaii. Er wurde nach seiner Tätigkeit dort als US-amerikanischer "Whistleblower" bekannt. Seine Enthüllungen gaben Einblicke in das Ausmaß der weltweiten Überwachungs- und Spionagepraktiken von Geheimdiensten – überwiegend der Vereinigten Staaten und Großbritanniens. Seine Enthüllungen lösten im Sommer 2013 die NSA-Affäre aus.

<sup>179</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 1.6.1

<sup>180</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 1.7

wer die Daten hat. So kann man das erklären. (...) Man verlässt das patriarchalische System und stattdessen wird ein partnerschaftliches Verhältnis aufgebaut zwischen Patient und Arzt. Die treffen sich auf der gleichen Augenhöhe." (D05)

Insgesamt kann festgehalten werden, dass es einige gesellschaftliche und wirtschaftliche Veränderungen gab, welche die Regierung in Deutschland dazu veranlassten, das elektronische Kartensystem auf die politische Agenda zu setzen. Ob sozioökonomische Veränderungen und ein daraus entstehender Druck auch die Regierung in Österreich dazu bewegten, das Kartensystem einzuführen, wird nun im Folgenden behandelt.

### 7.1.2 Österreich

In Österreich gab es im Gegensatz zu Deutschland keinen Koalitionsvertrag oder ein Wahlprogramm, welches die Einführung eines elektronischen Kartensystems im Gesundheitswesen ursprünglich vorsah. Der Wunsch, eine E-Card einzuführen, entstand im Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherung (HV) in Form eines SOLL-Konzeptes und wurde erst dann der damaligen Regierung aus SPÖ und ÖVP vorgelegt. Die anschließende Entschließung des Nationalrates beinhaltete keine Begründung für die Einführung der E-Card. Erst im 1999 vorgelegten Entwurf einer 56. Novelle zum ASVG für das Begutachtungsverfahren im Nationalrat wurde die Einführung der E-Card schriftlich begründet. Dort heißt es im Vorblatt, der Grund für die Einführung sei, dass "das Potential an technischen Möglichkeiten zur Effizienzsteigerung ... (im Gesundheitswesen) größtenteils noch nicht ausgeschöpft (ist)." Weiter heißt es, die Karte solle zur "Effizienzsteigerung der Verwaltungsabläufe zwischen allen an der Vollziehung der Sozialversicherung beteiligten Personen" eingeführt werden.

Im Folgenden zeigt sich, dass auch die Mehrzahl der befragten Experten die Einführung des elektronischen Kartensystems mit den im Gesetzentwurf dargestellten technischen Entwicklungen, den ineffizienten Verwaltungsabläufen sowie weiteren gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Veränderungen, bzw. dem daraus resultierenden Druck auf die Regierung, begründet.

#### Steigende Kosten im Gesundheitswesen

Auch in Österreich wurde das elektronische Kartensystem eingeführt, weil es "Defizite von Gesundheitseinrichtungen gibt" (Ö07). "Man hat gehaut, dass man sich einiges spart, wenn das alles (Verwaltungsabläufe auf Grund medizinischer Behandlungen) noch weiter automatisiert wird" (Ö06). Die Experten sind sich weitgehend einig, dass ein Einsparungsdruck auf die politischen Entscheidungsträger existierte, die E-Card einzuführen. Es gab einen "sehr starken Druck, Einsparungen zu machen. (...) Der Kostendruck ist immer ein großes Thema in dem Zusammenhang gewesen. Und man hat immer alle Möglichkeiten evaluiert, um Kosten auch senken zu können" (Ö05).<sup>181</sup>

#### Steigende Informationsmengen, Verwaltungsaufwand und Intransparenz durch demographischen Wandel

Die Auswertung der Interviews ergab zudem, dass in Österreich wegen des demographischen Wandels längere Krankheitsgeschichten und dadurch **Informationsmengen** über Behandlungen

<sup>181</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 1.1

gen entstanden, die auf Papier kaum mehr vollständig dokumentiert werden konnten. Diese Datenmengen können elektronisch besser erfasst werden. Das Gesetz zur Einführung des E-Card-Systems im Jahr 1999 sah aus datenschutzrechtlichen Gründen<sup>182</sup> keine Verwaltung von medizinischen Daten vor. Dennoch hatten die an der Einführung der Karte beteiligten politischen Entscheidungsträger auch damals schon geplant, in naher Zukunft Patientendaten elektronisch und mit Hilfe der E-Card zu verwalten (siehe hierzu Kapitel 7.6.2.2).<sup>183</sup> Die Entscheider sahen die Notwendigkeit darin, ein elektronisches Kartensystem hinsichtlich der steigenden Informationsmengen einzuführen. "Denn es ist jetzt ein Stückwerk an Daten und da hat man schon natürlich im Sinne der Qualität versucht, die Daten zu bündeln, mehr oder weniger durch ein elektronisches System. (...) Es ist auch ein wesentlicher Grund, dass die Bevölkerung immer älter wird, also die demographische Entwicklung. Weil dadurch die Krankheitsereignisse steigen. Die Situation war und ist eine andere wie früher. Und da einen Überblick zu behalten ist sowohl für die Patienten bei uns wichtig, aber auch für die behandelnden Ärzte" (Ö04).<sup>184</sup> Allerdings hat die Auswertung der Interviews ergeben, dass hinsichtlich der wachsenden Informationsmengen kein gesellschaftlicher Druck auf die Regierung entstand, die E-Card einzuführen.

Ferner sind sich alle befragten Experten einig, dass die E-Card eingeführt wurde, weil "der **Verwaltungsaufwand** (...) wahnsinnig groß (war). Es waren wahnsinnige Papierberge zu bewältigen. Es waren überall Listen zu schreiben, Striche zu machen, Daten zu verfassen, alles mit der Hand. Nichts ging automatisch, nichts ging automatisiert" (Ö06). Gleichwohl war ursprünglich nicht der Verwaltungsaufwand der Behandlungsinformationen innerhalb der Ordinationen<sup>185</sup> der Grund für die Einführung der E-Card, sondern der Aufwand der Arbeitgeber, die Krankenscheine für ihre Angestellten auszustellen. "Der Aussteller des Krankenscheins war im Normalfall der Dienstgeber, oder das Arbeitsamt für die nicht Berufstätigen. (...) Oder die Krankenkasse hat das für die Pensionierten gemacht. Also für eine Reihe von verschiedenen Leuten, sei es der Dienstgeber, sei es das Arbeitsamt, sei es die Krankenkassen, war das eine ganze Menge Aufwand, diese sogenannten Krankenscheine auszustellen. Und diesen, sozusagen, bürokratischen Aufwand für alle Möglichen, also jetzt nicht für die Ärzte, sondern alle möglichen Anderen, wollte man in den Griff bekommen, beziehungsweise verringern oder überhaupt wegbringen, um der Wirtschaft zu helfen, um der Wirtschaft sparen zu helfen. Das war eigentlich die Hauptmotivation. Also man hat das nicht gemacht, um den Patienten oder den Ärzten etwas Gutes zu tun, sondern um die Wirtschaft zu entlasten. (...) Also der bürokratische Aufwand, den man minimieren wollte, das war eine Facette" (Ö08). "Weil man muss wissen, bevor es diese E-Card gegeben hat, waren die Arbeitgeber dafür verantwortlich, sogenannte Krankenscheine auszustellen. Das heißt, die mussten Formulare ausfüllen, wann immer ein Angestellter in Österreich zum Arzt gegangen ist oder zum Zahnarzt. Dann musste er zu seinem Dienstgeber und sagen: `Bitte stellen Sie mir einen Krankenschein aus`. Und dieser Krankenschein war dann sozusagen die Grundlage für den Nachweis der Versicherungspflicht. (...) Also es war ein enormer Verwaltungsaufwand für die Arbeitgeber. Durch diese Neuschaffung dieser Karte hat man dem Arbeitgeber zur Gänze diesen Aufwand weggenommen" (Ö03). Durch die Einführung des Kartensystems besitzt jeder Österreicher dauerhaft eine E-Card und muss sich deshalb keine Krankenscheine mehr für jeden Arztbesuch vom Dienstgeber ausstellen lassen. Die Mehrzahl der Experten ist sich einig, dass der Hauptgrund bzw. "das Hauptargument (für die Einführung der E-Card die) administrative Entlastung

<sup>182</sup> Genauer zum Thema Datenschutz findet sich weiter unten in diesem Kapitel unter "Stärkeres Bewusstsein für Datenschutz".

<sup>183</sup> Mittlerweile ist z. B. durch ELGA die Verwaltung von Behandlungsinformationen bzw. medizinischen Daten geplant.

<sup>184</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 1.2.1

<sup>185</sup> Ordinationen sind das österreichische Pendant für Arztpraxen in Deutschland.

der Arbeitgeber" war (Ö02). Denn die Zahl der Personen, welche die Unternehmen allein für das Ausstellen der Krankenscheine anstellen mussten, stieg bei wachsenden Unternehmen stetig. "Die haben im Lohnbüro fünf Leute gehabt, die nichts anderes getan haben, als Krankenscheine auszustellen und zu verwalten. Das war einfach eine lästige administrative Aufgabe. Die wollten sie loswerden" (Ö02). Letztendlich hatte der Verwaltungsaufwand in Österreich andere Gründe, als der in Deutschland. Denn es war in Österreich nicht der demographische Wandel und die Verwaltung der daraus entstehenden Mengen an Patientendaten für die Einführung des Kartensystems verantwortlich. Sondern es war die Abschaffung des wachsenden bürokratischen Aufwands wegen des Erstellens der Krankenscheine ausschlaggebend für die Einführung der elektronischen Karte. Es entstand ein Druck auf die politischen Entscheidungsträger, die Aussteller des Krankenscheins verwaltungstechnisch zu entlasten.<sup>186</sup>

Auch in Österreich wollten die politischen Entscheidungsträger durch die Einführung des elektronischen Kartensystems **Transparenz** im Sinne der Qualitätsverbesserung erreichen. Das E-Card-System sollte eingeführt werden, um später einmal ausgebaut zu werden. Durch den Ausbau des Systems erhofften sich die politischen Entscheider zukünftig den Zugriff auf medizinische Daten. Denn wenn man die Information über Behandlungen besitzt weiß "man wie viele Arztkontakte zum Beispiel praktisch hinter dem Geld stehen, das ich herausgebe. Wo fließt das überhaupt hin? Wo finden die meisten Kontakte statt? Da gab es zwar statistische Berechnungen, aber die waren eher auf Schätzungsbasis. Also die Datenqualität für Verhandlungen mit Ärzten und die Steuerung seitens der Sozialversicherung hat sich dadurch verbessert" (Ö05). "Selbstverständlich spielt da Transparenz auch eine Rolle. Das war ja auch in Österreich die Diskussion, wieso die Ärzte so überreagiert haben und auf die Barrikaden gegangen sind und auch immer noch gehen. Die befürchten einfach ein Stück weit Kontrolle" (Ö04). Es ging den politischen Entscheidungsträger und damit auch der Sozialversicherung "faktisch (...) um den Eingriff. Es geht um die Mitsprache. Es geht um das Bestimmen" (Ö07). Es entstand aber kein gesellschaftlicher Druck, der die Transparentmachung von Daten im Sinne der Datenqualität forderte. Es war vielmehr der Wunsch von Bund, Ländern und HV, die Daten zur Verfügung zu haben. Dieser Wunsch wurde zuerst – vor Beschluss des Gesetzes zur Einführung der E-Card – nicht öffentlich geäußert, aus Angst vor Befürchtungen von Ärzteschaft und Datenschützer. Es wurde "zwar nicht laut gesagt, aber das war auch die Transparentmachung der ärztlichen Prozesse, um es vorsichtig zu formulieren" (Ö08).<sup>187</sup>

### **Steigende Medienbrüche auf Grund von Arztwechselln, Spezialisierung von Ärzten und Abwanderung von Ärzten aus ländlichen Regionen**

Die Auswertung der Interviews hat ergeben, dass Medienbrüche bzw. Arztwechsel, die Spezialisierung von Ärzten oder die Abwanderung von Ärzten aus ländlichen Regionen keine Gründe für die Einführung des Kartensystems in Österreich waren.<sup>188</sup> Es ist ersichtlich, dass die ärztliche Versorgung, bzw. die Qualität der Behandlung und der Informationsaustausch zwischen Leistungserbringern zu keinem Zeitpunkt eine Rolle spielte. Im Vordergrund stand – wie oben ersichtlich – den Dienstgebern Verwaltungsaufwand zu ersparen und der Sozialversicherung Informationen zur Verfügung zu stellen. Die Kostenersparnisse der Sozialversiche-

<sup>186</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 1.2.2

<sup>187</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 1.2.3

<sup>188</sup> Lediglich ein Experte sah einen Grund für die Einführung der E-Card in der Überwindung von Medienbrüchen, welche sich aus den sich verändernden Lebensgewohnheiten der Bevölkerung und den dadurch entstehenden Arztwechselln ergeben. Der Beleg hierzu findet sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 1.3.1



rung und der Arbeitgeber waren von Bedeutung. Das lässt bereits an dieser Stelle die Vermutung zu, dass sich die Interessen der Wirtschaft und die der Sozialversicherung durchgesetzt haben.

### Technische Entwicklungen

Darüber hinaus war "die technische Entwicklung (welche sich im Laufe der 90er Jahre ergab) ausschlaggebend" für die Einführung der E-Card (Ö06). Das elektronische Kartensystem wurde eingeführt, weil die Einführung zu dem damaligen Zeitpunkt als technisch möglich galt. Die Möglichkeiten, welche die technischen Entwicklungen boten, übten Druck auf die politischen Entscheidungsträger aus, diese Möglichkeiten auch im Gesundheitswesen zu nutzen<sup>189</sup>:

Tabelle 19: Technische Entwicklungen (Ö)

Technische Entwicklungen
"Man hat sich dann sehr wohl für ein Online-System (E-Card-System) entscheiden können, weil in der Zwischenzeit die Online-Kosten für Breitbandanbindungen heruntergerasselt sind, beziehungsweise auch die Infrastruktur auch soweit in Österreich verteilt war, dass man österreichweit Breitband anwenden konnte. (...) Das lag an der technischen Entwicklung, dass das dann eingeführt wurde." (Ö05)
"Also liegt es hauptsächlich an den technischen Entwicklungen, dass die Karte eingeführt wurde. Es war ja auch die erste Karte mit Mikroprozessor in Europa (in den Gesundheitswesen der europäischen Staaten)." (Ö03)
"Die technischen Entwicklungen haben auch eine Rolle gespielt. Ja, die technischen Voraussetzungen waren gegeben. Das war ja bekannt, was man mit so Plastikkarten und Chips schon alles machen kann. Da hat man das dann auch im Gesundheitswesen gebraucht. Und daher hat der Gesetzgeber dann den Hauptverband der Sozialversicherungsträger beauftragt, sowas einzuführen " (Ö02)

Die technischen Entwicklungen führten dazu, dass ein elektronisches Kartensystem eingeführt wurde. Dieses wurde eingeführt, obwohl die verschiedenen Möglichkeiten, den Speicherchip zu nutzen, bis heute zum Großteil nicht angewendet werden. Wären die technischen Möglichkeiten nicht da gewesen, hätte man in Österreich zwar wohl den Krankenschein durch eine Karte ersetzt, aber kein elektronisches Kartensystem eingeführt (dazu Ö05 in IE Österreich 1.4).

### Gesellschaftlicher Trend nach Modernisierung, Technisierung und elektronischen Karten

Neben den technischen Entwicklungen war es auch "dieser (gesellschaftliche) Trend, dass man Technik haben muss und auch so eine Karte braucht" (Ö01), der die politischen Entscheidungsträger dazu veranlasste, die E-Card einzuführen. "Natürlich wollte man (politische Entscheidungsträger) sich dem Trend (...) anpassen" (Ö08). "Es war der Druck nach Modernisierung so groß, dass alle (politischen Entscheider) der Meinung waren, die Karte ist unumgänglich. (...) Der Druck war sehr groß, der Druck durch die Zeit, (...) der Druck durch die Modernisierung, in der Österreich sich damals zumindest mental befand. Da hieß es, dass das jetzt her muss und geschehen muss und gemacht werden muss" (Ö06). Es gab in Österreich – wie auch in Deutschland – in allen Bereichen den Trend dazu, elektronische Karten

<sup>189</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 1.4

einzuführen. Auch durch die Einführung eines Netzsystems hätte das Gesundheitswesen modernisiert werden können. Aber diese Art der Modernisierung war innerhalb der Bevölkerung "nicht so verbreitet" (Ö02) und populär, da es sich "vom rein physischen Zustand der Karte her ändert. Vom Grundprinzip wäre das ja das Gleiche" (Ö06)<sup>190</sup>:

Tabelle 20: Gesellschaftlicher Trend nach elektronischen Karten (Ö)

<b>Gesellschaftlicher Trend nach elektronischen Karten</b>
"Im Grunde genommen war da einfach ein gewisser Modernitätsdrang da. (...) Das war modern, das ganze Kartenwesen. Es gab ja schon die Bankomat-Karte und den Führerschein als Karte und ich weiß nicht was noch als Karte. Jeder Depp hat praktisch eine Karte bekommen, noch dazu eine Wichtige. (...) Das ist so ein gesellschaftlicher Trend ganz einfach. Und der soziale Druck ist so groß, modern zu sein. (...) Das war hier damals ein Trend in der Gesellschaft, also das umzustellen auf Karten." (Ö07)
"Das war damals mit ausschlaggebend (für die Einführung der E-Card), dieser Trend zu Karten. Das ist völlig inflationär, weil ich habe mittlerweile ja 20 Karten, die ich in der Regel immer mit dabei habe. (...) Und ich brauche von jedem Pimperles-Geschäft, wo ich irgendwann einmal eingekauft habe, eine Plastikkarte. Das ist Wahnsinn. (...) Es ist dieser Trend, dass man Technik haben muss und auch so eine Karte braucht. Das ist so, dass man eine Karte in der Hand haben wollte." (Ö01)

### **Stärkeres Bewusstsein für Datenschutz**

In Österreich war "Datenschutz (...) in der Gesellschaft ja ein ganz großes und wichtiges Thema, wie auch in Deutschland. Und das war auch ein Grund" für die Einführung der E-Card (Ö05). Ein ursprünglicher Anlass für die Einführung des Kartensystems war die Tatsache, dass das Bewusstsein für Datenschutz innerhalb der gesellschaftlichen Wahrnehmung stieg. Vor allem der Schutz der Privatsphäre des Arbeitnehmers stand im Vordergrund. Zu Zeiten des Krankenscheins, musste jeder Arbeitnehmer zu seinem Dienstgeber gehen, um sich von ihm seinen Krankenschein und auch den für seine Angehörigen ausstellen zu lassen. "Und im Prinzip hat der Dienstgeber immer gewusst, wenn mit jemandem gesundheitlich was nicht stimmt. (...) Wenn jemand einen Krankenschein benötigt, dann ist das, weil jemand krank ist. Für Vorsorgeleistungen gibt es einen eigenen Schein. (...) Im Prinzip hat der Dienstgeber immer gewusst, dass sein Arbeitnehmer krank ist. Und das kann natürlich für Personen (die Arbeitnehmer) mit Nachteilen verbunden sein, dieses Wissen. Das ist eine Datenschutzfrage, ob das der Dienstgeber überhaupt so hätte wissen dürfen. Aber er hat es halt gewusst. Das war (...) Antrieb genug, zu sagen, dass sie ein System schaffen wollen, in dem der Dienstnehmer auch anonym quasi krank sein darf. (...) Da hat man gesagt, dass die E-Card ein wesentlicher Beitrag zum Datenschutz ist und dass man das alles machen soll" (Ö05). Durch die Einführung der E-Card konnte vermieden werden, dass der Arbeitgeber über Gesundheitszustände seines Arbeitnehmers informiert war. Denn die E-Card hat jeder Versicherte dauerhaft. Sie muss nicht extra beim Arbeitgeber beantragt werden. Somit weiß der Arbeitgeber nicht mehr, wann der Arbeitnehmer zum Arzt geht.<sup>191</sup>

Bei der gesetzlichen Einführung der E-Card stand noch keine Dokumentation medizinischer Daten mit Hilfe der E-Card im Mittelpunkt der öffentlichen Diskussion. Es war damals das Thema Datenschutz derart wichtig, dass die politischen Entscheider die Verwaltung medizinischer Daten nicht gesetzlich einführten. Überdies wurde in Österreich ein Kartensystem ein-

<sup>190</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 1.5

<sup>191</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 1.6

geführt, weil die Speicherung administrativer Daten in einem Kartensystem als sicherer galt als in einem Netzsystem<sup>192</sup>:

Tabelle 21: Datenschutz (Ö)

Datenschutz
"Es gäbe die Möglichkeit auch ein Passwort einzugeben. (...) Das würde die Sicherheit drastisch mindern." (Ö01)
"Klar könnten Sie mit einem Code und so (mit Netzsystem) arbeiten. Aber eine ständig laufende offene Leitung hat die Folge, dass Sie auch ständig hinein können, jetzt mit und ohne Code. Aber wenn eine Leitung nur dann auf geht, wenn ich an einem Ende zwei Karten hinein stecke, miteinander sozusagen, die als Schlüssel fungieren, dann ist das viel sicherer. Nur dann gibt es Daten und ansonsten läuft nichts." (Ö06)

Im Zuge des Projekts ELGA und der Planung des Notfalldatensatzes auf dem Kartenchip entstanden auch in Österreich vermehrt "Zweifel an der Sicherheit des Ganzen (des elektronischen Kartensystems)" (Ö07). Auch die Datenschutzskandale in den letzten Jahren sind verantwortlich für einen "große(n) Unsicherheitsfaktor in dieser ganzen Datenschutzdiskussion, dass ich genau gültig für den Mai 2014 an bestimmte Institutionen Daten gebe. Aber wir wissen nicht, wer die Daten im Dezember 2014 bekommt. Das wissen wir jetzt nicht" (Ö07). Die erst nach der gesetzlichen Einführung der E-Card festgelegte Speicherung medizinischer Daten und die Datenschutzskandale sind mit dafür verantwortlich, dass sich die Implementation des Kartensystems nach der gesetzlichen Einführung verzögerte.<sup>193</sup>

### Geändertes gesellschaftliches Verständnis über die Rolle des Patienten

Neben der wachsenden Bedeutung des Themas Datenschutz innerhalb der Bevölkerung, veränderte sich in Österreich das gesellschaftliche Verständnis über die Rolle des Patienten. Der Patient wollte Teil der medizinischen Prozesse werden und Verantwortung übernehmen. Durch die E-Card war das möglich denn dadurch "hat doch jeder den Schlüssel zu seinen Daten in der eigenen Hand" (Ö06). Die E-Card wurde eingeführt, weil "in den Hirnen der Österreicher ist: `Ich will schon meine Karte haben, denn dann bin ich noch irgendwie Herr meiner Daten`" (Ö01). Und daraufhin war es "so, dass man (politische Entscheidungsträger) eine Karte in der Hand haben wollte, um den Leuten zu suggerieren, ihr seid wichtig, ihr seid Herr eurer Daten. Das hat bei der Einführung der E-Card eine Rolle gespielt" (Ö01). Durch die Einführung der E-Card entscheidet kein Leistungserbringer, sondern der Patient, wann wer welche Daten sehen darf. "Die Öffnung des Patienten erfolgt nach der Prüfung über eine E-Card, nichts anderes. (...) Ich habe als Patient meine Karte und gebe die dem Arzt und erlaube es ihm. Oder ich gebe die Karte ihm nicht und sage: `Nein ich will aber nicht.` Ganz einfach" (Ö06).<sup>194</sup>

Insgesamt sind sich die Experten einig, dass sozioökonomische Entwicklungen Auswirkungen auf die politischen Entscheidungsträger hatten, das elektronische Kartensystem in Österreich einzuführen. Im Folgenden werden nun die Ergebnisse aus Kapitel 7.1.1 und 7.1.2 zusammengeführt.

<sup>192</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 1.6.1

<sup>193</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 1.6.2

<sup>194</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 1.7

### 7.1.3 Zusammenführung

Die negative Entwicklung der **Kostensituation** im Gesundheitswesen übte in Deutschland und in Österreich Druck auf die politischen Entscheidungsträger aus, ein elektronisches Kartensystem einzuführen.

In Deutschland war zudem die Dokumentation der wachsenden **Informationsmengen** wegen des demographischen Wandels ein Grund für die Einführung der eGK. Durch die eGK sollten die erheblichen Patienten- und Behandlungsdaten, die auf Papier nicht mehr dokumentierbar waren, elektronisch verarbeitet werden. In Österreich wussten nur wenige Insider, dass auf Dauer auch geplant war, mit Hilfe der E-Card medizinische Informationen zu speichern und zu verwalten. Diese Insider waren sehr wohl der Meinung, dass die E-Card sinnvoll ist, um auf Dauer Patienten- und Behandlungsdaten zu dokumentieren. Es entstand allerdings kein Druck innerhalb der Bevölkerung, angesichts enormer Informationsmengen, ein elektronisches Kartensystem einzuführen, durch das man sich eine effektive Dokumentation der Daten erhoffte. Grund dafür könnte sein, dass Österreich ein viel kleineres Land ist, als Deutschland. Dort gibt es eine deutlich geringere Bevölkerungsanzahl und somit weniger potentielle Patienten und Patientendaten.

Zwar spielte in Deutschland und in Österreich bei der Einführung des jeweiligen Kartensystems das Reduzieren des wachsenden **Verwaltungsaufwands** eine zentrale Rolle, allerdings hatte der Verwaltungsaufwand in beiden Staaten sehr unterschiedliche Gründe. In Deutschland sollte die Verwaltung von Patienten- und Behandlungsdaten vor allem innerhalb der Praxen, Krankenhäuser, aber auch in Apotheken und bei Kostenträgern reduziert werden. In Österreich spielte dieser Aufwand keine Rolle. Es sollten laut Gesetz keine medizinischen Informationen mit Hilfe des Kartensystems gespeichert werden. In Österreich sollte durch die Einführung der E-Card der stetig steigende Verwaltungsaufwand innerhalb von Unternehmen reduziert werden. Dieser fiel an, da der Dienstgeber für das Ausstellen der Krankenscheine seiner Arbeitnehmer verantwortlich war. Es wird deshalb vermutet, dass der gesellschaftliche Druck, die bürokratische Arbeit in Unternehmen zu reduzieren, nicht zuletzt von den Vertretern der Wirtschaft ausging. Dies muss in Kapitel 7.2 überprüft werden.

In Deutschland existierte ein gesellschaftlicher Druck Behandlungsdaten im Zuge der Qualitätsverbesserung des Gesundheitswesens **transparenter** zu machen. In Österreich gab es keinen solchen Druck. Es war der Wunsch von Personen aus dem HV, dem Bund, und den Ländern mit Hilfe der Einführung der E-Card im Laufe der Zeit auch Daten und somit Macht zu erhalten.<sup>195</sup> (In gewisser Weise gab es diesen Wunsch auch innerhalb Deutschlands).

Existierende **Medienbrüche** wegen zunehmender Arztwechsel, Spezialisierung von Ärzten und Abwanderung von Ärzten aus ländlichen Regionen übten in Deutschland Druck auf die Regierung aus, das Kartensystem einzuführen. In Österreich war die Beseitigung von Medienbrüchen nie ein gesellschaftliches Thema. Dies ist mit ein Grund dafür, weshalb in der österreichischen Politik anfänglich nicht der offizielle Wunsch nach der medizinischen Vernetzung und Verbreitung von Behandlungsdaten durch die E-Card geäußert wurde.

Die **technischen Entwicklungen** seit Anfang/Mitte der 90er Jahre beeinflussten die politischen Entscheidungsträger in Deutschland und Österreich dahingehend, diese neuen Möglichkeiten auch im Gesundheitswesen zu nutzen. In Österreich wurde deshalb eine elektronische Karte als Ersatz des Krankenscheins eingeführt. Hätte es diese technischen Entwicklun-

<sup>195</sup> Die elektronische Dokumentation, Verarbeitung und Verbreitung von medizinischen Informationen war geplant. Dieser Wunsch wurde jedoch auf Grund der Angst vor Gegenstimmen aus der Bevölkerung und von Datenschützern und Ärzten nicht öffentlich geäußert (siehe hierzu Kapitel 7.6.2.2).

gen nicht gegeben, wäre wohl in Österreich eine nicht-elektronische Gesundheitskarte – wie die KVK in Deutschland – eingeführt worden.

Die technischen Entwicklungen wurden auch deshalb zügig im Rahmen der elektronischen Kartensysteme in den Gesundheitswesen in Deutschland und Österreich eingeführt, weil es innerhalb der Bevölkerung einen **Trend nach Modernisierung** gab. In sämtlichen anderen Bereichen wurden neue Techniken bereits genutzt. Dieser Trend übte Druck auf die politischen Entscheider aus, auch im Gesundheitswesen die neue Technik umzusetzen. Die Einführung eines Netzsystems im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen wäre eine Möglichkeit gewesen, die neuen technischen Entwicklungen zu nutzen. Es wurde allerdings in beiden Staaten ein elektronisches Kartensystem eingeführt. Grund dafür war ein gesellschaftlicher Trend, die moderne Technik in Form von elektronischen Karten zu nutzen. In allen Bereichen, wie z. B. im Bankenwesen, gab es Karten. Netzsysteme waren wenig populär innerhalb der Bevölkerung und Politik.

In Deutschland und auch in Österreich gewann das Thema **Datenschutz** an Bedeutung. Dies hatte Einfluss auf die Einführung der eGK und der E-Card. Allerdings unterschieden sich die Inhalte der Debatten in beiden Staaten grundsätzlich voneinander. Während in Deutschland das Kartensystem eingeführt wurde, um Patienten- und Behandlungsdaten sicherer zu speichern und zu verwalten, stand in Österreich der Schutz der Arbeitnehmer im Vordergrund. Der Arbeitnehmer musste durch die Einführung der E-Card seinen Dienstgeber nicht mehr darüber informieren, wenn er zum Arzt gehen wollte.

In Deutschland und in Österreich war man sich innerhalb der Bevölkerung und der Politik einig, dass ein elektronisches Kartensystem sicherer ist, als ein Netzsystem. Den Stellenwert, den das Thema Datenschutz in den Gesellschaften beider Staaten – im Gegensatz zu dem in den skandinavischen Ländern oder Großbritannien – hatte, machen die Experten beider Staaten dafür verantwortlich, dass ein elektronisches Kartensystem und kein Netzsystem eingeführt wurde.

In den Jahren nach der gesetzlichen Einführung der Kartensysteme änderte sich die Meinung innerhalb der Gesellschaft in Deutschland und Österreich über die Sicherheit der elektronischen Kartensysteme. Es herrschte und herrscht eine breite Unsicherheit in der Bevölkerung darüber, ob die Systeme tatsächlich derart sicher sind, wie es von politischen Entscheidungsträgern und anderen Befürwortern behauptet wurde und wird. Die Unsicherheit verstärkte sich durch die Datenschutzskandale in den Jahren 2013 und 2014. Darüber hinaus verunsicherte die – erst nach der gesetzlichen Einführung der E-Card – Bekanntgabe der geplanten Speicherung medizinischer Daten viele Interessengruppen in Österreich. Die negativen Diskussionen und Unsicherheiten in Deutschland und Österreich waren und sind für die Verzögerung der tatsächlichen Einführung der Kartensysteme und vor allem für die Verzögerung der Einführung der Speicherung medizinischer Daten mit Hilfe der Kartensysteme nach der gesetzlichen Einführung der Systeme in beiden Staaten verantwortlich.

Ferner gingen die Einführung der eGK und der E-Card mit einem **veränderten Verständnis über die Rolle des Patienten** innerhalb der Gesellschaften in Österreich und Deutschland einher. Der Patient wollte autonomer sein, Verantwortung übernehmen und Teil des medizinischen Entscheidungsprozesses sein. Durch die Einführung des Kartensystems – im Gegensatz zum Netzsystem – hat jeder Patient den Schlüssel zu seinen Daten in der eigenen Hand. Die politischen Entscheidungsträger reagierten mit der Einführung eines elektronischen Kartensystems auf die aufgewertete Rolle des Patienten innerhalb der Bevölkerung.

In Deutschland und Österreich übten verschiedene gesellschaftliche und ökonomische Veränderungen Druck auf die Regierung aus, das elektronische Kartensystem im Gesundheitswesen einzuführen.<sup>196</sup>

**H 1** „Veränderte sozio-ökonomische Rahmenbedingungen, wie die technischen Entwicklungen seit den 90ern sowie die steigenden Kosten im Gesundheitswesen und dadurch resultierende soziale und ökonomische Zwänge, übten Druck auf die Regierung aus, das elektronische Kartensystem einzuführen“ kann demnach für die Einführung eines elektronischen Kartensystems im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen **vorläufig nicht verworfen werden**.

Der Druck auf die Regierung, hinsichtlich sozio-ökonomischer Rahmenbedingungen, kann des Weiteren erklären, weshalb in Deutschland und Österreich ein Kartensystem und kein Netzsystem eingeführt wurde, weshalb in Deutschland bereits anfänglich die Speicherung medizinischer Daten vorgesehen war, während sie in Österreich offiziell nicht geplant war (Ausgestaltung der Karte) und warum sich die Implementation der Kartensysteme in beiden Staaten nach gesetzlicher Einführung verzögerte.

Es ist bereits ersichtlich, dass es evtl. weitere Faktoren gibt, die die Einführung der Systeme bedingten. Gerade in Österreich waren weniger Veränderungen ausschlaggebend, die eine qualitative Verbesserung des Gesundheitssystems – evtl. in Form einer besseren Behandlung des Patienten – vorsahen. Es standen hauptsächlich wirtschaftliche Argumente<sup>197</sup> im Vordergrund der Diskussion. Es wird deshalb vermutet, dass sich Interessengruppen aus der Wirtschaft für die Karte einsetzten und somit den ökonomischen Druck unterstützten. Ob dies der Fall ist, und ob sich die genannten oder weitere/andere Interessengruppen in Deutschland und Österreich wegen ihrer starken Machtressourcen durchsetzen konnten, wird im Folgenden behandelt.

## 7.2 Interessengruppen und Machtressourcen

Die Lehre von den Machtressourcen organisierter Interessen erklärt politischen Wandel anders als die sozioökonomische Schule, nicht als politische Reaktion auf veränderte gesellschaftliche oder ökonomische Bedarfslagen. Die Lehre von den Machtressourcen organisierter Interessen geht davon aus, dass politischer Wandel von der wirtschaftlichen und politischen Machtverteilung zwischen gesellschaftlichen Gruppen mit gegensätzlichen Interessen geprägt ist. Nachfolgend wird nun untersucht, ob diese Machtverteilungen die Einführung der elektronischen Kartensysteme in Deutschland und Österreich erklären können.

Es wird zuerst für Deutschland identifiziert, welche Interessengruppen als Befürworter und welche als Gegner des Kartensystems gelten. Es werden für jede Interessengruppe (der Befürworter und anschließend der Gegner) die zugehörigen Machtressourcen kurz vor der Einführung des Kartensystems identifiziert. Außerdem wird analysiert, ob sie sich vor der Einführung geändert haben und inwieweit die Machtressourcen einer Gruppe für deren Durchsetzungsfähigkeit verantwortlich waren. Anschließend wird selbiger Vorgang für Österreich wiederholt, ehe in einer kurzen Zusammenführung die wichtigsten Ergebnisse aus beiden Ländern diskutiert werden. Es sei bereits vorweggenommen, dass als Machtressourcen die Fak-

<sup>196</sup> In Österreich gab es zwar weniger unterschiedliche wirtschaftliche und gesellschaftliche Entwicklungen als in Deutschland, die Einfluss hatten. Diese – vor allem der Abbau des Verwaltungsapparates in den Unternehmen – übten dafür vergleichsweise stärkeren Druck aus.

<sup>197</sup> Entlastung der Arbeitgeber

toren **Kapital, Information, interne**<sup>198</sup> und **externe**<sup>199</sup> **Organisationskraft** identifiziert wurden. Für eine Interessengruppe in Österreich wurde zudem die Machtressource **Kampfkraft**<sup>200</sup> festgestellt. Auch die Regierungsbeteiligung eigener oder verbündeter Parteien ist eine Art Machtressource.<sup>201</sup> Diese Machtressource wird unter "externe Organisationskraft" angeschnitten und im darauffolgenden Kapitel zur Lehre der Parteidifferenz (Kapitel 7.3) noch einmal intensiv bearbeitet. Es wird dort analysiert, ob sich die jeweiligen regierenden Parteien an ihren Wählerschaften orientiert haben und dabei auch dargestellt, welche Interessengruppe (in dem Fall Wählerschaft) mit welcher Regierungspartei verbündet ist bzw. war.

## 7.2.1 Deutschland

Für Deutschland wurden sowohl Interessengruppen identifiziert, die sich für ein elektronisches Kartensystem einsetzten, als auch Interessengruppen die gegen ein solches System waren bzw. teilweise noch immer sind. Beide Gruppen und ihre jeweiligen Machtressourcen sollen im Folgenden vorgestellt werden. Zusätzlich wird dargestellt, inwiefern sich diese Machtressourcen vor der Einführung des Kartensystems veränderten, bzw. inwieweit sie Einfluss auf die Durchsetzungskraft der jeweiligen Interessengruppe hatten. Es sei bereits festgehalten, dass es eine veränderte Verteilung von Machtressourcen vor Einführung der eGK und zu Zeiten der Einführung gab<sup>202</sup>:

Tabelle 22: Veränderte Verteilung von Machtressourcen (D)

Veränderte Verteilung von Machtressourcen
"Insgesamt (...) glaube ich nicht, dass die Machtverhältnisse sich damals irgendwie verschoben haben (...) (...) Doch (...) Es gab ja diese Entwicklung, dass Telematikfirmen sich für das Gesundheitswesen interessiert haben. Das hat dazu geführt, dass multinationale Konzerne sich am Anfang total eingesetzt haben." (D02)
"Das denke ich, ist schon eine Machtverschiebung gewesen, in Richtung Industrie, aber auch in Richtung Qualitätssicherung und ökonomische Optimierung." (D09)

### 7.2.1.1 Befürworter mit starken Machtressourcen

Im Folgenden wird analysiert, ob sich die Befürworter des elektronischen Kartensystems wegen ihrer Machtressourcen durchsetzen konnten. Dazu werden die Interessengruppen, die sich für ein solches System aussprachen, sowie die Gründe für ihr Engagement, kurz vorgestellt. Als Befürworter des elektronischen Kartensystems wurden Interessenvertreter der Wirtschaft – dazu zählen im Besonderen die Industrie und hier insbesondere Technologiekonzerne, welche Produkte im Bereich Telematik anbieten – und Interessenvertreter der Kostenträger – insbesondere die Dachorganisationen der Krankenkassen<sup>203</sup> – identifiziert.<sup>204</sup>

<sup>198</sup> Organisationsfähigkeit innerhalb der Interessengruppe

<sup>199</sup> Verankerung in der Politik bzw. außerparlamentarische oder parlamentarische Präsenz; Kontakte zu anderen Interessengruppen

<sup>200</sup> Fähigkeit zur Mobilisierung der Mitglieder für Konfrontation mit dem Gegner z. B. für Streiks, Aussperrung oder Androhung von Leistungsverweigerung

<sup>201</sup> Die Lehre der Parteidifferenz besagt, dass sich die Regierung an ihrer jeweiligen Wählerschaft orientiert (Verbündung zwischen Interessengruppe und Parteien in der Regierung).

<sup>202</sup> Siehe beigelegte CD: Interviewextraktionen, IE Deutschland 2.1.1

<sup>203</sup> Zum damaligen Zeitpunkt existierte der GKV-Spitzenverband noch nicht, der jetzt die Interessen der Kassen gebündelt vertritt.

<sup>204</sup> Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 2.1.1 (Technologiekonzerne) und 2.1.2 (Kostenträger).

**Machtressourcen der Wirtschaft – Hersteller von Gesundheitstelematik**

Für die Einführung eines elektronischen Kartensystems in Deutschland setzten sich Interessenvertreter der Hersteller von Gesundheitstelematik ein. Die Hersteller erhofften sich durch die gesetzliche Einführung zukünftig Aufträge zu erhalten, also ein flächendeckendes Telekommunikationssystem im Gesundheitswesen einzuführen. Es stand also ein ökonomisches Profitdenken hinter dem Engagement dieser Interessenvertreter. Hier sind sich alle befragten Experten einig. Ferner ergaben die Interviews, dass die Interessenvertreter der Telematikhersteller starke "Player" sind bzw. waren, welche sich auf Grund ihrer Stärke durchsetzen konnten<sup>205</sup>:

Tabelle 23: Beweggründe und Durchsetzungskraft der Hersteller von Gesundheitstelematik (D)

<b>Beweggründe und Durchsetzungskraft der Hersteller von Gesundheitstelematik</b>
"Wer die Entwicklung vorangetrieben hat und auch Lobbying betrieben hat, das waren die Verbände der Industrie gewesen, weil das einfach ein interessantes Geschäftsfeld ist. (...) Also der wirtschaftliche Wunsch war sehr stark, sehr vieles zu realisieren, aus Profitdenken heraus. (...) Also die Industrie hat sich schon durchgesetzt (...) Ja wir haben da teilweise sehr starke Player." (D07)
"Die Industrie ist nun mal ein Machtfaktor. Das ist ja ganz klar (...) Das war so, dass die Industrie da starken Einfluss (...) ausgeübt hat. (...) Und da wird dann eher das gemacht, was die Industrie will. Das ist so. (...) Die Gründe für die eGK waren (...) die Interessen der Wirtschaft." (D05)
"Die Industrie hat sich natürlich sehr dafür eingesetzt (...) Also da kann man allgemein Industrie sagen, wie BITKOM, dann der Bundesverband für Gesundheits-IT bvitg und dann die Industrie allgemein, also die Firmen, die das produzieren und damit Geld machen wollten. (...) Die Industrie, die war ein zentraler Treiber." (D04)
"Hier hat die Telematikindustrie Macht eingesetzt. (...) Nachdem die Telematikfirmen versichert haben, dass das lösbar ist, haben in der politischen Entscheidung die möglichen Vorteile auch in der Koalition überwogen." (D01)

Es gab verschiedene Machtfaktoren, welche die Stärke der Interessenvertreter der Hersteller von Gesundheitstelematik bedingten. Die große Mehrzahl der Experten ist der Meinung, dass die Telematik-Branche im Vergleich zu anderen Interessengruppen viel **Kapital** besitzt, auch bereitstellen kann. Die Hersteller von Gesundheitstelematik gingen bei der Forschung und Entwicklung des eGK-Systems in Vorleistung. Diese finanzielle Unterstützung hatte Auswirkung auf die politischen Entscheidungsträger, das Kartensystem einzuführen<sup>206</sup>:

Tabelle 24: Hersteller von Gesundheitstelematik: Der Machtfaktor Kapital (D)

<b>Hersteller von Gesundheitstelematik: Der Machtfaktor Kapital</b>
"Wer die Musik bezahlt, der bestimmt was gespielt wird. Und das sind natürlich (...) die Industrie. (...) Es haben schon sehr viele Firmen Geld investiert." (D09)
"Wenn man so will, warum das Gesetz eingeführt wurde. Zunächst setzten sich die Telematikfirmen durch, weil da schließlich auch Geld geflossen ist." (D01)
"Wir haben da (in der Industrie) teilweise sehr starke Player, aber die setzen ihre Budgets natürlich nur für die Felder ein, die für sie ökonomisch attraktiv sind. (...) Wir haben einen Markt von 156 Milli-

<sup>205</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 2.1.1

<sup>206</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 2.1.1.1



arden Euro. Und jeder Medizingerätehersteller hat Interesse daran, dass seine Geräte in die Regelversorgung kommen. Da ist es immer um viel Geld gegangen, auch gegenüber dem Ministerium, Politik und Parteien, da auch. Das hat sich natürlich verstärkt durch das Telekommunikationssystem." (D07)

Neben dem Kapital, hatten die Interessenvertreter der Hersteller von Gesundheitstelematik einen deutlichen **Informationsvorsprung** gegenüber politischen Entscheidungsträgern, Patientenvertretern und auch gegenüber vielen Interessenvertretern von Leistungserbringern und Kostenträgern. Das Wissen über technische Spezifikationen und Prozesse besaßen fast ausschließlich die Interessenvertreter der Technologiekonzerne. Die politischen Entscheidungsträger waren auf das Fachwissen dieser Experten aus der Industrie angewiesen. Deshalb konnten die Interessenvertreter der Hersteller von Gesundheitstelematik die verschiedenen im Gesundheitswesen etablierten Interessengruppen und auch die Mitarbeiter im Ministerium, sowie Abgeordnete mit gezielten und von Eigeninteressen geleiteten Informationen versorgen. Die politischen Entscheidungsträger berücksichtigten die Informationen/Interessen der Industrie in ihrer Entscheidung, die eGK einzuführen<sup>207</sup>:

Tabelle 25: Hersteller von Gesundheitstelematik: Der Machtfaktor Information (D)

<b>Hersteller von Gesundheitstelematik: Der Machtfaktor Information</b>
"Die Industrie muss da an sich sagen, wie man das macht. Und so muss man das dann auch machen. Die Industrie (...) hat die Antworten auf die Fragen geliefert: `Kann man das, was man dort zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung machen möchte, machen? Und wie kann man das machen? (...) Kann man halt Daten zugänglich machen? Kann man das technisch umsetzen und wie kann man das umsetzen?` Da sind sie (Interessenvertreter der Hersteller von Gesundheitstelematik) natürlich schon vorher gefragt worden von uns (politische Entscheidungsträger). (...) Also ich empfinde das so, dass die bei den Abgeordneten und im BMG versucht haben, Einfluss zu nehmen. Vor allem bei diesem Projekt Gesundheitskarte habe ich das bemerkt. Denn das ist ein technisch komplexes Projekt. Und bei dem hat man eigentlich so durch solche Lobbyisten sehr große Einflussmöglichkeiten. Weil nur die Industrie weiß das." (D06)
"Die (Interessenvertreter der Hersteller von Gesundheitstelematik) haben einfach die besten Argumente gehabt. Da waren wir uns (politische Entscheider) einig. (...) Na ja gut, bei der Karte, das ist Technik. Und bei Technik da zählt im Endeffekt auch sehr stark in Anführungsstrichen `wer Recht hat`. (...) Und dann macht man (politische Entscheidungsträger) natürlich das, was technisch geht und was richtig ist. Und das wissen die IT-Firmen. Das ist ein etwas anderer Prozess, als bei vielen anderen Punkten im Gesundheitswesen. (...) da wissen halt die realisierenden Firmen am meisten. Mit denen hat man (politischer Entscheidungsträger) viel Kontakt deswegen." (D04)

Die Interessenvertreter der Hersteller von Gesundheitstelematik filterten die Informationen, welche die politischen Entscheidungsträger, sämtliche Interessengruppen im Gesundheitswesen und auch die Bevölkerung erreichten, derart, dass eine breite Diskussion über ein Netzsystem gar nicht erst aufkam. Sie sprachen sich ausschließlich für ein elektronisches Kartensystem aus. Grund dafür war, dass das Kartensystem für die Firmen rentabler ist, als ein Netzsystem (siehe hierzu Kapitel 7.8.1.1).

Die Interviews ergaben zudem, dass die Organisationsfähigkeit der Interessenvertreter der Hersteller von Gesundheitstelematik äußerst effektiv war. Innerhalb der eigenen Reihen konnten sie sich gut organisieren (**Interne Organisationskraft**). Diese Vertreter der Industrie waren "organisatorisch darauf vorbereitet (...), dass die Mitarbeiter abordnen können, die professionell (...) so ein Thema dann unterstützen und treiben" (D09). "Die (...) organisationsstarke

<sup>207</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 2.1.1.2

Industrie" (D10) konnte sich gegenüber der Politik durchsetzen, weil sie wegen ihrer Organisationskraft als "schnelle Problemlöser" galten. "Die Akteure der Selbstverwaltung sind (...) sehr langsame Problemlöser, und deshalb auch eher aus Sicht der Politik ein Teil des Problems und nicht Teil der Lösung. Wenn man mit Menschen aus der Industrie redet, (...) dann erwecken die schon sehr den Eindruck `Kein Problem, das können wir alles, das machen wir alles. Geben Sie uns genug Geld, geben Sie uns eine Frist, dann hauen wir Ihnen das in die Landschaft`" (D02). Den Grund für die gute Organisationskraft sieht die große Mehrzahl der Experten darin, dass sich die Interessenvertreter der Hersteller von Gesundheitstelematik über ihre Verbände, wie BITKOM gut organisieren konnten. Darüber hinaus gab es bereits kurz vor und zu Zeiten der Einführung der eGK wenig Wettbewerb zwischen den Firmen. Die Hersteller arbeiteten effektiv zusammen. Hier weisen die Interviews einen erheblichen Konsens auf<sup>208</sup>:

Tabelle 26: Hersteller von Gesundheitstelematik: Der Machtfaktor interne Organisationskraft (D)

<b>Hersteller von Gesundheitstelematik: Der Machtfaktor interne Organisationskraft</b>
"In der BITKOM, da sind die Interessenvertreter der Technologiekonzerne ja auch mit drin. Die haben diese Ansätze dadurch sehr konstruktiv unterstützt. (...) Da gab es keine Konkurrenz (innerhalb der Industrie). (...) Bei Telemedizin kommt man ohne Zusammenarbeit gar nicht aus. Also gab es da wenig Wettbewerb zwischen den Firmen und schon eine Zusammenarbeit, man hat sich da besprochen. (...) Vom Grundsatz her, ist es so, dass viele beteiligte Firmen jetzt einfach ihre Kernkompetenz einbringen. (...) Also so eine Firma, wie Hutters, die dann die PKI gemacht hat, Kartenhersteller, die jetzt ein Kartenbetriebssystem für die eGK bauen, das ist Geseke und T-Systems. (...). Also jeder bringt eigentlich seine Stärken da mit ein. Deswegen gibt es auch nicht eine Firma, die sozusagen technologisch alle Einzelteile abdeckt. (...) Ja die (Industrie) haben super zusammen gearbeitet (...) die haben sich so gut abgesprochen und sich deshalb als neue Akteure (im Gesundheitswesen) so gut integrieren können." (D09)
"Die Industrie arbeitet da echt gut zusammen. (...) Die Leute aus der Industrie haben diesen Ansatz, da genau drei, vier, fünf Leute zu beschäftigen, die genau schauen, was so in den unterschiedlichen Branchen brisant und öffentlichkeitswirksam ist. Und die transportieren das dann auch so, dass die Leute das nachvollziehen können." (D05)
"Ich denke, die Industrie ist ausgesprochen professionell und gut organisiert. Da können manche andere (Interessengruppen im Gesundheitswesen) noch was von lernen." (D04)

Ferner waren die Hersteller von Gesundheitstelematik parlamentarisch und außerparlamentarisch sehr präsent (**externe Organisationskraft**) und konnten sich deshalb gegenüber anderen Interessengruppen durchsetzen. Die Interessenvertreter der Hersteller von Gesundheitstelematik waren u. a. im BMG, im Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit, beim Staatssekretär und den Abgeordneten im Bundestag äußerst engagiert. Hier weisen alle Interviews einen erheblichen Konsens auf<sup>209</sup>:

Tabelle 27: Hersteller von Gesundheitstelematik: Der Machtfaktor externe Organisationskraft – politische Entscheider (D)

<b>Hersteller von Gesundheitstelematik: Der Machtfaktor externe Organisationskraft – politische Entscheider</b>
"Ich weiß, die IBM, die haben das (Lobbying gegenüber politischen Entscheidungsträgern) gemacht

<sup>208</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 2.1.1.3

<sup>209</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 2.1.1.4.1

und T-Systems. Die haben extra eigene Bereiche dafür aufgebaut. Was man dann auch immer nur über dunkle Kanäle mitbekommen hat war, dass da irgendwelche Vertreter von Industriefirmen bei irgendeinem Minister oder Staatssekretär gesessen sind und da Lobbyarbeit betrieben haben. Und deswegen wurde denen dann doch da selbst das Projekt in die Hand gegeben. (...) das hat es gegeben. Das hat es sehr viel gegeben. Auch zu Beginn der Zeit, vor dem Gesetz. Aber das machen die ja heute noch so." (D08)

"Ich habe ja mit Vertretern der Telekom oder mit Vertretern von (unv.) Systems in den letzten Jahren immer geredet. (...) Große Industrieunternehmen, ob es die Telekom ist, oder die CompuGroup, die Kontakt in das BMG haben. Die haben ja teilweise eigene politische Büros hier in Berlin. (...) Jetzt jemand wie CompuGroup, der in Koblenz sitzt, und ganz ganz wichtiger Arbeitgeber da in Rheinland Pfalz ist. Der hat natürlich auch seinen Landtagsabgeordneten und vor Ort den Bundestagsabgeordneten und auch die politische Leitung des Landes Rheinland Pfalz sehr stark auf seiner Seite. Ja weil es geht ja da um Arbeitsplätze. Und insofern bieten die ja auch dann Zugang, Zutritt zu dem Parteifreund, der zu diesem Zeitpunkt dann das BMG führt. (...) Und so wird dann eben Politik gemacht." (D02)

"Wenn ich jetzt so an einige Player in der Industrie denke, wir haben es da mit Playern zu tun, die selber in staatlichem Besitz sind, wie Telekom. Wir haben Player, die für viele Arbeitsplätze stehen, SAP zum Beispiel. Dass die natürlich alle gut vernetzt sind, beziehungsweise, dass Politiker zum Teil selber in den Aufsichtsgremien drinsitzen, führt natürlich zu einer großen Nähe. (...) Die Industrie hat natürlich schon Aufmerksamkeit von den politischen Entscheidungsträgern bekommen. (...) Natürlich waren die (Interessenvertreter der Hersteller von Gesundheitstelematik) mit dabei. Die Industrie hat natürlich mächtige Wirtschaftsverbände, denken Sie an den BDA, BDI, BITKOM und wie sie alle heißen. Und die Industrie hat natürlich auch starke Einzelplayer. Und Telekom hat natürlich ein starkes Standing in der Politik oder eine Firma wie SAP oder CompuGroup natürlich auch. Also na das ist schon klar, die haben da schon Einfluss ausgeübt." (D07)

Das Interesse der politischen Entscheidungsträger Kontakt zu Lobbyisten aus der Industrie aufzunehmen, erleichterte den Interessenvertretern der Firmen ihre externe Organisation. Die Entscheider waren an den Meinungen der Industrie interessiert, weil es "kommt ja auch immer wieder internationale Wettbewerbsfähigkeit mit hinein, also wenn wir über E-Health in Themenkreisen im Bundeswirtschaftsministerium diskutieren. Das interessiert da die meisten Entscheidungsträger ja überhaupt nicht, ob das der Versorgung oder dem Patienten oder dem Arzt hilft. Sondern, die interessiert: Ist das ein Produkt, das international wettbewerbsfähig ist? Ist das eine Branche, wo wir zusammen, also Industrie und Politik, was betreiben wollen und können? (...) Und da passiert natürlich auch Einfluss seitens der Industrie. Sonst würde das Wirtschaftsministerium nicht auf die Idee kommen, eigene E-Health-Arbeitskreise zu machen. (...) Da können wir in Deutschland aber echt Arbeitsplätze sichern. (...) Das heißt natürlich für jemand, der in der Wirtschaftspolitik Verantwortung übernimmt, dass der da natürlich heiß drauf ist. Das ist ja klar. Und so kommt halt dann so eine Meinungsbildung zustande. Und so bekommt so ein Thema wie die eGK dann irgendwann mal Schwung" (D02).<sup>210</sup>

Daneben betrieben die Interessenvertreter der Hersteller von Gesundheitstelematik gegenüber gesundheitspolitischen Interessengruppen, wie Leistungserbringer, Kostenträger und Patienten, Lobbying. Sie arbeiteten mit diesen Interessengruppen zusammen, um gemeinsam gegenüber politischen Entscheidungsträgern aufzutreten (**externe Organisationskraft**)<sup>211</sup>:

<sup>210</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 2.1.1.4.1

<sup>211</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 2.1.1.4.2

Tabelle 28: Hersteller von Gesundheitstelematik: Der Machtfaktor externe Organisationskraft – Interessengruppen im Gesundheitswesen (D)

<b>Hersteller von Gesundheitstelematik: Der Machtfaktor externe Organisationskraft – Interessengruppen im Gesundheitswesen</b>
"Es gab auch eine Menge Beratungstätigkeiten innerhalb der Verbände der Leistungsanbieter und Krankenkassen." (D08)
"Da kam ein Vertreter des Bundesverbandes der Industrie zu den Interessenvertretern der Leistungserbringer und das war jetzt niemand, der gewohnt mit denen irgendwelche Themen bearbeitet. Der war von der deutschen Industrie. Und (...) sein Ziel war es, gemeinsame Themen zu identifizieren, ohne dass er irgendeine Hemmung hatte, mit Institutionen zusammenzuarbeiten, mit denen man es überhaupt nicht gewohnt war, zusammenzuarbeiten. Der wollte nur Zukunftsfelder identifizieren, in denen die Industrie über einen Prozess von drei, vier Jahren Geld machen kann. Er wollte, dass sich eine politische Mehrheit heraus bildet, damit da etwas geplant wird von der Politik. Und dann hat er gefragt: `Habt ihr irgendeinen Bereich, wo ihr sagt, da ist ein Defizit? Kennt ihr irgendeinen Bereich, in dem wir den Gesetzgeber überzeugen können, dass er da ran muss, und zwar mit Geld, und zwar mit sehr viel Geld?` Und das fand ich irre, diesen Ansatz. Die Industrie hat da ganz bewusst so eine Combo beschäftigt, die dann sagt: `Schafft hier Geld bei, für die deutsche Industrie`. Das war das ganz klare Ziel. (...) So im Motto `Welches Thema fahren wir jetzt? Wir zerfasern uns nicht in zehn Themen, wir nehmen uns ein Thema. Unser Ziel ist es 17 Milliarden Euro Steuergelder zu kriegen`. Und das hat die Industrie geschafft." (D05)

Letztendlich setzten sich die Hersteller von Gesundheitstelematik in Deutschland durch, weil sie als starke Akteure im Gesundheitswesen agieren konnten. Dies könnte Auswirkungen auf die Durchsetzungskraft der – ursprünglich starken – Interessengruppen von Kostenträgern und Leistungserbringern gehabt haben. Ob diese etablierten Interessengruppen zugunsten der Industrie Macht verloren haben, wird im Folgenden und in Kapitel 7.2.1.2 diskutiert.

### **Machtressourcen der Kostenträger – Krankenkassen und ihre Verbände**

Neben der Industrie waren auch die Kostenträger<sup>212</sup> – gesetzliche Krankenkassen und ihre Verbände – mit Einschränkungen für die Einführung eines elektronischen Kartensystems in Deutschland. "Ein Verband wie die AOK, ein Verband wie der VDEK damals noch, der IKK e.V., das sind Interessengruppen, die direkt an der Versorgung beteiligt gewesen sind. Und die haben irgendwann gesagt, es wäre sinnvoll, dass man sich über eine Vernetzung von Leistungserbringern mal Gedanken macht. Da sehe ich die Initiatoren" (D10). Anlass für das Engagement der Kassen war, dass sie "im Wesentlichen (...) an der Transparenz interessiert" waren und sind (D08). Die Kassen setzten sich unter dem Deckmantel der Qualitätsverbesserung für eine elektronische Verarbeitung von Patienten- und Behandlungsdaten ein. Sie hofften sich dadurch eine bessere Kontrolle der Leistungserbringer. "Das drehte sich im Wesentlichen in den Anfangsjahren ja immer nur ums eRezept. Und da waren die Kostenträger schon so weit, dass sie die Medienbrüche verhindern wollten. Das war schon der Wunsch der Kostenträger" (D08). Die Mehrzahl der befragten Experten ist der Meinung, dass die Kostenträger "die Einführung wollten. (...) Die Kassen haben sich durchgesetzt" (D09). Allerdings hat die Auswertung der Interviews auch gezeigt, dass die Kassen zwar "schon das Interesse an einer Telematik-Infrastruktur (hatten) und daran, die Vernetzung zu gewährleisten. (...) Nur

<sup>212</sup> Hierbei sind im Folgenden immer die gesetzlichen Kassen und ihre Verbände gemeint. Die privaten Krankenkassen, denen gesetzlich freisteht, ob sie eine eGK einführen oder nicht, entschieden sich recht zeitnah gegen ein solches elektronisches System und beteiligten sich nicht an der politischen Diskussion (der Beleg hierzu findet sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 2.1.2.3.2).

haben die Kassen jetzt nicht unbedingt die Notwendigkeit einer Gesundheitskarte gesehen. Das kam aus der Politik und das war von der Industrie getrieben in der Politik, dass wir Karten brauchen. (...) Man muss aber auch sagen, dass sie sich dann (für die Karte) eingesetzt haben, weil das auch Marketing-Gründe der Kasse sind. Also so eine Karte ist ja auch geldstiftend für eine Kasse. Da kann man ein schönes Logo drauf machen. (...) Ich glaube gegen die Karte war man nicht auf Seiten der Kassen. (...) Es hieß schon so am Anfang, dass wir für die Telematik keine Karte brauchen würden. Aber das Kartensystem komplett abschaffen, das wollten die Kassen auch nicht" (D08). Die Interessenvertreter der gesetzlichen Kassen setzten sich zwar für eine Telematik-Infrastruktur ein, das Kartensystem war allerdings eher von der Industrie getrieben. Dennoch sahen die Interessenvertreter der Kassen die Vorteile der eGK – wie das Logo auf der Karte – und äußerten sich deshalb positiv über das Kartensystem. "Denn die Krankenkassen, die auch Gesundheitsmanager sind, sahen hier die Möglichkeit, sich stärker in das Gesundheitsmanagement einbringen zu können. Da waren natürlich schon auch Interessen vorhanden, die nicht unmittelbar den Interessen der Patienten und der sogenannten Leistungsanbieter entsprochen haben." (D05) Die Kassen setzten sich für ein Kartensystem ein, in dem die Karte ein Schlüssel bzw. Teil einer Telematik-Infrastruktur ist. Und deshalb nahmen politische Entscheidungsträger und Leistungserbringer die Kassen "nach außen hin als Vorreiter all dieser Technikmöglichkeiten wahr" (D07).<sup>213</sup>

Auch die Kostenträger hatten Machtfaktoren, welche ihre Stärke bedingten. Die Auswertung der Interviews hat ergeben, dass die Kassen und ihre Dachverbände im Vergleich zu anderen Interessengruppen im Gesundheitswesen – wie den Patienten und Ärzten – mehr **Kapital** besaßen. "Die Krankenkassen hatten Macht. Das liegt daran, dass sie na ja mal (...) locker ein Budget von 250 Milliarden verwalten. Da geht es um etwa 4 Millionen Arbeitsplätze (...) Ich glaube wir haben in Deutschland in der Automobilindustrie 600 000 Arbeitsplätze. Das ist nichts gegen das Gesundheitswesen" (D02). Diese finanzielle Stärke der Kassen hatte Auswirkung auf die politischen Entscheidungsträger, die eGK einzuführen.<sup>214</sup> Indessen muss an dieser Stelle bemerkt werden, dass nur zwei Experten von sich aus das Kapital der Kassen als Machtfaktor erwähnten. Die große Mehrzahl der übrigen Experten nannte die Kassen zwar als Unterstützer der Einführung, allerdings nur kurz. Sie gingen anschließend gleich zu den Machtfaktoren der Industrie über. Dies lässt vermuten, dass die Industrie unter den Befürwortern der stärkere Player war und die Kassen den Mitläufereffekt<sup>215</sup> – auch Bandwagon-Effekt genannt – genutzt haben. Hierfür spricht auch, dass den Machtfaktor **Information(svorsprung)** in Zusammenhang mit den Kassen und deren Durchsetzungskraft bei Einführung der eGK, kein Experte erwähnte.

Auf die interne und externe Organisationskraft der Kassen gingen manche Experten ein. Zugute kam den Kassen, "dass Arbeitgeber und Gewerkschaftsvertreter in den Krankenkassen platziert sind. Es gibt ja Sozialwahlen. Das heißt, die Krankenkassen haben ein starkes Fundament, eine starke Verlinkung in die großen Parteien, in die SPD als auch in die CDU hinein" (D02).<sup>216</sup> Das heißt, die **interne Organisation** stärkt somit auch die externe Organisation der Kassen. Dennoch sehen einige Experten die interne Organisation der Kassen zur damaligen Zeit nicht nur positiv<sup>217</sup>:

<sup>213</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 2.1.2

<sup>214</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 2.1.2.1

<sup>215</sup> Der Mitläufereffekt ist ein aus der Handlungstheorie stammender Begriff, der die Wirkung beschreibt, die ein wahrgenommener Erfolg auf die Bereitschaft ausübt, sich den voraussichtlich erfolgreichen Handlungsweisen anzuschließen. Z. B. möchten Interessengruppen – in dem Fall die Kassen – gerne auf der Gewinnerseite stehen. Sie entscheiden sich deshalb für die Alternative Policy, von der sie erwarten, dass sie siegreich sein wird (Koschnik, 1993).

<sup>216</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 2.1.2.3.1

<sup>217</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 2.1.2.3.2

Tabelle 29: Kostenträger: Der Machtfaktor interne Organisationskraft (D)

<b>Kostenträger: Der Machtfaktor interne Organisationskraft</b>
"Das mit der Organisation der Kassen hat ja nicht ganz so gut geklappt. Die privaten Krankenkassen sind ausgestiegen aus dem Projekt. Und die sind ausgestiegen, weil es keine Verbindlichkeit zur Nutzung der Karte gegeben hat für die privat Versicherten." (D08)
"Das Riesenproblem ist, dass die Krankenkassen keine gemeinsame Informationskampagne zu dem Thema wollen. Die verstehen die Information über die Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte als Wettbewerbsparameter in Abgrenzung zu einer anderen Kasse. Das führt dazu, dass heute Flyer von der Barmer verschickt werden, in denen drin steht, dass die erste Anwendung das elektronische Rezept ist. Das elektronische Rezept kommt nicht. Da arbeitet niemand daran." (D02)

Die unterschiedlichen Interessen zwischen privaten und gesetzlichen Krankenkassen und der Wettbewerb zwischen den einzelnen gesetzlichen Kassen schwächte die interne Organisation der Kassen. Es ist so, dass erst "die politische Entscheidung, die Organisation der Krankenkassen auf Bundesebene zu ändern (Gründung des GKV-Spitzenverbandes als Bundesverband aller Kassenarten), Machtverhältnisse geändert hat. Früher gab es ja eigene Dachverbände für die einzelnen Krankenkassen. Die Gründung des GKV-Spitzenverbandes war ja erst ein bisschen später (...) Dadurch (GKV-Spitzenverband) sind die Kassen natürlich bedeutend stärker geworden" (D02). Der GKV-Spitzenverband wurde erst im Jahr 2009 gegründet, also nach der gesetzlichen Einführung der eGK. Die interne Organisation der Kassen war – als die Einführung der eGK zur Diskussion stand – also kein ausschlaggebender Machtfaktor der Kassen.<sup>218</sup>

Zur **externen Organisationskraft** der Kassen lässt sich sagen, dass die Interessenvertreter der Kassen "gute Kontakte (hatten). (...) Weil sie haben ja die Arbeitgeber und auch Arbeitnehmer in ihren Reihen. Es schadet ja nicht, wenn ich Arbeitnehmer und Arbeitgeber habe. Weil irgendwann ist die SPD dran und irgendwann ist die CDU dran (an der Regierung beteiligt). Und entsprechend ist die (...) Nähe zu den Parteien halt stärker, ausgeprägter" (D02). Die Interessenvertreter der Krankenkassen hatten und haben regelmäßige Kontakte zu politischen Entscheidungsträgern. Allerdings ist keiner der Experten der Meinung, dass diese Beziehungen maßgeblich für die Durchsetzungskraft der Kassen bei der Einführung des Kartensystems waren. Der Wunsch, mit den Kassen in Kontakt zu treten ging damals eher von der politischen Seite aus. "Manchmal hat eben das Ministerium zu Gesprächsterminen geladen, mehrere Beteiligte, durchaus auch auf Kassenseite und Ärzteseite gemeinsam oder auch andere Leistungserbringer gemeinsam" (D07).<sup>219</sup>

Es kann an dieser Stelle konstatiert werden, dass die Interessenvertreter der Kassen zwar Unterstützer oder mindestens Befürworter der Einführung der eGK waren. Die große Mehrzahl der befragten Experten ist jedoch der Ansicht, dass das Engagement und die Machtressourcen der Kostenträger nicht nennenswert und ausschlaggebend für die Durchsetzungskraft der Interessengruppe waren.<sup>220</sup> Die Experten betonen in Zusammenhang mit der Einführung der eGK in Deutschland nur die Machtfaktoren bzw. Durchsetzungskraft der Industrie. Dies bestätigt die Vermutung, dass die Kassen den Mitläufereffekt nutzten, indem sie sich der starken Industrie anschlossen. Die Auswertung der Interviews hat ergeben, dass die Interessenvertre-

<sup>218</sup> Der Beleg hierzu findet sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 2.1.2.3.2

<sup>219</sup> Die Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 2.1.2.4

<sup>220</sup> Dies bedeutet nicht, dass die Kassen und ihre Verbände keine Machtfaktoren besitzen. Es ist lediglich so, dass diese Faktoren bei der Einführung der eGK nicht ausschlaggebend für die Einführung des elektronischen Kartensystems waren.

ter der Industrie unter den Befürwortern die starke Interessengruppe war, die sich wegen ihrer Machtfaktoren durchsetzen konnte.

Ob die Gegner der eGK geringe bzw. geringere Machtressourcen hatten und ob diese verantwortlich dafür waren, dass sie sich nicht durchsetzen konnten, wird nachfolgend behandelt.

### 7.2.1.2 Gegner mit geringen Machtressourcen

Im Folgenden wird analysiert, ob sich die Gegner des elektronischen Kartensystems wegen ihrer fehlenden Machtressourcen nicht durchsetzen konnten. Dazu wird zuerst die Interessengruppe, die sich gegen ein solches System aussprach, sowie die Gründe für deren Haltung kurz vorgestellt. Anschließend werden die Machtressourcen der Interessengruppe dargestellt und analysiert, ob die Gegner sich auf Grund ihrer geringen Machtressourcen nicht durchsetzen konnten. Als Gegner des elektronischen Kartensystems wurde der Großteil der Ärzteschaft identifiziert.

Die meisten Ärzte "haben das (Einführung der eGK) abgelehnt. (...) (Denn) die Ärzte befürchten, dass sie transparenter werden. Und die erzählen den Versicherten dann immer, es ginge um den transparenten oder gläsernen Patienten. In Wirklichkeit geht es darum, die Leistungserbringer transparenter zu machen" (D09). Mit Hilfe der eGK können die Kassen "jede Art von Dokumentation sehen. Und es kann auch jeder die Qualität der Dokumentation, der Befunde sehr viel stärker nachvollziehen. Und das ist bisher nicht der Fall" (D09). Ursprünglich dokumentierte jeder Arzt seine Behandlungsdaten für sich selbst und z. B. in seiner Praxis. Evtl. speicherte er sie auf seinem Server ab. Auf der eGK, welche die Kostenträger ausgeben, können Behandlungsdaten gespeichert werden. Die eGK bietet deshalb die Möglichkeit, dass Kassen durch die Speicherung der Behandlungsdaten die Informationen über Behandlungen der Leistungsträger zur Verfügung haben, welche sie zuvor nicht besaßen. Der Großteil der Ärzteschaft befürchtete und glaubt heute noch, dass die Kostenträger durch die Einführung der eGK mehr Daten besitzen und somit eine stärkere Kontrolle über die Leistungserbringer haben. Das ist der Hauptgrund, weshalb "die Ärzte (...) sich massiv gegen diese Speicherung von Daten ausgesprochen (haben). (...) Und die wollten, dass die Daten nur beim Arzt gespeichert werden dürfen und so weiter" (D09). Die Mehrzahl der Experten teilt diese Meinung<sup>221</sup>:

Tabelle 30: Einstellungen und Beweggründe der Ärzteschaft (D)

<b>Einstellungen und Beweggründe der Ärzteschaft</b>
"Ganz klar ist natürlich, dass die Kostenträger die Karte wollten und die Leistungserbringer hatten natürlich weniger Interesse an Transparenz." (D08)
"Der gläserne Arzt ist ein Problem. Auch die Ärzte haben natürlich die Gefahren gesehen, dass es dadurch dann eine totale Transparenz ihres Handelns gibt. " (D05)

Die Auswertung der Interviews hat ergeben, dass sich die Ärzteschaft nicht durchsetzen konnte, bzw. die Wünsche der Ärzteschaft "sind vorher politisch überhaupt nicht groß berücksichtigt worden (...). Und die Vertreter der Ärzteschaft haben ja auch schon genügend Alternativen dazu (zur eGK) angeboten (...). Aber diese Idee kam nicht von der Industrie. Von denen kamen eben andere Ideen. Und da wird dann eher das gemacht, was die Industrie will. Das ist

<sup>221</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 2.2.1

so" (D05). Der Großteil der Ärzteschaft ist bis heute gegen die Karte. "Da wird noch gekämpft" (D05).<sup>222</sup>

Ursprünglich gelten die Ärzte als starke Interessengruppe im Gesundheitswesen. In politikwissenschaftlichen Studien wird der "Lobby in Weiß" eine große Bedeutung und viel Machtpotential hinsichtlich ihrer personellen und finanziellen Ressourcen zugesprochen (Hartmann, 1985, S. 260). Durch ihre Monopolstellung haben sie die Möglichkeit mit Leistungsverweigerung zu drohen und dadurch zusätzlich Macht im politischen Prozess (Rauskolb, 1976, S. 244). Aber auch ihre sehr gute verbandliche Organisationsstruktur ist laut Bandelow (2005) ein Grund für die Durchsetzungskraft der Ärzte-Lobby. Die Auswertung der Interviews hat allerdings ergeben, dass die Machtfaktoren innerhalb der Ärzteschaft bei der Einführung der eGK nicht in dem Ausmaß vorhanden waren. Die Machtfaktoren, welche die Ärzte besaßen, hatten kaum Auswirkung auf die Durchsetzungskraft dieser Interessengruppe.

Kein Experte nannte **finanzielle Mittel** innerhalb der Ärzteschaft als deren Machtfaktor in Zusammenhang mit der Einführung der eGK. Auch einen **Informationsvorsprung** sah keiner der befragten Experten auf Seiten der Ärzteschaft. Ein paar betonten sogar ungefragt, wie schlecht die IT-Kenntnisse mancher Interessenvertreter der Ärzte waren bzw. sind.<sup>223</sup>

Auch die **interne Organisationskraft** der Ärzte stellte sich zum Zeitpunkt der politischen Diskussion über die Einführung eines elektronischen Kartensystems nicht sonderlich positiv dar. Der Großteil der Ärzte sprach sich gegen die Karte aus. Es existierten aber auch hier sehr unterschiedliche Meinungen, weil "innerhalb der Ärzteschaft, das ist ja wirklich ein Sub-, Sub-, Sub-, Sub-, Subsystem. (...) Es gibt auch keine einheitliche Meinung bei den Ärzten. (...) Also wir haben in der Ärzteschaft einen großen Anteil sehr lauter Gegner dieses Projektes (unv.) Die finden das ganz fürchterlich" (D02). Die Ärzteschaft tritt und trat nicht einheitlich als geschlossene Interessengruppe nach außen hin auf. Zum einen gibt und gab es unterschiedliche Meinungen zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhausärzten, zum anderen zwischen Fachärzten und Allgemeinmedizinerinnen. Die niedergelassenen Ärzte waren zum Beispiel fast ausschließlich gegen die Karte, während Krankenhausärzte teilweise die positiven Aspekte der eGK sahen. Grund dafür war, dass die niedergelassenen Ärzte die Behandlungsinformationen vor Ort haben, während der Krankenhausarzt Patienten behandelt (z. B. in der Notaufnahme), welche er zuvor teilweise noch nie gesehen hat. Für den Krankenhausarzt wäre es deshalb sinnvoll, die Patientendaten, welche der Hausarzt erhob, auf der Karte einsehen zu können.<sup>224</sup>

Die Auswertung der Interviews hat weiterhin ergeben, dass die unterschiedlichen Interessen der Basis und der Spitzenfunktionäre bzw. Entscheidungsträger in der KBV und der BÄK<sup>225</sup> ausschlaggebend für die schlechte interne Organisationskraft der Ärzteschaft waren. Die Funktionäre setzten sich gegenüber den politischen Entscheidungsträgern für die Einführung des elektronischen Kartensystems ein bzw. stimmten der Einführung zu, während die Ärzteschaft sich auf den meisten "Deutschen Ärztetagen" geschlossen gegen die Einführung der eGK entschied. Die Funktionäre/Spitzenvertreter vertraten nicht den Beschluss des Ärztetages gegenüber der Politik. Sondern sie gaben ihre eigenen Interessen weiter bzw. fügten sich den Interessen der politischen Entscheidungsträger. Grund für dieses Verhalten ist die Struktur der KVen und Kammern, deren politischer Auftrag und damit deren starke Verknüpfung mit der Politik.<sup>226</sup> Die große Mehrzahl der befragten Experten ist der Meinung, dass die interne

<sup>222</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 2.2.1

<sup>223</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 2.2.1.2

<sup>224</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 2.2.1.3

<sup>225</sup> Gleiches gilt für die Spitzenvertreter/Funktionäre der BZÄK und KZBV.

<sup>226</sup> Zum politischen Auftrag der Bundesverbände Leistungserbringer, siehe Kapitel 3.2.2.1



Organisation der Ärzteschaft negativ war. Die Ärzteschaft hat es nicht geschafft, sich intern zu einigen und geschlossen aufzutreten<sup>227</sup>:

Tabelle 31: Ärzteschaft: Der Machtfaktor interne Organisationskraft – unterschiedliche Interessen (D)

<b>Ärzterschaft: Der Machtfaktor interne Organisationskraft – unterschiedliche Interessen</b>
„Also auf den Ärztetagen ist es einfach so, wie überall. Da geben einzelne (Spitzenvertreter/Funktionäre) den Ton an. (...) Und es ist dann nicht immer so, dass die Mehrheiten sich durchsetzen. (...) Da gibt es durchaus kontroverse Meinungen bei dem Projekt (eGK). Aber insgesamt muss man sagen, arbeiten die Vertreter der Ärzteschaft da sehr konstruktiv mit. Und das betrifft die Bundesärztekammer und die KBV. Und das ist ja der wichtige Punkt. Da können die anderen Ärzte dagegen sein, wie sie wollen.“ (D06)
„Letztendlich haben sich auch (...) die Ärzteschaft (...) durchaus mit Vorbehalt dafür eingesetzt. Aber da waren hauptsächlich nur die offiziellen Vertreter der Organisationen dafür.“ (D01)
„Das ist alles Wahl. Als Vorstand der Bundesverbände kann man da (gegen die eGK) nichts dagegen sagen, man ist ja mit der Politik verknüpft. (...) Es gibt auch keine einheitliche Meinung bei den Ärzten.“ (D02)

Weil sich viele Ärzte von den Funktionären der KBV und der BÄK nicht mehr hinreichend vertreten fühlten, bildeten sie neue Ärzte-Verbände. Daraus entwickelten sich dann später Verbände – wie die "freie Ärzteschaft"<sup>228</sup>. Diese Interessengruppen äußerten sich vor gesetzlicher Einführung der eGK und äußern sich auch heute noch vehement gegen die eGK. Sie arbeiteten in Bezug auf das Thema eGK nicht mit den etablierten Verbänden bzw. Kammern (KBV und BÄK) zusammen. Sie standen und stehen in Konkurrenz zur KBV und BÄK, weil sie andere Meinungen vertraten bzw. noch immer vertreten. „Während die Kassenärztliche Bundesvereinigung, also sozusagen die Spitzenorganisation der Ärzte und deren Spitzenleute, immer irgendwie mitgearbeitet hat, es gab halt dann die breite Masse der Ärzte und einige Ärzteverbände und dann die `freie Ärzteschaft`, die dagegen gearbeitet haben. Die `freie Ärzteschaft` hat auf jedem Ärztetag eine Demonstration organisiert und vor einem gläsernen Patienten gewarnt“ (D03).<sup>229</sup>

Letztendlich konnte sich die breite Masse der Ärzteschaft wegen ihrer unzureichenden internen Organisationsstruktur nicht durchsetzen. Es herrschten unterschiedliche Meinungen innerhalb der Ärzteschaft. Die interne Zusammenarbeit der Ärzteschaft war in Bezug auf das Thema eGK vor, während und nach der gesetzlichen Einführung des elektronischen Kartensystems nicht effektiv.

Insgesamt erwähnen nur wenige Experten in Zusammenhang mit der Einführung der eGK häufige Kontakte zwischen Interessenvertretern der Ärzte und Entscheidungsträgern in der Politik (**externe Organisationskraft**). Die Auswertung der Interviews hat ergeben, dass die Funktionäre der Bundesverbände der Ärzteschaft – vor allem der B(Z)ÄK und K(Z)BV – außerparlamentarisch und parlamentarisch präsent waren. "Die Vertreter der Verbände waren ja (in den politischen Entscheidungsprozess) involviert und haben immer viel Kontakt" (D06). Die Entscheidungsträger bzw. Spitzenfunktionäre aus den Bundesverbänden der Ärzteschaft hat-

<sup>227</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 2.2.1.3

<sup>228</sup> Die "freie Ärzteschaft" wurde zwar offiziell erst im Jahr 2004 als Verband gegründet. Allerdings setzten sich die dort engagierten Ärzte auch schon vor dieser offiziellen Gründung und auch bereits vor der Gesetzgebung zur Einführung der eGK gegen die elektronische Karte ein bzw. sprachen sich gegen die eGK aus (Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 2.2.1.3).

<sup>229</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 2.2.1.3

ten Einfluss auf den politischen Entscheidungsprozess. „Auf Bundesebene entscheiden ja immer die Verbände. Deshalb haben sie nicht an Einfluss verloren“ (D06). Wie bereits erwähnt, vertraten diese Funktionäre nicht die Interessen der Basis. Deshalb konnte sich die Ärzteschaft trotz der guten Kontakte zwischen den politischen Entscheidungsträgern und den Interessenvertretern aus der B(Z)ÄK und der K(Z)BV nicht durchsetzen. Das bedeutet, dass sich die „eigentlichen“ Interessen der Ärzteschaft nicht effektiv gegenüber der Politik organisieren konnten. Sie und damit „diejenigen, die dann eigentlich die eGK verwenden sollten, (wurden) zunächst gar nicht einbezogen (...) in die (politische) Diskussion. (...) Es war der politische Hintergedanke, nach dem Motto `Da holen wir die Ärzteschaft mal ein bisschen von ihrem hohen Ross herunter`. Das war so“ (D05). Während ein paar wenige Interessenvertreter der Ärzteschaft – die sich der Meinung der Industrie und der Krankenkassen anschlossen – verbündet mit den politischen Entscheidungsträgern agierten, gerieten viele andere Ärzte in Konflikt mit den politischen Entscheidern. Auch die Gesundheitsministerin „ist dann aber mit der Zeit innerhalb der Ärzteschaft sehr kritisch gesehen worden. Weil die Ärzte haben so eine Misstrauenskultur wahrgenommen. Sie haben sich zunehmend Vorwürfen ausgesetzt gefühlt. Sie haben zunehmend wahrgenommen, dass die Rolle der Ärzteschaft (im politischen Entscheidungsprozess) nicht mehr so gewünscht ist, wie sie seit Jahrzehnten gewünscht ist“ (D02).<sup>230</sup>

Die Interessengruppe der Ärzte – einschließlich der Entscheidungsträger in der B(Z)ÄK und K(Z)BV – leisteten wenig Überzeugungsarbeit gegenüber anderen Interessengruppen – den Kostenträgern oder der Industrie (**externe Organisation**). Keiner der befragten Experten erwähnt solche Kontakte. Allerdings ist „bei den Ärzten (...) die Lobby gegenüber der Öffentlichkeit stärker. Die Ärzte haben natürlich mehr Kontakt zu den Patienten. Und dadurch können sie natürlich auch Lobbyarbeit in der Öffentlichkeit aufbauen, was die Krankenkassen gar nicht können“ (D08). Zwar versuchten die Ärzte die Patienten bzw. die Öffentlichkeit zu beeinflussen, „aber gebracht hat (den Ärzten) das in dem Fall auch nicht viel“ (D06).<sup>231</sup>

Letztendlich sehen die meisten Experten die Ärzteschaft nicht als Interessengruppe, welche sich wegen ihrer guten externen Organisationskraft durchsetzen konnte. Selbst in den starken und großen Bundesverbänden der Ärzteschaft, „in der Bundesärztekammer gibt es da keine eigenen Leute, die dafür angestellt werden, die Interessen gegenüber der Politik zu vertreten (...). Die haben natürlich auch im Hause Leute, die den Kontakt zum Ministerium, zu ihren Abgeordneten quasi bündeln. (...) (...) Aber die Industrie hat Lobby-Agenturen, und auch wirklich Lobbyisten vor Ort mit einem eigenen Büro. Die sind natürlich da schon stärker vertreten gewesen als die Ärzte“ (D02).<sup>232</sup>

Die Stimmung zwischen der Basis der Ärzteschaft und den politischen Entscheidungsträgern war zu Zeiten der Einführung der eGK eher negativ. Dasselbe galt für die interne Organisationsfähigkeit der Ärzteschaft. Das starke Engagement der Interessenvertreter der Industrie bzw. deren Machtressourcen schwächten die Durchsetzungsfähigkeit der Ärzteschaft.

Kein Experte erwähnte, dass die Ärzteschaft ihre Monopolstellung ausnutzte, um **mit Leistungsverweigerung zu drohen**. Diese zusätzliche Macht im politischen Prozess nutzten die Ärzte nicht. Letztendlich schöpfte die Ärzteschaft ihr Machtpotential – welches über Jahre hinweg die Durchsetzungsfähigkeit der Ärzte gewährleistete – nicht aus. Ihre Machtressourcen waren zu gering. Die Ärzteschaft konnte sich deshalb nicht durchsetzen.

<sup>230</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 2.2.1.4.1

<sup>231</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 2.2.1.4.2

<sup>232</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 2.2.1.4.1

Neben den Kostenträgern und den Ärzten agieren weitere etablierte Interessengruppen im Gesundheitswesen. Sie dürfen angesichts ihrer Präsenz im Policy-Feld nicht vernachlässigt werden. Allerdings beteiligten sich diese Akteure nicht oder wenig an der politischen Diskussion. Sie waren deshalb nicht ausschlaggebend für die Einführung der eGK. Im Folgenden werden diese Akteure kurz vorgestellt und ihre untergeordnete Rolle im Entscheidungsprozess knapp begründet.

### 7.2.1.3 Weitere Interessengruppen im Gesundheitswesen

#### Pharmaindustrie und Arzneimittelhersteller

Während sich die Interessenvertreter der Kostenträger und der Hersteller von Gesundheitstelematik für die Einführung eines elektronischen Kartensystems einsetzten und der Großteil der Ärzteschaft dagegen war, äußerten sich die Pharmafirmen und Arzneimittelhersteller sowie deren Verbände nicht zur eGK. Grund dafür war, dass diese Interessengruppe nach eigenen Aussagen keine Betroffenheit sah. Diese Erkenntnis ergab sich, nachdem die größten Verbände der Pharmafirmen und Arzneimittelhersteller per E-Mail angeschrieben und um eine Stellungnahme gebeten wurden. Zu den Verbänden, die eine solche Stellungnahme abgaben, gehören der Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller (BAH), der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI) und der Verband forschender Arzneimittelhersteller (VFA). Die E-Mail-Antworten der Verbände sind **Anhang 7** zu entnehmen.

#### Krankenhausträger

Darüber hinaus beteiligten sich auch die Krankenhausträger bzw. deren Bundesverband (DKG) – als Interessenvertreter privater und öffentlicher Krankenhausbetreiber – nicht intensiv an der Diskussion zur Einführung der eGK. Keiner der befragten Experten erwähnte die Interessengruppe der Krankenhausträger in Bezug auf die Einführung der eGK. Innerhalb der Dokumentenrecherche im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurden lediglich Stellungnahmen und Pressemitteilungen der DKG ab dem Jahr 2005 ausfindig gemacht. Innerhalb dieser Verlautbarungen bezog die DKG selten eine eindeutige Position. Es ist lediglich abzulesen, dass die Interessengruppe als Gesellschafter der Gematik hinter den Beschlüssen dieser GmbH steht.<sup>233</sup> Die Mitarbeiter der DKG waren nicht bereit, auf E-Mail-Anfragen Auskünfte zum Grund ihrer passiven Haltung zu geben.

#### Apotheker

Neben der DKG ist die Apothekerschaft – bzw. deren Bundesverband ABDA – Gesellschafter der Gematik und trägt nach eigener Aussage die Entscheidungen der Gematik mit. Allerdings beteiligte sich auch die Apothekerschaft nie intensiv an der politischen Diskussion. Dies trifft vor allem auf die politische Diskussion vor, während und unmittelbar nach der gesetzlichen Einführung der eGK zu<sup>234</sup> (siehe Email der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände – ABDA – bzw. **Anhang 8**).

<sup>233</sup> Die Pressemitteilungen bzw. Stellungnahmen der DKG zur Telematikinfrastruktur bzw. eGK sind der Homepage der Gesellschaft zu entnehmen (Rubrik "Positionen & Themen", "Telematikinfrastruktur nach § 291a SGB V").

<sup>234</sup> Über den Grund für die Nicht-Beteiligung äußerte sich der Verband nicht.

## Pflegeberufe

Darüber hinaus nahmen laut des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe – Bundesverband e.V. die Interessenvertreter der Pflegeberufe keine Rolle in der politischen Diskussion zur Einführung der eGK ein (siehe Email des Verbandes bzw. **Anhang 9**). Die Nichtbeteiligung lag vor allem daran, dass sich die Pflegeberufe zur damaligen Zeit noch nicht gut organisieren konnten. Die Pflegeberufe wurden erst im Laufe der letzten Jahre eine stärkere Interessengruppe.<sup>235</sup>

## Patienten und Verbraucher

Es konnte von den Interessenvertretern der Patienten und Verbraucher keine eindeutige Meinung zur eGK identifiziert werden. Die meisten Patientenverbände, wie die Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. und der Deutsche Diabetiker Bund, beteiligten sich nie an der Diskussion zur Einführung der eGK (siehe Emails der Patientenverbände bzw. **Anhang 10**). Auch Verdi und die Verbraucherinitiative – als Interessenvertreter der Verbraucher – gaben nie eine Position zum elektronischen Kartensystem ab (siehe Emails der Verbände bzw. **Anhang 11**). Andere Patientenzusammenschlüsse, wie der Krankenversichertenverein und die Bürger Initiative Gesundheit e.V.: (ehemals DGVP), beteiligen sich erst neuerdings (in den Jahren nach der gesetzlichen Einführung der eGK) an der politischen Diskussion. Sie sprechen sich für eine elektronische Gesundheitskarte aus, sind aber mit der aktuellen Situation um die Karte nicht zufrieden.<sup>236</sup> Die Mehrzahl der befragte Experten bestätigt, dass die "Patientenvertreter (...) operativ damals nicht dabei (waren) und (...) auch jetzt operativ mit Verantwortung nicht dabei (sind). Die Patientenvertreter haben im Beirat der Gematik ihren Sitz. Aber der Beirat der Gematik hat keine operative Verantwortung" (D10).<sup>237</sup> Abgesehen davon, dass sich die Interessenvertreter der Patienten und Verbraucher nie intensiv an der politischen Diskussion zur Einführung der eGK beteiligten, besitzen sie geringe Machtressourcen (Organisationskraft, Information, Kapital). Hinsichtlich dieser geringen Machtressourcen haben und hatten die Patientenvertreter wenig Einfluss auf politische Entscheidungen.<sup>238</sup>

## Datenschützer

Sehr interessant ist die Tatsache, dass sich die Datenschutzverbände auf Bundesebene – wie der Berufsverband der Datenschutzbeauftragten Deutschlands (BvD) e.V. und die Deutsche Vereinigung für Datenschutz (DVD) e.V. – nicht zur eGK äußerten bzw. keine Meinung zu dem Thema vertreten und vertraten (siehe Emails des BvD und der DVD bzw. **Anhang 12**). Lediglich von der DVD existiert eine Presseerklärung zum Thema eGK vom Juli 2003, in der die Interessenvertreter der Zahnärzte kritisiert werden. Sie würden den "Datenschutz zur Durchsetzung zahnärztlicher Standesinteressen" missbrauchen – so heißt es. Die Presseerklärung der DVD vom 22.7.2003 ist **Anhang 13** zu entnehmen.

Die Machtressourcen der hier aufgeführten Interessengruppen sind nicht entscheidend für die Untersuchung, da sich die Gruppen nicht bzw. nicht ausschlaggebend an der politischen Diskussion zur Einführung der eGK beteiligten. Allerdings zeigt die Zurückhaltung der genannten

<sup>235</sup> Der Beleg hierzu findet sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 2.3.2

<sup>236</sup> Dies kann den auf den Homepages der verschiedenen Patientenverbände – z. B. der Bürger Initiative Gesundheit e.V. – veröffentlichten Stellungnahmen/Pressemitteilungen entnommen werden.

<sup>237</sup> Der Beleg hierzu findet sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 2.3.3

<sup>238</sup> Die Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 2.3.3

Akteursgruppen, wie der Datenschützer, dass die Befürworter der eGK – abgesehen von der Ärzteschaft – kaum Widerstand verspürten. Sie konnten deshalb und wegen ihrer starken Machtressourcen ihr Ziel – die Einführung der eGK – leicht erreichen. Evtl. hätte sich die Ärzteschaft eher durchsetzen können, wenn sie z. B. die Datenschützer von ihren Interessen hätte überzeugen können. Dazu wäre aber eine externe Organisation/Interessenvermittlung gegenüber diesen Gruppen nötig gewesen. Von dieser sahen die Ärzte ab – wie in Kapitel 7.2.1.3 bereits aufgeführt.

## 7.2.2 Österreich

Auch in Österreich war "von den beteiligten Akteursgruppen, also Sozialversicherung, Ärzte und so (...) es (Meinungen über die Einführung der E-Card) eher heterogen" (Ö03). Es gab sowohl Interessengruppen, die sich für ein elektronisches Kartensystem einsetzten, als auch Interessengruppen, die gegen ein solches System waren bzw. es noch immer sind. Beide Gruppen und ihre jeweiligen Machtressourcen sollen im Folgenden vorgestellt werden. Zusätzlich wird dargestellt, inwiefern sich diese Machtressourcen vor der Einführung der E-Card veränderten bzw. verschoben und inwieweit sie Einfluss auf die Durchsetzungskraft der jeweiligen Interessengruppe hatten. Es sei bereits festgehalten, dass "diese Machtverschiebungen (zwischen den Interessengruppen) existierten" (Ö07).<sup>239</sup>

### 7.2.2.1 Befürworter mit starken Machtressourcen

Nachfolgend wird analysiert, ob sich die Befürworter des elektronischen Kartensystems auf Grund ihrer Machtressourcen durchsetzen konnten. Dazu werden die Interessengruppen, die sich für ein solches System in Österreich aussprachen, sowie die Gründe für ihr Engagement, kurz vorgestellt. Als Befürworter des elektronischen Kartensystems wurden Interessenvertreter der Wirtschaft<sup>240</sup> – und hier vor allem der Wirtschaftskammer – identifiziert. Diese vertraten die Interessen der Arbeitgeber als ehemalige Aussteller der Krankenscheine und die der Technologiekonzerne bzw. Hersteller von Gesundheitstelematik. Ferner zählte der HV zu den Befürwortern, der sich für die Kostenträger einsetzte.<sup>241</sup>

### Machtressourcen der Wirtschaft – Hersteller von Gesundheitstelematik und Arbeitgeber im Allgemeinen

Für die Einführung eines elektronischen Kartensystems in Österreich setzten sich – wie in Deutschland – Interessenvertreter der Hersteller von Gesundheitstelematik ein. Die Hersteller erhofften sich durch die gesetzliche Einführung zukünftig Aufträge zu erhalten, also ein flächendeckendes Telekommunikationssystem im Gesundheitswesen einzuführen. "An der Hardware und an der Software selber, da konnte die Industrie natürlich dran verdienen. Die (Hersteller von Gesundheitstelematik) haben schon immer wieder Wünsche geäußert" (Ö06)<sup>242</sup>. Es stand also ein ökonomisches Profitdenken hinter dem Engagement der Interessenvertreter der Unternehmen, welche Hardware und Software herstellten.

<sup>239</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 2.

<sup>240</sup> Mit Interessenvertreter der Wirtschaft sind im Folgenden immer die Interessenvertreter der Arbeitgeber und der Technologiekonzerne bzw. Hersteller von Gesundheitstelematik gemeint.

<sup>241</sup> Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 2.1.1 (Wirtschaft) und 2.1.2 (HV bzw. Kostenträger)

<sup>242</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 2.1.1

Darüber hinaus setzten sich – anders als in Deutschland – sämtliche Arbeitgeber für die Einführung der E-Card ein.<sup>243</sup> Grund dafür war, dass sie den – in Kapitel 7.1.2 bereits beschriebenen – "Aufwand des Ausstellens von Krankenscheinen (...) umlegen (wollten) und haben sie umgelegt. Also mit dem Nachweis des Versicherungsverhältnisses hat eigentlich der Dienstgeber heute gar nichts mehr zu tun" (Ö08). Das Prozedere des Ausstellens der Krankenscheine für die Arbeitnehmer war mit erheblichem Verwaltungsaufwand verbunden und hatte keinerlei Nutzen für den Arbeitgeber. Deshalb war es finanziell unrentabel. Die Arbeitgeber als Aussteller der Krankenscheine und die Hersteller der Telematik-Produkte, "also eigentlich haben alle (Interessenvertreter der Wirtschaft) Druck ausgeübt. Es waren da alle der Meinung, das muss jetzt her" (Ö06). "Und das war politisch der Hauptgrund, warum man sich dann etwas anderes überlegt hat und zu dieser E-Card gekommen ist, deren Verwaltung jetzt endlich losgelöst ist vom Arbeitgeber. Das macht die Sozialversicherung selbst" (Ö02). Die Auswertung aller Interviews hat ergeben, dass die Interessenvertreter der Wirtschaft starke "Player" sind und waren, welche sich durchsetzen konnten.<sup>244</sup>

Tabelle 32: Beweggründe und Durchsetzungskraft der Hersteller von Gesundheitstelematik und der Arbeitgeber (Ö)

<b>Beweggründe und Durchsetzungskraft der Hersteller von Gesundheitstelematik und der Arbeitgeber</b>
"Es ist der IT-Industrie gelungen, den Ermächtigten und Verantwortungstragenden in der Politik glaubhaft zu machen, dass eine elektronische Bearbeitung, welche Probleme auch immer lösen kann und ein enormer Vorteil auf allen Linien wäre. (...) Die Wirtschaftskammer ist in Österreich, ich würde sagen, politisch die größte treibende Kraft dieser ganzen Reformbemühungen gewesen. (...) Also das heißt, es greift (...) die Ökonomie." (Ö07)
"Das war sehr stark die Wirtschaftskammer (die die Einführung der E-Card gewollt und durchgesetzt hat). Also von Seiten der Wirtschaft haben sie sich sehr eingesetzt (...) weil die Dienstgeber im alten Krankenscheinsystem belastet waren, mit der ganzen Ausstellung der Krankenscheine. (...) Die IT-Firmen hatten natürlich das Interesse, Aufträge zu bekommen. (...) Die haben das Thema natürlich sehr unterstützt." (Ö05)
"Das war vor allem natürlich die Vereinigung der Arbeitgeber, die waren interessiert das (Ausstellen der Krankenscheine) los zu werden. Das heißt in Österreich die Wirtschaftskammer. (...) In dem Fall war es so, dass sich die (...) Interessen der Arbeitgeber da durchgesetzt haben. (...) Die Industrie hat natürlich sich dafür interessiert, speziell natürlich die Computer-Industrie. Weil die haben das natürlich programmiert und dann letztendlich verkauft. (...) Die (Arbeitgeber und Hersteller von Gesundheitstelematik) haben sich (...) durchgesetzt." (Ö03)

Es gab verschiedene Machtfaktoren, welche die Stärke der Interessenvertreter der Wirtschaft bedingten. Die große Mehrzahl der Experten ist der Meinung, dass die Interessenvertreter der Wirtschaft im Vergleich zu anderen Interessengruppen mehr **Kapital** besitzen und besaßen, auch bereitstellen konnten. Kapital ist eine Machtressource, die bedingte, dass sich die Interessen der Arbeitgeber und Telematik-Firmen durchsetzen konnten. Die Wirtschaftskammer als Interessenvertreter ihrer Mitgliedsunternehmen trug die Initialkosten – eine Einmalzahlung – für die Einführung der E-Card und unterstützte somit die Einführung des elektronischen Systems. Ferner gingen die Hersteller der Soft- und Hardware für das Kartensystem in Vorleistung. Sie finanzierten die Forschung und Entwicklung im Bereich. Die Mehrzahl der Experten

<sup>243</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 2.1.1

<sup>244</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 2.1.1

ist sich einig, dass der finanzielle Beitrag seitens der Arbeitgeber und Hersteller von Gesundheitstelematik die Einführung der E-Card unterstützte<sup>245</sup>:

Tabelle 33: Hersteller von Gesundheitstelematik und Arbeitgeber: Der Machtfaktor Kapital (Ö)

<b>Hersteller von Gesundheitstelematik und Arbeitgeber: Der Machtfaktor Kapital</b>
"Die Wirtschaftskammer ist natürlich ein sehr starker Bund, weil sie finanziell potent ist. Und die Wirtschaftskammer führt das große Wort, deshalb (wurde die E-Card eingeführt). (...) Dann hat die Industrie (Hersteller von Gesundheitstelematik) da auch ganz schön viel Geld gezahlt. Aber gut, die haben es ja auch." (Ö07)
"So war immer der Benefit, dass man gesagt hat, diese Aufgabe (Erstellung von Krankenscheinen) fällt für den Dienstgeber weg. Das wurde von denen der Wirtschaft auch selbst beziffert. Und die haben aus diesem Grund ein Startkapital zur Verfügung gestellt. (...) Die IT-Firmen, die haben auf Dienstgeberseite (...) natürlich mit gezahlt. (...) IBM und Siemens haben seiner Zeit sich für diese Inselbetriebe eingesetzt und diese und die Forschung auch finanziert, sozusagen, um zu zeigen, was es für Möglichkeiten gibt." (Ö05)
"In dem Fall war es so, dass sich die kapitalstarken Interessen der Arbeitgeber da durchgesetzt haben. (...) Im Prinzip waren es (...) die größeren finanziellen Mittel, die dort vorhanden sind. (...) Die (Arbeitgeber und Hersteller von Gesundheitstelematik) hatten viel Kapital (...) und haben sich deshalb durchgesetzt." (Ö03)

Neben dem Kapital hatten die Telekommunikations-Hersteller einen deutlichen **Informationsvorsprung** gegenüber politischen Entscheidungsträgern, Patientenvertretern und auch gegenüber vielen Interessenvertretern von Leistungserbringern und Kostenträgern. Die IT-Sprache verstehen nur wenige Experten, das Wissen über technische Spezifikationen besaßen fast ausschließlich die Interessenvertreter der Industrie. Die politischen Entscheidungsträger waren auf das Fachwissen der Experten aus der Industrie angewiesen. Deshalb konnten die Interessenvertreter der Hersteller von Gesundheitstelematik die verschiedenen Interessengruppen und auch die Mitarbeiter im Ministerium sowie Abgeordnete mit gezielten und von Eigeninteressen geleiteten Informationen versorgen. Die politischen Entscheidungsträger berücksichtigten die Informationen/Interessen der Industrie in ihrer Entscheidung, die E-Card einzuführen<sup>246</sup>:

Tabelle 34: Hersteller von Gesundheitstelematik und Arbeitgeber: Der Machtfaktor Information (Ö)

<b>Hersteller von Gesundheitstelematik und Arbeitgeber: Der Machtfaktor Information</b>
"Da hat die Industrie auch einen Informationsvorsprung gehabt, weil die sich einfach im Gegensatz zur Politik und so, gut mit der Technologie auskennen. (...) Es war so, oder es ist bis jetzt natürlich auch so, dass sich die Politik ja der Industrie sehr bedient." (Ö07)
"Und wir haben ständig damals und auch wieder erst jetzt ein Projekt in Österreich gehabt, das von diesen Experten (politische Entscheidungsträger) gegen den Rat von erfahrenen Ärzten durchgezogen wurde und völlig in die Hose gegangen ist. (...) Also damals und heute leider, haben wir nicht mehr einen (...) `mündigen Patienten`, sondern nur noch viele Experten (aus der Wirtschaftskammer), die glauben im Gesundheitssystem mitreden zu müssen und alles viel besser wissen, als die, die seit Jahren Erfahrungen haben. Und die verlocken natürlich auch viel und tun alles Mögliche, damit sie sich da durchsetzen." (Ö08)

<sup>245</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 2.1.1.1

<sup>246</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 2.1.1.2

In Österreich filterten die Interessenvertreter der Telematik-Firmen – wie auch in Deutschland – die Informationen, welche die politischen Entscheidungsträger, sämtliche Interessengruppen im Gesundheitswesen und auch die Bevölkerung erreichten, derart, dass eine breite Diskussion über ein Netzsystem gar nicht erst aufkam. Sie sprachen sich ausschließlich für ein elektronisches Kartensystem aus, weil dieses für sie rentabler ist, als ein Netzsystem (siehe hierzu Kapitel 7.8.2.1).

Die Interviews ergaben weiterhin, dass die Organisationsfähigkeit der Hersteller von Gesundheitstelematik und der Arbeitgeber sehr effektiv war. Innerhalb der eigenen Reihen konnten sie sich äußerst gut organisieren (**interne Organisationskraft**). Unternehmen waren innerhalb der Wirtschaftskammer gut organisiert, hatten eine konvergente Meinung und somit auch ein homogenes Auftreten gegenüber politischen Entscheidungsträgern. "Die (Akteure innerhalb der Wirtschaftskammer) sind sich einig gewesen. Bei der Wirtschaftskammer war das eher unproblematischer (als bei den Ärzten)" (Ö05). Es gab bereits vor und zu Zeiten der Einführung der E-Card wenig Wettbewerb zwischen den Herstellern von Gesundheitstelematik. Die Hersteller arbeiteten effektiv zusammen. "Das waren wenige große Anbieter, die keine große Konkurrenz hatten. Ja, die umfangreichen Vergabeverfahren waren sehr umstritten. Das heißt, man hat da doch viel durch Kontakt mit Politik und Interessenverbänden erreichen können" (Ö01)<sup>247</sup>. Ferner wurden in den Verbänden der Wirtschaft, vor allem in der Wirtschaftskammer speziell Mitarbeiter sehr gut ausgebildet, um später Politikberatung zu betreiben. "Diejenigen, die die Wirtschaft vertreten, sind auch seit Jahrzehnten geschult und haben professionelle, wirklich professionelle Mitarbeiter für sowas (Interessenvertretung gegenüber politischen Entscheidungsträgern)" (Ö08).<sup>248</sup>

Darüber hinaus waren die Interessenvertreter der Wirtschaft bei der Politik und den etablierten Interessengruppen im Gesundheitswesen präsent (**externe Organisationskraft**). Interessenvertreter der Industrie engagierten sich parlamentarisch und außerparlamentarisch und konnten sich deshalb gegenüber anderen Interessengruppen durchsetzen. Hier weisen alle Interviews einen erheblichen Konsens auf<sup>249</sup>:

Tabelle 35: Hersteller von Gesundheitstelematik und Arbeitgeber: Der Machtfaktor externe Organisationskraft – Kontakte zur Politik (Ö)

<b>Hersteller von Gesundheitstelematik und Arbeitgeber: Der Machtfaktor externe Organisationskraft – Kontakte zur Politik</b>
"Schauen Sie, die Wirtschaftskammer ist ja faktisch die österreichische Volkspartei. Also, sie ist eine Regierungspartei seit vielen Jahren (...) Und die Wirtschaftskammer ist natürlich ein sehr starker Bund, (...) sie umstellt sehr viele Minister. (...) Es waren und sind in diesen ganzen Gremien des Gesundheitsministeriums ganz offiziell Vertreter der großen IT-Firmen mit von der Partie. (...) Es ist auch damals vor der E-Card so gewesen, dass die Telematikfirmen da schon mitgesprochen haben." (Ö07)
"Zu diesen faktischen Gegebenheiten zählt auch der Usus, wie wahlwerbende Parteien ihre Listenplätze für die Nationalratswahlen besetzen. Dort werden zum einen die verschiedenen Interessenvertretungen, also (...) Wirtschaftskammer, Landwirtschaftskammer, Industriellenvereinigung (...) und so weiter berücksichtigt, deren Funktionäre oder auch Büroangestellte auf Listenplätze gesetzt werden. (...) Auf diese Weise setzt sich der Nationalrat aus quasi Berufs-Lobbyisten zusammen, die innerhalb der Willensbildung der jeweiligen Fraktion, zum einen die Anliegen der sie entsendenden Interessenvertretung vertreten. (...) Und da die Regierungsmitglieder ebenfalls in vielen Fällen aus National-

<sup>247</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 2.1.1.3

<sup>248</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 2.1.1.3

<sup>249</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 2.1.1.4.1



ratsabgeordneten rekrutiert wurden und werden, beziehungsweise es für bestimmte Ministerien Erbpachten der Interessenvertretungen gibt, zum Beispiel (...) Wirtschaftsminister wird jemand aus der Wirtschaftskammer; Landwirtschaftsminister wird jemand aus der Landwirtschaftskammer (...), spinnt sich das Spinnennetz bis oben hin fort. (...) Klar hatten die (Arbeitgeber und Hersteller von Gesundheitstelematik) viel Kontakt. Das ist aber naturgemäß so. Wenn ich ein Beispiel geben darf. Die damalige Ministerin, die Frau Hostasch Eleonore damals, einer ihrer Kabinettsmitarbeiter ist später dann zu Siemens gegangen. Die Frau Ederer, die bei Siemens, Siemens Deutschland, tätig war, war früher mal Staatssekretärin in einer politischen Partei in Österreich. Also die Wirtschaft in Österreich holt sich oft auch Menschen aus der Politik. Und da unterstelle ich jetzt einmal, dass das einen gewissen Lobbying-Charakter auch haben soll." (Ö05)

"Das waren primär politische Connections. Die Wirtschaftskammer hat politisch bei uns eine nahe Beziehung zur ÖVP, die immer Regierungspartei war und damals auch. Ja und das war die wesentliche Einflussnahme auf politischem Weg. (...) Die (Interessenvertreter der Wirtschaft) haben über ihre politischen Vertreter Druck gemacht, dass diese Krankenscheinverwaltung von ihnen weg kommt." (Ö02)

Neben dem Kontakt zu politischen Entscheidungsträgern aus der Politik und der Verankerung in der Politik, hatten die Interessenvertreter der Wirtschaft äußerst guten Kontakt zu etablierten Interessengruppen im Gesundheitswesen (**externe Organisationskraft**). Vor allem engagierten sie sich im und gemeinsam mit dem HV. Die Einführung der E-Card hat der Hauptverband auf die politische Agenda gebracht. Zuvor arbeiteten Interessenvertreter aus der Wirtschaft intensiv mit denen aus dem Hauptverband zusammen. "Dort (im HV) war die Industrie geradezu gut verankert. Die Sozialversicherung hatte ja EDV. Und da haben sich die Firmen die Hand gegeben, wenn es darum ging, das Rechenzentrum zu starten et cetera, et cetera. Also die einschlägigen Kundenbetreuer, Großkundenbetreuer der Firmen IBM, Siemens, (unv.) und wie sie alle möglichen heißen, die waren bei der Sozialversicherung bestens bekannt. Man kannte sich. (...) Das ist vor allem der (...) ehemalige Generaldirektor der IBM Österreich, (...) der (...) den HV da unterstützt (...) (hat). In diesem Team sozusagen sind da diese Überlegungen zur Karte gemacht worden" (Ö05). Die Zusammenarbeit zwischen Interessenvertretern des Hauptverbandes und der Wirtschaft ging sogar soweit, dass "na ja es gab Schmiergeldzahlung. Aber ich kann Ihnen das jetzt nicht im Detail sagen. (...) Aber das war halt die Diskussion um Schmiergeldzahlungen. Da ging es um die Diskussion, warum gerade die eine Firma und die andere nicht wusste, wie günstig sie das Angebot legen muss, damit sie zum Zug kommt" (Ö08). "Das ist ja immer noch ein bisschen ein beschattetes Kapitel. Also (...) da ist eine unerlaubte Absprache passiert (...) wie sich (...) Vertreter der Firmen, die dann den Auftrag bekommen haben, und Vertreter des Hauptverbandes (...) getroffen haben. Und die haben dann dort dieses Angebot entsprechend zugeschnitten, damit die Firmen auch den Zuschlag bekommen" (Ö07).<sup>250</sup>

Insgesamt kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass die Interessenvertreter der Wirtschaft viele Machtressourcen hatten, die sie geschickt einsetzen konnten. Sie konnten sich angesichts ihrer Machtressourcen durchsetzen. Es wurde bereits behandelt, dass Interessenvertreter der Wirtschaft eng mit denen des HVs zusammenarbeiteten. Die Kostenträger sind demnach auch Befürworter des elektronischen Kartensystems in Österreich. Ob sie sich nur wegen ihres starken Partners aus der Wirtschaft durchsetzen konnten, oder ob sie selbst auch Machtressourcen hatten, die ihre Durchsetzungskraft bedingten, wird im Folgenden behandelt.

<sup>250</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 2.1.1.4.2

### Machtressourcen der Kostenträger – Sozialversicherung und deren Hauptverband

Für die Einführung eines elektronischen Kartensystems in Österreich sprachen sich – wie in Deutschland – die Interessenvertreter der Kostenträger des Gesundheitswesens aus. Allerdings spielte die Sozialversicherung bzw. stellvertretend der HV eine bedeutend stärkere Rolle bei der Einführung des elektronischen Kartensystems, als die Krankenkassen und deren Dachverbände in Deutschland. Das Projekt E-Card "wurde von den Sozialpartnern, also Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretern, die auch die Funktionäre der Selbstverwaltungskörper der Sozialversicherungsträger und des Hauptverbandes stellen, faktisch ins Leben gerufen, indem diese in den Verwaltungskörpern des Hauptverbandes die grundlegenden Arbeiten in Form eines SOLL-Konzeptes durch externe Consultants beauftragt haben" (Ö05). "Also das (E-Card) hat nicht die Politik gefördert, sondern das haben hauptsächlich die von der Sozialversicherung und der Wirtschaftskammer gefördert" (Ö06). Die Idee, ein elektronisches Kartensystem einzuführen, entstand im HV. Die Interessenvertreter im Hauptverband unterstützten die Einführung der E-Card von Anfang an und setzten sich durchgehend stark für die Einführung des Kartensystems ein. Hier weisen alle Interviews einen Konsens auf.<sup>251</sup> Der Grund für das Engagement der Akteure im Hauptverband sind die Interessen der Arbeitnehmer und Arbeitgeber in den eigenen Reihen. "Beide Seiten versprachen sich davon (E-Card) Vorteile. Die Arbeitnehmervertreter, die sind mehrheitlich der SPÖ zuzurechnen. Die wollten zum einen die datenschutzrechtliche Situation der Arbeitnehmer verbessern und zum anderen die Einführung von Kostenbeteiligungen der Versicherten zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung der Unselbständigen verhindern. Und die Arbeitgebervertreter, mehrheitlich der ÖVP zuzurechnen, wollten die Verwaltungskosten der Arbeitgeber bei der Administration der Krankenscheine senken. (...) Mit der E-Card konnte man `sieben auf einen Streich` erlegen. Der Arbeitgeber musste nicht mehr zwangsläufig erfahren, dass sein Arbeitnehmer oder dessen Angehörige zum Arzt gehen wollen. Und die Angehörigen waren nicht mehr auf die Mitwirkung des Versicherten angewiesen, was zum Beispiel bei in Trennung lebenden Ehepartnern problematisch war. Die Arbeitgeber ihrerseits waren von der Administration entlastet und verzichteten deshalb auf die Forderung der Einführung von Selbsthalten für unselbständig Beschäftigte" (Ö05). Die Interessen der Arbeitgeber wurden nicht nur von der Wirtschaftskammer (s. o.), sondern auch von der Sozialversicherung intensiv vertreten.<sup>252</sup> Ein weiterer Beweggrund für das Engagement der Akteure im Hauptverband war, dass "es (...) ja immer die Absicht der Bürokraten der Sozialversicherung (war), selber die Daten zu haben. Die wollen, (...) dass sie selbst was in ihrem Speicher haben" (Ö07). Die Mitarbeiter im Hauptverband hatten die Absicht, durch eine elektronische Verarbeitung von Patienten- und Behandlungsdaten, Leistungserbringer und deren Tätigkeiten besser kontrollieren zu können.<sup>253</sup>

Die Auswertung der Interviews hat ergeben, dass die Interessenvertreter der Sozialversicherung ihre Interessen durchsetzen konnten<sup>254</sup>:

Tabelle 36: Durchsetzungskraft des Hauptverbandes der Sozialversicherung (Ö)

Durchsetzungskraft des Hauptverbandes der Sozialversicherung
"Der politische Hauptgrund war, warum man sich dann etwas anderes überlegt hat und zu dieser E-Card gekommen ist, deren Verwaltung jetzt endlich losgelöst ist vom Arbeitgeber, das war die Sozialversicherung selbst. (Ö02)

<sup>251</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 2.1.2

<sup>252</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 2.1.2

<sup>253</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 2.1.2

<sup>254</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 2.1.2

"Ausschlaggebend (für die Einführung der E-Card) waren die Interessen der österreichischen Sozialversicherung." (Ö01)

"Es ist der Politik (Interessenvertreter des Hauptverbands der Sozialversicherung) mit Druck gelungen, dass die Ärzte große Summen investieren, für einen Nutzen, den die Sozialversicherung abschöpft." (Ö07)

Interessant ist, dass einige Experten die im bzw. für den Hauptverband arbeitenden Personen als Politiker bezeichnen. Dies zeigt, wie stark die Rolle des Verbandes in der politischen Entscheidungsfindung war bzw. ist. Den Grund für die Durchsetzungskraft der Akteure im Hauptverband sehen die Experten darin, dass der Verband "in Österreich (...) ja schon sehr sehr stark (ist)" (Ö08). Dies liegt unter anderem an der **Finanzkraft** des Verbandes<sup>255</sup>:

Tabelle 37: Hauptverband der Sozialversicherung: Der Machtfaktor Kapital (Ö)

**Hauptverband der Sozialversicherung: Der Machtfaktor Kapital**

"Im Prinzip zahlt die Sozialversicherung das (E-Card). Und es gab die einmalige Unterstützung der Wirtschaft damals. Also da ist niemand anders dabei, nichts. (...) Insofern hatte die Sozialversicherung da schon das notwendige Kapital um sich durchzusetzen." (Ö06)

"Ich würde sagen im Prinzip waren es (Gründe für die Durchsetzungskraft des HV) (...) natürlich auch die größeren finanziellen Mittel, die da dort (im HV) vorhanden sind." (Ö03)

Ein weiterer Machtfaktor der Interessenvertreter der Sozialversicherung war das technische Wissen (**Information**), über das die Mitarbeiter im HV verfügten. Das hat die Auswertung der Interviews ergeben. "Ein Teil des technischen Wissens kam von der Bankenseite. Und die von der Bankenseite, waren ja dann im Hauptverband tätig" (Ö06). "Unter Einbeziehung von Nutzeneffekten, die sich also im niedergelassenen Bereich durchaus für die Ärzte dann schlagend wirkten, konnte man (Interessenvertreter des HV) einen Wissens-Case (Expertenwissen) darstellen, der es möglich gemacht hat, dass man gesagt hat, ja man führt das Ganze ein" (Ö05). Hinsichtlich des Wissensvorsprungs gegenüber politischen Entscheidungsträgern und Leistungserbringern, konnten die Interessenvertreter des Hauptverbandes den politischen Entscheidungsträgern glaubhaft machen, dass die Einführung der E-Card sinnvoll ist bzw. ökonomische Nutzeneffekte hat.<sup>256</sup>

Überdies hat sich durch die Auswertung der Interviews herausgestellt, dass die österreichische Sozialversicherung auf Grund ihrer **internen Organisationsstruktur** eine durchsetzungsfähige Interessengruppe war und ist. Es gibt wenig Wettbewerb zwischen den Kostenträgern. "Es ist ja bei uns (in Österreich) anders als in Deutschland ja so, dass es ja viel weniger Versicherungen gibt und dass im Regelfall alle Angestellten eines Betriebs bei der gleichen Versicherung sind" (Ö03). Dadurch, dass es in Österreich keine Möglichkeit gibt, seine Krankenkasse frei zu wählen (siehe Kapitel 3.1.2), standen die Kassen nicht in Konkurrenz um Mitglieder und arbeiteten in vielen Bereichen zusammen. Die Entscheidung, die Kassen durch einen Verband auf Bundesebene – den HV – und nicht durch einzelne Dachverbände zu organisieren, wirkte sich zudem positiv auf die Durchsetzungskraft der Kostenträger aus<sup>257</sup>:

<sup>255</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 2.1.2.1

<sup>256</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 2.1.2.2

<sup>257</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 2.1.2.3

Tabelle 38: Hauptverband der Sozialversicherung: Der Machtfaktor interne Organisationskraft (Ö)

Hauptverband der Sozialversicherung: Der Machtfaktor interne Organisationskraft
"In Österreich gibt es ja nur einen großen Verband, der ist deshalb viel stärker. In Deutschland gibt es ja den GKV-Spitzenverband neuerdings, damals nicht. Aber es gibt noch Dachverbände von allen Unterkassen in Deutschland." (Ö08)
"Wir haben einen gewaltigen Unterschied zu Deutschland. Wir haben ja einen Dachverband der Sozialversicherungen und wir haben nicht so viele kleine Verbände. Die stehen untereinander in keinem Konkurrenzverhältnis hier. Das ist nicht so wie in Deutschland, wo es verschiedene Gebietskrankenkassen, Privatkassen oder wie auch immer gibt, von der AOK angefangen. Sondern wir haben hier ganze abgesteckte Gründe zwischen den einzelnen Sozialversicherungen, Krankenversicherungen. Und dadurch war es (E-Card) sozusagen der Wunsch der Versicherungen gemeinsam." (Ö06)

Ferner sind im HV Interessenvertreter der Arbeitnehmer bzw. Gewerkschaften und gleichzeitig auch der Arbeitgeber, sprich der Wirtschaftskammer, vertreten. "Die österreichische Sozialversicherung ist von ihrer Spitze her ja von Gewerkschaft und Wirtschaft gesteuert" (Ö05). Dadurch sind durch den institutionellen Aufbau des Hauptverbandes sämtliche politische Lager abgedeckt. Der HV kann durch seine interne Struktur den konservativen und den sozialdemokratischen Parteien zugeordnet werden. Das bedeutet, wenn sich die Akteure im Hauptverband intern einig sind – und "die (Akteure innerhalb des HV) sind sich einig gewesen" (Ö05) – ist es entsprechend leicht, die politischen Entscheidungsträger innerhalb der Regierung zu überzeugen. Denn die ideologische Überzeugung der Parteien kann grob entweder den Interessen der Arbeitnehmer (eher SPÖ-nah) oder den Interessen der Arbeitgeber (eher ÖVP- und FPÖ-nah) zugeordnet werden. Beide Parteien – SPÖ und ÖVP – stellten zu Zeiten der Einführung der E-Card die Regierung. "Wären die Beiden (Interessenvertreter der Arbeitnehmer und der Arbeitgeber) nicht dahinter gestanden, hätte es die E-Card nie gegeben" (Ö05).<sup>258</sup>

Ein weiterer Vorteil des Hauptverbandes war, dass einzelne Akteure bzw. Personen innerhalb der Sozialversicherung besondere Rollen in der politischen Diskussion zur Einführung der E-Card einnahmen (ausführlich in Kapitel 7.7.2). An dieser Stelle ist das von Bedeutung, da diese Personen konstruktiv zusammenarbeiteten. Zum Beispiel wurde "mit Parlamentariern und Hauptverband eine Großveranstaltung gemacht, bei der man also dann das Ganze (das Projekt E-Card) vorgestellt hat. Das hat natürlich Sallmutter (Präsident und Vorstandsvorsitzender des Hauptverbandes 1997-2001) eingeleitet, moderiert hat es dann der Mandl (Leitender Mitarbeiter aus dem Bereich IT/EDV des Hauptverbandes). (...) Also das war auch ein bisschen Zusammenarbeit zwischen den Beiden" (Ö05). Die gute Zusammenarbeit innerhalb des Verbandes – sei es zwischen einzelnen Personen in Spitzenpositionen oder zwischen Gewerkschaftsvertretern und Interessenvertretern der Wirtschaftskammer – sowie das geschlossene Auftreten der Kassen nach außen hin – vertreten durch den HV – bedingten die Durchsetzungskraft der Kostenträger.<sup>259</sup>

Hinzu kommt, dass "die (parlamentarischen) Kammern und Länder auch die Gremien der Sozialversicherungsträger und des Hauptverbandes beschicken." Dadurch "haben Sie eine starke politische Verflechtung zwischen Gesetzgebung und Verwaltung" (Ö05).<sup>260</sup> Die interne und externe Organisation des HV ist und war demnach fließend. Es existiert und existierte eine

<sup>258</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 2.1.2.3

<sup>259</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 2.1.2.3

<sup>260</sup> Der Beleg hierzu findet sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 2.1.2.3

starke politische Verflechtung zwischen dem Hauptverband und den parlamentarischen sowie außerparlamentarischen Entscheidungsträgern, die sich in der internen Organisation des Hauptverbandes, aber auch in dessen **externer Organisation** zeigt und zeigte. "Die Funktionen (...) rotieren. Das heißt, dass zum Beispiel frühere Funktionäre des Hauptverbandes später Nationalratsabgeordnete werden oder geworden sind und umgekehrt" (Ö05).<sup>261</sup> Die Interessensvertreter des HV waren parlamentarisch und außerparlamentarisch sehr präsent. Wegen dieser Nähe zu politischen Entscheidungsträgern konnten sie diese Entscheider von ihren Interessen überzeugen. Hier weisen alle Interviews einen erheblichen Konsens auf<sup>262</sup>:

Tabelle 39: Hauptverband der Sozialversicherung: Der Machtfaktor externe Organisationskraft (Ö)

Hauptverband der Sozialversicherung: Der Machtfaktor externe Organisationskraft
"Da gab es starke Kontakte (zu parlamentarischen und außerparlamentarischen politischen Entscheidungsträgern)" (Ö02).
"Ich würde sagen im Prinzip waren es (Grund für die Durchsetzungskraft des HV) die besseren Kontakte zu den Entscheidungsgremien in der Politik. (...) Also die Sozialversicherung war damals der starke Akteur (...) Im Ministerium und so weiter hat man das (Politikberatung/Lobbying) auch gemacht." (Ö03)
"Die Regierung hat das eingeführt, weil die Sozialversicherung natürlich relativ potent da mit Kontakten in der österreichischen Politik ist. (...) Die Sozialversicherung hatte den meisten Einfluss auf die Politik. Absolut, ja das ist in dem Zusammenhang keine Frage." (Ö01)

Es wurde des Weiteren mit anderen etablierten Interessengruppen im Gesundheitswesen kommuniziert (**externe Organisationskraft**). Die Interessensvertreter "von der Sozialversicherung (...) (sind) von Interessenvertretung zu Interessenvertretung gelaufen" (Ö07). Sie suchten den Kontakt zu den Interessenvertretern der ÖÄK.<sup>263</sup> Die intensive Zusammenarbeit zwischen dem HV und den Akteuren aus der Industrie bzw. der Wirtschaftskammer wurde bereits ausführlich in diesem Kapitel (s. o.) analysiert und wird deshalb an dieser Stelle nicht weiter belegt. Fakt ist, dass die externe Organisation der Kostenträger ein Machtfaktor war, der für die Durchsetzungskraft der Kostenträger mitverantwortlich war.

Die Auswertung der Interviews hat ergeben, dass von allen etablierten Verbänden im Gesundheitswesen die Kostenträger, bzw. vor allem der HV, "die Sozialversicherung am stärksten" ist und war (Ö05).<sup>264</sup> Die Interessensvertreter des Hauptverbandes konnten sich auf Grund ihrer Machtressourcen durchsetzen. Auch die Hersteller von Telematiksoft- und -hardware sowie die Arbeitgeber im Allgemeinen waren starke Akteure bei der Einführung der E-Card. Die Machtressourcen der Interessensvertreter des HV änderten sich nicht bedeutend. Die Akteure des Hauptverbandes galten auch viele Jahre vor der Einführung der E-Card bereits als starke Interessengruppe (siehe Kapitel 3.2). Allerdings haben sich Machtfaktoren dahingehend geändert, dass sich die Interessensvertreter der Hersteller von Gesundheitstelematik im Gesundheitswesen engagierten. Somit konnten die Repräsentanten des HV gemeinsam mit den Interessenvertretern der Hersteller und der Arbeitgeber bzw. der Wirtschaftskammer starke Machtressourcen generieren, welche die Durchsetzungskraft der Befürworter erleichterten und bedingten. Dementsprechend hatten es die seit jeher starken Interessensvertreter der So-

<sup>261</sup> Der Beleg hierzu findet sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 2.1.2.4

<sup>262</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 2.1.2.4

<sup>263</sup> Die guten Kontakte der Interessensvertreter des HV zu den Funktionären bzw. Entscheidungsträgern der Ärztekammer werden im folgenden Kapitel (Kapitel 7.2.2.2) genauer thematisiert.

<sup>264</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 2.1.2

zialversicherung bei der Einführung der E-Card noch leichter – im Vergleich zu anderen Reformen im Gesundheitswesen – ihre Interessen durchzusetzen.

### 7.2.2.2 Gegner mit geringen Machtressourcen

Im Folgenden wird analysiert, ob sich die Gegner des elektronischen Kartensystems wegen ihrer fehlenden Machtressourcen nicht durchsetzen konnten. Dazu wird zuerst die Interessengruppe, die sich gegen ein solches System aussprach, sowie die Gründe für deren Haltung kurz vorgestellt. Anschließend werden die Machtfaktoren der Interessengruppe dargestellt und analysiert, ob die Gegner sich auf Grund ihrer geringen Machtressourcen nicht durchsetzen konnten. Als Gegner des elektronischen Kartensystems wurde der Großteil der Ärzteschaft identifiziert.

Wie in Deutschland, gab es auch in Österreich "damals in den Kreisen der Ärzteschaft eher ablehnende Haltungen zur Einführung" der E-Card (Ö01). "Da hat es größte Widerstände von Seiten der Ärzte gegeben. (...) Die Ärzte schreien jetzt noch, das wäre unzumutbar, was da auf die Ärzte zukommt" (Ö04). Der Anlass für diese ablehnende Haltung war, dass die Einführung des E-Card-Systems "für die Ärzte (...) sozusagen ein plötzlicher zwangsweiser Aufwand, ein ungeplanter Aufwand (war). Der hat eine Menge Arbeitszeit, Beschäftigung und Geld gekostet und das, ohne primär für die Ärzte einen Vorteil zu bringen. Das hat der Wirtschaft einen Vorteil gebracht. Die haben Arbeit abgegeben. Die Ärzte haben mehr Arbeit dadurch bekommen. Sie haben Aufwand sozusagen für die Investitionen in Hard- und Software gehabt. Und sie haben einen Aufwand gehabt durch Zeit, weil sie sich damit beschäftigen mussten. Es kostet bis heute noch immer manchen ein bisschen mehr Zeit mit der Karte, als mit dem Krankenschein" (Ö08).<sup>265</sup> "Das war natürlich auch die Angst bei der Ärzteschaft, wenn die E-Card kommt, dass die Leute dann sofort zum Facharzt, Spezialisten rennen, sofort, direkt. Und die haben befürchtet, dass die Allgemeinmediziner dann übergangen werden" (Ö07). Durch die Einführung der E-Card mussten sich die Patienten keine Überweisung mehr vom Haus- an den Facharzt geben lassen. Sie konnten sofort und ohne den Hausarzt zu kontaktieren zum Facharzt gehen und sich von ihm behandeln lassen. Ein weiterer Grund für die negative Haltung gegenüber der Einführung der E-Card war "das Misstrauen (des Großteils der Ärzteschaft) gegenüber den Krankenkassen, das war das Misstrauen darüber, auf das Kreuz gelegt zu werden. Das Misstrauen war, nicht auf Augenhöhe von den Leuten gesehen zu werden. Man (Großteil der Ärzteschaft) hat befürchtet, dass man keine fairen Verträge bekommt" (Ö06). Allein die Tatsache, dass die Interessenvertreter der Sozialversicherung die Idee zu Einführung der elektronischen Karte hatten, reichte aus, dass die Ärzteschaft negativ gegenüber der E-Card eingestellt war und ist. Ein weiterer Grund für den Widerstand der Ärzteschaft, "wovor man (Ärzte) am meisten Angst hatte war, dass man selber so kontrollierbar wird" (Ö06). Wie auch die Ärzteschaft in Deutschland, befürchteten die Ärzte in Österreich, dass zukünftig mit Hilfe der Karte Daten gespeichert werden könnten, die dann den Kostenträgern bzw. dem HV zur Verfügung stehen könnten. Sie befürchteten, vom Hauptverband kontrolliert zu werden und das obwohl anfänglich eine Speicherung von medizinischen Daten nicht Teil der politischen Diskussion war.

Letztendlich konnte die Ärzteschaft ihre Interessen nicht durchsetzen. "Die Ärzte haben alle ein, man kann sagen Trauma durch die Einführung der E-Card erlitten, weil die (politischen Entscheidungsträger) einfach über die drüber gefahren sind" (Ö08). "Es gibt geradezu einen Ausschließungsgrund hier (als Arzt), an offizieller Stelle mitreden zu können, weil man Kompetenz hat im Sinne von `Arzt gewesen zu sein`, `Berufserfahrung zu haben`. (...) In den gan-

<sup>265</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 2.2.1

zen Entscheidungsgremien sind Ärzte wirklich Kulisse" (Ö07).<sup>266</sup> Insgesamt war "der Einfluss der Ärzteschaft gering" (Ö05). Die Ärzteschaft konnte sich wegen ihrer geringen Machtressourcen nicht durchsetzen. "Diese Machtverschiebungen (zum Nachteil der Ärzteschaft) existieren. Es wird ja oft in Österreich von der Abschaffung der Ärztekammern von manchen Politikern gesprochen" (Ö07). Die seit je her als standhaft geltende Ärzteschaft verlor an Durchsetzungskraft.<sup>267</sup>

Für diesen Machtverlust der Ärzte spricht die Tatsache, dass die befragten Experten den Ärzten nicht viel **Kapital** zusprechen, bzw. sie das Kapital in Zusammenhang mit der Durchsetzungsfähigkeit der Ärzteschaft bei Einführung der E-Card nicht nennen. Ein befragter Experte betont sogar explizit, dass die Ärzte "nicht allzu viel Geld in die Hand" nehmen würden "für diese Sachen (Durchsetzung ihrer Interessen bei Einführung der E-Card). Also von daher funktioniert das (Durchsetzung der Interessen der Ärzteschaft) so nicht" (Ö05)<sup>268</sup>. Angesichts dieser Aussage und weil alle anderen Experten es nicht für nötig halten das Kapital der Ärzteschaft als deren Machtfaktor in Zusammenhang mit der Einführung des Kartensystems zu nennen, wird davon ausgegangen, dass das Kapital keine ausschlaggebende Machtressource der Ärzteschaft bei der Diskussion um die Einführung der E-Card war.

Die große Mehrheit der Experten ist sich zudem einig, dass die Interessenvertreter der Ärzteschaft nicht die nötigen IT-Kenntnisse (**Information**) vorweisen konnten. Diese hätten sie gebraucht, um sich politisch durchzusetzen<sup>269</sup>:

Tabelle 40: Ärzteschaft: Der Machtfaktor Information (Ö)

<b>Ärzteschaft: Der Machtfaktor Information</b>
"Das technische Verständnis hatten damals alle innerhalb der österreichischen Ärztekammer nicht. Sie dürfen nicht vergessen, das war eine Zeit, in der das Wissen um Computer und IT und so weiter noch nicht so weit war, wie heute. (...) Niemand in der Ärztekammer wusste, was darf er, was darf er nicht, was tut er, was tut er nicht." (Ö06)
"Da sind die Vertreter der Ärzteschaft wirklich in der Frage (IT-Kenntnisse) nur normaler Patient oder Staatsbürger." (Ö02)
"Sie müssen einen Arzt, der ein technisches Problem hat, auch an der Hand nehmen und ihm Hilfe geben. (...) Die hatten keine IT-Kompetenz in der Ärztekammer. Das Schlimmere ist, dass die heute auch noch keine richtige IT-Kompetenz haben. Oder sie haben sie nicht in dem Maße, wie sie es brauchen würden (um sich durchzusetzen)." (Ö05)

Daneben konnte sich die Ärzteschaft **intern** nicht gut **organisieren**. Grund dafür war – wie in Deutschland – dass die Ärzteschaft eine Interessengruppe mit sehr heterogenen Interessen ist. "Es gibt einmal grundsätzlich den niedergelassenen und den stationären Bereich, also Spitäler und niedergelassene Ärzte. Dann gibt es Allgemein- und Fachärzte, dann gibt es Kassenärzte und Privatärzte. (...) Und die Ärzte haben aus der jeweiligen Position oft ganz unterschiedliche Interessen. (...) Und es ist schwer, da wirklich sozusagen einen Standpunkt zu finden. (...) Die Funktionäre der Ärztekammer haben leider in den eigenen Reihen Ordnung zu halten. Nur es ist halt auch schwierig, weil sie (verschiedene Ärzte) von den Interes-

<sup>266</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 2.2.1

<sup>267</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 2.2.1, sowie unter IE Österreich 2.2.1.1 bis 2.2.1.5

<sup>268</sup> Der Belege hierzu findet sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 2.2.1.1

<sup>269</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 2.2.1.2

sen und Wünschen und Meinungen und so weiter so heterogen sind. Das ist halt das Schwierige gewesen und auch heute noch" (Ö08).<sup>270</sup>

Darüber hinaus vertraten die Akteure in der Bundesärztekammer und die in den Landesärztekammern jeweils unterschiedliche Interessen. Auch die Basis der Ärzteschaft hatte und hat – ähnlich wie in Deutschland – andere Interessen als die Spitzenfunktionäre der Ärztekammer auf Bundesebene. Während die große Mehrzahl – bzw. die Basis – der Ärzte gegen ein elektronisches Kartensystem war und ist, entschieden sich die Spitzenvertreter der ÖÄK für ein solches System<sup>271</sup>:

Tabelle 41: Ärzteschaft: Der Machtfaktor interne Organisationskraft (Ö)

<b>Ärzteschaft: Der Machtfaktor interne Organisationskraft</b>
"Die Standesvertretung und die Repräsentanten der Ärzteschaft hatten und haben schon eine große Distanz zur Basis. (...) Es war da ein Riss in der österreichischen Ärztekammer, nicht nur zwischen Bundesländergrenzen, auch zwischen der Spitze und der Basis." (Ö07)
"Wien war strikt dagegen, aber der Rest von Österreich war eher dafür. Da waren sich alle so ein bisschen uneinig bei den Ärzten. Natürlich waren da ein Haufen Individualisten da. Jeder hatte seine eigenen Erfahrungen und wusste es besser. Aber die Funktionäre der Ärztekammer haben sich dann einstimmig entschieden es (E-Card) umzusetzen. (...) Sie dürfen nicht vergessen, die größten Feinde, die die Stakeholder der Ärztekammer hatten, die eigentlich der Meinung waren, die E-Card dürfte nicht passieren, die hatten sie nicht auswärts, sondern in den eigenen Reihen, also bei den Ärzten. Die (Ärzte) haben ihre Funktionäre also alle verdächtigt, sie seien mit der Industrie im Bandel, sie seien bezahlte Funktionäre von der Industrie." (Ö06)
"Das ist in der Ärztekammer so, (...) dass viele Mitglieder sich nicht mit ihren Interessen repräsentiert fühlen. (...) Das ist im Ergebnis gar nicht so leicht, weil sie (politische Entscheider) haben bei Verhandlungen mit der Ärztekammer als Gegenüber jetzt nicht eine konsolidierte Meinung einer Kammer, sondern Einzelmeinungen von Funktionären, die in der Landeskammer mit winken (mit reden). (...) Die Ärztekammer ist da innerhalb ihrer Strukturen nicht so einig gewesen. (...) Da hat sogar der damalige Ärztekammerpräsident für die elektronische Gesundheitsakte mit gestimmt. Und nachher ist er dann zur Presse gegangen und war dagegen. Also das ist eine gewisse Schizophrenie in dem Ganzen dann drinnen." (Ö05)

Der Grund für die positive Haltung der Spitzenfunktionäre zur E-Card ist die Tatsache, dass die Interessenvertreter des HV ihnen Mitspracherechte und eine finanzielle Unterstützung versicherten (mehr dazu im Folgenden unter externe Organisation bzw. im Anhang unter IE Österreich 2.2.1.4).

Ferner waren die Standesvertretungen mit ihrer Arbeit überfordert. Denn es gab nicht, wie in der Industrie bzw. in der Wirtschaftskammer Personen, die eigens für die Interessenvertretung zum Thema E-Card eingesetzt wurden. Für die Entscheidungsträger der Ärzteschaft war die Diskussion um die elektronische Karte "eine von vielen Entscheidungen" (Ö06). "Diejenigen, die die Wirtschaft vertreten (...) haben professionelle Mitarbeiter für sowas (Interessenvertretung gegenüber politischen Entscheidungsträgern), das haben die Ärzte zum Beispiel nicht. Sondern für die, jeder Ärztekammerfunktionär macht das im Wesentlichen freiwillig in seiner Freizeit, zusätzlich zu seinem Job, aber nicht hauptberuflich" (Ö08).<sup>272</sup>

<sup>270</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 2.2.1.3

<sup>271</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 2.2.1.3

<sup>272</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 2.2.1.3



In Österreich gründeten sich – wie auch in Deutschland – verschiedene Initiativen und Verbände, welche sich intensiv gegen das nationale elektronische Kartensystem einsetzten und noch immer einsetzen. Diese Interessengruppen arbeiteten nicht mit der Ärztekammer zusammen, sondern vertraten lautstark andere Interessen.<sup>273</sup>

Die schlechte interne Organisationskraft der Ärzteschaft führte dazu, dass diese Interessengruppe die Einführung der E-Card nicht verhindern konnte. Es gab keine Einigkeit und Zusammenarbeit zwischen Bundesärztekammer und Landesärztekammern, zwischen der Basis und Spitzenfunktionären der Kammern und auch zwischen Haus- und Fachärzten.

Die große Mehrheit der Experten ist der Meinung, dass speziell die Spitzenfunktionäre der ÖÄK parlamentarisch und außerparlamentarisch äußerst präsent waren (**externe Organisationskraft**). Sie hatten und haben sehr gute Kontakte zu den Parteien – speziell zur ÖVP. Diese guten Kontakte führten dazu, dass die parlamentarischen Entscheidungsträger den Repräsentanten des HV die Aufgabe gaben, sich mit den Funktionären der Ärztekammer zu einigen. Diese Einigung war die Bedingung für die Einführung des Gesetzes. Die Interessenvertreter des HV – von denen der Gesetzentwurf zur Einführung der E-Card erarbeitet wurde – mussten sich somit mit den Interessenvertretern der ÖÄK einigen. Die Einigung erfolgte, bevor das Thema E-Card innerhalb der Ärztekammer diskutiert wurde, bzw. bevor es einen internen Meinungsbildungsprozess innerhalb der Ärzteschaft zu dem Thema gab. Somit arbeiteten die Funktionäre der ÖÄK mit den Interessenvertretern der Sozialversicherung zusammen (**externe Organisationskraft**). Die Interessenvertreter der Ärztekammer stimmten dem Gesetz zu, ohne zuvor einen internen Meinungsbildungsprozess innerhalb der Ärzteschaft vollzogen zu haben. Die Ärzteschaft wurde sozusagen aus der politischen Diskussion ausgeschlossen, während die Funktionäre der ÖÄK beteiligt waren. Die Funktionäre der Ärztekammer stimmten der Einführung der E-Card zu. Sie taten dies aber nicht ohne Gegenleistungen bzw. Eingeständnisse der Interessenvertreter des HV. Sie sicherten sich innerhalb der Verhandlungen mit den Akteuren der Sozialversicherung Mitspracherechte bei der Einführung des elektronischen Kartensystems zu (z. B. Teilhabe an der Peering Point Gesellschaft/PPG als Basisnetzwerk für das E-Card-System bzw. ELGA<sup>274</sup>) und Kapital in Form von Anschubfinanzierung<sup>275</sup>.

Tabelle 42: Ärzteschaft: Der Machtfaktor externe Organisationskraft (Ö)

<b>Ärzteschaft: Der Machtfaktor externe Organisationskraft</b>
<p>„Die Ärztekammer ist natürlich auch durch alle Parteien organisiert. Und durch diese Nationalratsabgeordneten haben sie natürlich auch Einfluss auf das, was passiert. Jetzt auf Regierungsebene. (...) Die ÖVP hat natürlich damals (...) (einen) Ärztekammervertreter in ihren Reihen sitzen gehabt. Und der ist auch der Gesundheitssprecher immer gewesen für die ÖVP. Der hat natürlich eine gewisse Machtstellung und konnte auch verhindern, dass etwas kommt. Das war ja der Grund, warum den Entscheidungsträgern im Hauptverband der Sozialversicherung ausgerichtet wurde, sie bekommen maximal zuerst eine Bestimmung gesagt: `Ihr müsst euch erst mit der Ärztekammer einig werden`. Aber sobald die Einigung mit der Ärztekammer da war, hat die Politik das alles gemacht. Dann war dieser Widerstand auch weg. (...) Das war ein vorgelagerter Prozess, bei dem man noch gar keine gemeinsame Einigung innerhalb der Ärztekammer gesucht hat. (...) Und das Zweite war aber dann die fiskale Komponente. Was bekomme ich als Ärztekammer da dafür? (...) Die Ärztekammer hat sich dort einen gewissen Posten gesichert, die Einführungs-Anschub-Finanzierung sozusagen. Die</p>

<sup>273</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 2.2.1.3

<sup>274</sup> Die PPG ist eine 50:50 Tochtergesellschaft des HV und der ÖÄK und wurde am 22. Dezember 2004 gegründet. Ziel der Gesellschaft ist die Vermarktung des Gesundheits-Informations-Netzes (GIN) und des Peering Point als das Basisnetzwerk für die sichere Kommunikation zwischen den Teilnehmern im Gesundheitswesen wie Ärzten, Krankenanstalten, Apotheken, Heimen u. a. (PPG, 2014).

<sup>275</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 2.2.1.4

haben sie ausverhandelt. Die haben sie dann auch bekommen. (...) Und gewisse Mitspracherechte bei der Weiterentwicklung der Karte haben sie verhandelt und bekommen.“ (Ö05)

„Die Funktionäre der Ärztekammer waren immer mit dabei an der Politik. Da war immer der Kontakt da. (...) Die Versicherung war nie allein. (...) Weil die Entscheidungsträger in der Ärztekammer hatten eigentlich in dieser Zeit eine sehr sehr gute Beziehung zur Politik und den Leuten in der Sozialversicherung. (...) Und so hatten sie eine tolle Gesprächsbasis mit der Sozialversicherung. Und sie waren bereit in gemeinsamen Schritten aufeinander zuzugehen. (...) Das musste geheim gehalten werden. Weil, wäre ruchbar geworden, dass die Entscheidungsträger in der Ärztekammer mit der Versicherung eine gemeinsame Sache machen, dann hätte man sie gelyncht auf der Ärzteseite. Das heißt, rein praktisch gesehen, ist die Sozialversicherung zwar ein Partner, aber auch immer ein Gegner, weil es um Honorare und um das Geld geht.“ (Ö06)

„Sie müssen wissen, dass in Österreich, je höher der Funktionär der Ärztekammer ist, desto enger ist seine Bindung an eine Partei. (...) Es sind ja von den Ärzten nur die Funktionäre von der Kammer eingebunden worden, sonst niemand. (...) Die Verantwortlichen waren in den höheren Ämtern und ganz nah bei den Parteien. Und die haben sich da wirklich vor den Karren spannen lassen.“ (Ö07)

Lediglich die Funktionäre der ÖÄK waren in den Entscheidungsprozess zur Einführung der E-Card eingebunden und lediglich sie hatten gute Kontakte zu politischen Entscheidungsträgern in der Politik und im HV. Diese Interessenvertreter der Ärzteschaft setzten alles daran, die guten Kontakte und die Kooperationen mit den Entscheidungsträgern im HV geheim zu halten. Demnach verwundert es nicht, dass die Mehrzahl der Experten der Meinung ist, dass die "Ärzte da (in den politischen Entscheidungsprozess) nicht so eingebunden waren, wie sie das gerne (gehabt) hätten“ (Ö02).<sup>276</sup>

Mit anderen Interessengruppen im Gesundheitswesen – als den Interessenvertretern des HV – (**externe Organisation**) arbeiteten die Ärzteschaft und auch die Funktionäre der ÖÄK nicht zusammen. Jedenfalls nennt keiner der befragten Experten solche Kontakte in Zusammenhang mit der E-Card.

Die Meinungsbildung innerhalb der Ärzteschaft zur E-Card begann erst nach der Einigung zwischen leitenden Mitarbeitern im HV und den Funktionären der ÖÄK. Einer der Experten erwähnt, dass – nach der Meinungsbildung innerhalb der Ärzteschaft – einige Ärzte ihre Arbeitsniederlegung androhten (**Kampfkraft** bzw. **Androhung von Leistungsverweigerung**). Das elektronische Kartensystem wurde dennoch eingeführt und manche der praktizierenden Ärzte legten daraufhin ihre Arbeit nieder. Die Arbeitsniederlegung und die Androhung der Arbeitsniederlegung waren keine Machtfaktoren der Ärzteschaft, die Auswirkungen auf die politischen Entscheidungsträger und damit auf die Einführung der E-Card hatten.<sup>277</sup> Dies beweist einmal mehr den geringen Einfluss der Ärzteschaft in Bezug auf die Einführung des elektronischen Kartensystems.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass die Interessengruppe der Ärzteschaft kaum Machtressourcen besaß. Sie stellte weder Kapital zur Verfügung, noch hatte sie das nötige technische Wissen bzw. einen Informationsvorsprung gegenüber anderen Interessengruppen. Die interne und externe Organisationsfähigkeit kann zudem als unproduktiv bezeichnet werden. Lediglich die Funktionäre der ÖÄK hatten gute Kontakte zu Entscheidungsträgern im HV und in den Parteien. Diese Kontakte stellten sich nicht als positiv für die Ärzteschaft heraus, da sich die Funktionäre der Ärztekammer in den Verhandlungen für die Einführung der E-Card entschieden, während der Großteil der Ärzteschaft gegen das elektronische Kartensystem

<sup>276</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 2.2.1.4

<sup>277</sup> Der Beleg hierzu findet sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 2.2.1.5

war. Die Ärzteschaft konnte sich wegen ihrer geringen Machtressourcen nicht durchsetzen. Die Interessenvertretung der Industrie mit ihren starken Machtressourcen schwächte durch ihr Engagement im Gesundheitswesen die Durchsetzungsfähigkeit der Ärzteschaft. Die starken Machtressourcen des HV und der Wirtschaftskammer sind ausschlaggebend für deren Durchsetzungskraft. Auch die effektive Zusammenarbeit zwischen den Entscheidungsträgern aus dem Hauptverband und den Funktionären der Ärztekammer, wirkte sich für den Hauptverband positiv aus.

Neben den Kostenträgern und den Ärzten agieren weitere etablierte Interessengruppen im österreichischen Gesundheitswesen. Sie dürfen auf Grund ihrer Präsenz im Policy-Feld nicht vernachlässigt werden. Allerdings beteiligten sich diese Akteure nicht oder wenig an der politischen Diskussion. Sie waren deshalb nicht ausschlaggebend für die Einführung der E-Card. Im Folgenden werden sie kurz vorgestellt und ihre untergeordnete Rolle im Entscheidungsprozess knapp begründet.

### 7.2.2.3 Weitere Interessengruppen im Gesundheitswesen

#### Pharmaindustrie und Arzneimittelhersteller

In Österreich werden die Pharmaindustrie und die Arzneimittelhersteller durch Pharmig – Verband der Pharmazeutischen Industrie Österreichs vertreten. Dieser Verband beteiligte sich nicht an der politischen Diskussion zur Einführung der E-Card. In der Email vom 12.09.2014 des Pharmig heißt es: "Wir konnten ... keine Unterlagen finden, wonach sich die Pharmig ... damals an dem Begutachtungsverfahren beteiligt hat. Über die Motive darüber können wir Ihnen leider keine Auskunft erteilen; da der nunmehr tätige Generalsekretär `erst` seit 2004 tätig ist" (siehe Email des Verbandes bzw. **Anhang 14**). Da sich der Verband als Interessenvertreter der Pharma- und Arzneimittelindustrie Österreichs nicht an der politischen Diskussion zur Einführung der E-Card beteiligte – und zudem keine bei Pharmig tätigen Mitarbeiter herausfinden konnten, woran dies liegen könnte – kann davon ausgegangen werden, dass sich die Pharma- und Arzneimittelfirmen von der Einführung der elektronischen Karte nicht ausreichend betroffen fühlten. Mittlerweile "im Rahmen des Begutachtungsverfahrens zur Elektronischen Gesundheitsakte ELGA (ELGA-Gesetz) hat die Pharmig in ihrer Stellungnahme nur kurz auf die geplante Einführung von ELGA Bezug genommen, nämlich dass es grundsätzlich positiv zu sehen ist, wenn Möglichkeiten geschaffen werden, die helfen, die vorhandenen Mittel besser einzusetzen." (siehe Email des Verbandes bzw. **Anhang 14**) Demnach steht der Verband Gesundheitstelematik positiv gegenüber, leistete aber weder vor noch nach der gesetzlichen Einführung der E-Card einen bedeutenden politischen Beitrag zur Einführung eines elektronischen Kartensystems in Österreich.

#### Krankenhausträger

Die Hälfte der Krankenhäuser in Österreich wird über die Landesgesundheitsfonds finanziert. Diese Fonds werden aus Mitteln des Bundes, der Länder und Gemeinden sowie der Sozialversicherung bezahlt. Ferner werden Leistungen für Sozialversicherte – für die eine Leistungspflicht der GKV besteht – in privaten Spitälern aus dem Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF) finanziert. Der PRIKRAF wird aus Sozialversicherungsmitteln bezahlt. Die restlichen Krankenhäuser sind Rehabilitationszentren oder Einrichtungen für chronisch Kranke. Somit sind die Sozialversicherung, der Bund, die Länder und Gemeinden gemeinsam die Träger der Krankenhäuser (Landesgesundheitsfonds) (Gesundheitsportal Österreich, 2013). In Kapitel 7.2.2.1 wurde bereits ausführlich dargestellt, dass die Interes-

senvertreter der Sozialversicherung Befürworter der E-Card sind und waren. Die Haltung der Akteure aus dem Bund und den Ländern wird in Kapitel 7.3 und 7.4 diskutiert.

### **Apotheker**

Neben den Interessenvertretern der Pharmaindustrie beteiligte sich die Apothekerschaft nie intensiv an der politischen Diskussion zur Einführung der E-Card. Die Mehrzahl der befragten Experten führt die Apothekerschaft im Rahmen der Einführung der E-Card nicht an. Lediglich einer der Experten bringt die Apotheker im Zusammenhang mit der Einführung der Karte vor, betont dabei aber, dass sich die Interessenvertreter der Apotheker nicht an der politischen Diskussion zur Einführung der E-Card beteiligten. Die Apotheker waren keine Interessengruppe, welche durch die Einführung der E-Card – als Krankenscheinersatz – betroffen war.<sup>278</sup>

### **Pflegeberufe**

Die Auswertung der Interviews hat weiterhin ergeben, dass sich die Pflegeberufe grundsätzlich aus der politischen Diskussion zur Einführung der E-Card heraushielten. Die Gründe dafür waren, dass zum einen "im Pflegebereich (...) eine Interessenvertretung (fehlte)" (Ö05). Zum anderen beteiligten sie sich nicht, "weil es für die auch bis heute großteils keine echten Anwendungsfelder mit der E-Card gibt" (Ö02). Außerdem setzten sich die Interessenvertreter der ÖÄK dafür ein, dass innerhalb der Leistungserbringer die Interessenvertreter der Kammer "das Argumentationsmonopol haben" (Ö05).<sup>279</sup>

### **Patienten und Verbraucher**

Darüber hinaus beteiligte sich die Patientenrechtschaft nicht an der Diskussion über die Einführung der E-Card, "weil man gesagt hat, die E-Card ist ein Ersatz für den Krankenschein und erfüllt dieselben Kriterien, wie der Krankenschein davor. Damit hatte das für die Patienten keine Veränderung" (Ö06). "Also das ist wirklich fernab der Patienten passiert. Erst viel später, als man dann eben versucht hat, die ELGA zum Beispiel, die elektronische Gesundheitsakte mit dem Gesundheitstelematikgesetz zu diskutieren, also ab 2007, ist man dann auch aktiv von den Entscheidungsträgern aus auf Patienten zugegangen und hat mit ihnen solche Systeme diskutiert. Aber davor, also vor 2006, 2007, hat es eigentlich eine Patientenbeteiligung in dem Sinn gar nicht gegeben. (...) Das hängt mit der Struktur zusammen. In Österreich gab es keinen Bundesverband für Patienten. Es hat zwar auf Länderebene Unterstützungseinrichtungen für Selbsthilfeorganisationen, für Patientenorganisationen gegeben. Aber bundesweit gab es das eben nicht. Und das (Einführung der E-Card) sind bundesweite Aktivitäten. Und da hat es keine Struktur gegeben. Deshalb hat die Politik vielleicht auch gar nicht gewusst, wen sie mit ins Boot holen kann. Und jetzt geht das eben. Seit 2000 gibt es diese Selbsthilfe Österreich. Und da gibt es jetzt einen Ansprechpartner. Und der koordiniert das dann mit den Länderorganisationen" (Ö04).<sup>280</sup> Innerhalb der Patienten gibt es unterschiedliche Meinungen zur E-Card und ELGA. Durch die Auswertung der Interviews stellte sich heraus, dass sich die Patienten – egal ob sie sich nun für oder gegen ein elektronisches Kartensystem aussprachen – wegen ihrer geringen Machtressourcen nicht durchsetzen konnten. Ihnen fehlen und fehlten vor allem finanzielle und personelle Ressourcen. Ferner fällt und fiel es den

<sup>278</sup> Der Beleg hierzu findet sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 2.3.1

<sup>279</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 2.3.2

<sup>280</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 2.3.4

Patienten wegen ihrer Vielzahl von Akteuren schwer, sich zu organisieren und nach außen eine einheitliche Meinung zu vertreten.<sup>281</sup>

### Datenschützer

Nachdem die Interessenvertreter der Sozialversicherung zum Zeitpunkt der gesetzlichen Einführung der E-Card glaubhaft machen konnten, dass die Karte ein reiner Krankenscheinersatz sein soll und mit Hilfe der E-Card keine medizinischen Daten gespeichert werden sollen, gab es keine Widersprüche seitens der Datenschützer. Deren Interessenvertreter hielten sich größtenteils aus der politischen Diskussion zur Einführung der E-Card heraus. Erst seitdem die politischen Entscheidungsträger öffentlich äußerten, dass zukünftig auch die Speicherung medizinischer Daten in Erwägung gezogen wird, gibt es Einwände von Seiten der Datenschützer (ARGE DATEN – Österreichische Gesellschaft für Datenschutz, 2014).

Die Machtressourcen der hier aufgeführten Interessengruppen sind nicht ausschlaggebend für die Untersuchung, da sich die Gruppen nicht bzw. nicht intensiv an der politischen Diskussion zur Einführung der E-Card beteiligten. Obwohl die Akteure im HV die Speicherung von Behandlungsdaten bereits planten (siehe Kapitel 7.6.2.2), konnte den meisten Interessengruppen – ausgenommen der Ärzteschaft – glaubhaft versichert werden, dass die Karte ein reiner Krankenscheinersatz sein soll. Somit hatten die Interessenvertreter der Sozialversicherung sowie der Arbeitgeber und Hersteller von Gesundheitstelematik wenig Gegner im politischen Entscheidungsprozess. Die größeren Machtressourcen der Befürworter und die geringen Machtressourcen der Gegner waren zudem ausschlaggebend für die Einführung der E-Card.

### 7.2.3 Zusammenführung

Insgesamt ist zu konstatieren, dass sich in Deutschland und in Österreich **Interessenvertreter der Wirtschaft** für die Einführung eines elektronischen Kartensystems im Gesundheitswesen einsetzten. Allerdings waren es in Deutschland lediglich die im Bereich E-Health tätigen Technologiekonzerne und ihre Interessenvertreter. In Österreich waren es zusätzlich zu diesen Akteuren alle Arbeitgeber und ihre Interessenvertreter in der Wirtschaftskammer, die sich für die Abschaffung des Krankenscheins und die Einführung der E-Card engagierten. Dennoch konnten sich in Deutschland, genauso wie in Österreich, die Interessen der Wirtschaft auf Grund ihrer Machtressourcen Kapital, Information, interne und externe Organisation, durchsetzen. Speziell in Österreich stärkte zudem die gute Zusammenarbeit zwischen Interessenvertretern aus der Wirtschaft und aus dem HV die Durchsetzungskraft der beiden Interessengruppen.

Neben den Interessenvertretern der Wirtschaft setzten sich auch die **Interessenvertreter der Kostenträger des Gesundheitswesens** in Deutschland und Österreich für die Einführung einer Telematik-Infrastruktur ein. In Deutschland waren die gesetzlichen Kassen und ihre Dachverbände nur ein "Mitläufer" der Telematikfirmen. Dagegen war der HV sehr engagiert und maßgeblich treibend für ein elektronisches Kartensystem im österreichischen Gesundheitswesen. Die Idee "Einführung einer E-Card" entstand im HV. Der Hauptverband in Österreich ist eine bedeutend mächtigere Institution, als die damaligen Dachverbände der Kassenarten in Deutschland. In Österreich nahm der HV bzw. die Interessenvertretung der Sozialversicherung wegen ihrer Machtressourcen – Kapital, Information, interne und externe Organisa-

<sup>281</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 2.3.4

tion – eine besonders starke Rolle bei der Einführung der E-Card ein. Interessenvertreter des Hauptverbandes übernahmen Aufgaben eines politischen Entscheidungsträgers. Dies machte der politische Auftrag (Erarbeitung eines SOLL-Konzepts, siehe Kapitel 3.3.3) möglich. Außerdem war es für die Akteure des Hauptverbandes von Vorteil, dass sie sich mit den Funktionären der Ärztekammer arrangieren konnten.

Der gesundheitspolitische Einsatz der Interessenvertreter aus der Wirtschaft mit ihren Machtressourcen führte sowohl in Deutschland als auch in Österreich dazu, dass die traditionell starke Ärzteschaft an Macht und Einfluss verlor.

**H 2.1** "*Geänderte Machtverhältnisse zwischen gesellschaftlichen Gruppen bedingten die Einführung des elektronischen Kartensystems*" kann demnach für die Einführung eines elektronischen Kartensystems im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen **vorläufig nicht verworfen werden.**

Die **Schwächung der Ärzteschaft** hängt nicht zuletzt auch daran, dass sich diese Interessengruppe – in Deutschland wie auch in Österreich – intern und extern nicht effektiv organisieren konnte. Ferner hatte die Ärzteschaft – einschließlich der Funktionäre der Ärztekammer – wenig bis kein technisches Wissen (Information) und sie setzte nicht ausreichend Kapital ein. Die Verankerung seitens der Interessenvertreter der Ärzte in der Politik (externe Organisation) ist nach wie vor stark. Allerdings sind es in Deutschland und in Österreich lediglich die Spitzenfunktionäre der Verbände bzw. Kammern auf Bundesebene (in Deutschland der KBV und der BÄK, in Österreich der ÖÄK), die gute Kontakte zu parlamentarischen und außerparlamentarischen politischen Entscheidungsträgern hatten und haben. Diese Spitzenvertreter vertraten eigene Interessen und nicht die des Großteils der Ärzteschaft.

Letztendlich konnten sich in Deutschland die Befürworter der eGK, die Hersteller von Gesundheitstelematik – vertreten durch Verbände wie BITKOM – wegen ihrer Machtressourcen durchsetzen. Die Interessenvertreter der Kostenträger schlossen sich denen der Hersteller von Gesundheitstelematik an, engagierten sich allerdings nicht intensiv mit ihren Machtressourcen. Die Gegner der eGK – der Großteil der Ärzteschaft – konnten sich auf Grund ihrer geringen Machtressourcen nicht durchsetzen. Alle anderen Interessengruppen beteiligten sich nicht ausschlaggebend an der politischen Diskussion zur Einführung der eGK.

In Österreich setzten sich die Befürworter der E-Card und damit die Arbeitgeber und Hersteller von Gesundheitstelematik – hauptsächlich vertreten durch die Wirtschaftskammer – und die Sozialversicherungsträger – vertreten durch den HV – hinsichtlich ihrer Machtressourcen durch. Der Großteil der Ärzteschaft und damit der Gegner der E-Card setzte sich auf Grund seiner geringen Machtressourcen nicht durch. Alle anderen Interessengruppen beteiligten sich nicht ausschlaggebend an der politischen Diskussion zur Einführung der E-Card.

**H 2.2** "*Die Befürworter konnten sich auf Grund ihrer Machtressourcen durchsetzen. Die Gegner des elektronischen Kartensystems konnten sich wegen ihrer geringen Machtressourcen nicht durchsetzen*" kann demnach für die Einführung eines elektronischen Kartensystems im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen **vorläufig nicht verworfen werden.**

Es wurde bereits dargestellt, dass einige Interessengruppen – vor allem die, welche sich durchsetzen konnten – gute Kontakte zu politischen Entscheidungsträgern aufweisen konnten. Ob sich diese politischen Entscheidungsträger wegen ihrer ideologischen Einstellung und

auf Grund ihrer Wählerschaft für das elektronische Kartensystem entschieden, wird im Folgenden diskutiert.

### 7.3 Ideologische Prägung der Regierung

Die Lehre von der Parteiendifferenz besagt, dass Staatstätigkeit von der politisch-ideologischen Ausrichtung der regierenden Parteien abhängt. Reformen kommen demnach zustande, wenn eine neue Regierung gebildet wird, die eine andere ideologische Überzeugung vertritt als die Vorgängerregierung. Außerdem richtet sich die Staatstätigkeit nach den Interessen der Wählerschaft der jeweiligen Regierung. Eine neue Regierung hat eine andere Wählerschaft – im Vergleich zur Vorgängerregierung. Sie ändert das bestehende Gesetz zugunsten ihrer Wählerschaft. Im Folgenden wird nun untersucht, ob die jeweiligen Regierungen in Deutschland und Österreich das elektronische Kartensystem auf Grund ihrer anderen ideologischen Überzeugung im Gegensatz zur Vorgängerregierung einführen. Dabei wird die exekutive und legislative Politik (policy output und policy outcome) analysiert. Ferner wird untersucht, ob sich die Regierungsparteien bei der Einführung der elektronischen Kartensysteme an ihren traditionellen Wählerschaften orientiert haben.

#### 7.3.1 Deutschland

In Deutschland legte der Koalitionsvertrag zwischen SPD und Bündnis 90/Die Grünen von 2002 die politische Grundlage für die Einführung der eGK. Zu diesem Zeitpunkt bildete die Rot-Grüne Koalition schon seit 1998 die Bundesregierung (Regierung Schröder). Zuvor gab es seit 1982 eine Schwarz-Gelbe Koalition aus CDU/CSU und FDP (Regierung Kohl). Das damalige BMG (CDU/CSU und FDP) beauftragte bereits 1996 gemeinsam mit dem Bundesministerium für Forschung und Technologie die Roland Berger & Partner GmbH damit, ein Gutachten über „Telematik im Gesundheitswesen – Perspektiven der Telemedizin in Deutschland“ zu erstellen (Roland Berger & Partner GmbH, 1997, S. 15ff). Damit war die Schwarz-Gelbe Koalition – bzw. deren Bundesministerien – die erste Regierung, welche sich dafür interessierte, Telematik im Gesundheitswesen zu nutzen. Das Gutachten der Roland Berger & Partner GmbH stellte ausführlich dar, dass im deutschen Gesundheitswesen durch den Einsatz von Telematikanwendungen – insbesondere einer elektronischen Patientenakte und eines elektronischen Rezepts als erster Stufe zur Realisierung – ein großer Fortschritt in der Qualität der medizinischen Versorgung von Patienten realisiert werden könne. Dennoch beschäftigte sich die damalige Koalition nicht weiter mit dem Thema. Grund dafür war, dass das Gutachten gleichzeitig ausführlich darlegte, dass technische Probleme die flächendeckende Einführung von Telematikanwendungen erschweren würden. In den 1998 veröffentlichten Wahlprogrammen von CDU/CSU und FDP wurden Telematikanwendungen im Gesundheitswesen nicht erwähnt (CDU-Bundesgeschäftsstelle HA Öffentlichkeitsarbeit, 1998, S. 22; FDP, 1998, S. 40ff).

Relativ zeitgleich schrieb die SPD in ihrem Wahlprogramm, dass "teure Medizintechnik gemeinsam genutzt werden soll" (SPD, 1998, S. 49). Bündnis 90/Die Grünen erwähnten Gesundheitstelematik in ihrem Wahlprogramm nicht. Im anschließenden Koalitionsvertrag von Rot-Grün ist zu lesen, dass die Krankenversichertenkarte im Hinblick auf den Arztwechsel modifiziert werden soll. Wie genau, führt die Vereinbarung nicht aus (Maus, 1998).

Im Jahr 1999 initiierte das BMG unter Leitung von Andrea Fischer (Bündnis 90/Die Grünen) verschiedene Foren, Kongresse und Forschungsnetzwerke zum Thema Gesundheitstelematik wie das "Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem (AFGIS)" (AFGIS, 2014; Pa-land/Riepe, 2005, S. 628), die „Telematikplattform für Forschungsnetze (TMF)“ (bmb+f/BMWI, 1999, S. 64) und den "Initiativkongress zum Aktionsforum zur Entwicklung von Strukturen und Grundlagen für ein qualitätsgesichertes, dezentral organisiertes Gesundheitsinformationssystem“ (AFGIS, 2014).

Ausschlaggebend für die Einführung eines flächendeckenden Telekommunikationssystems im Gesundheitswesen war dann der Kabinettsbeschluss vom 01. Dez. 1999, in dem der Übergang zur „Elektronischen Verwaltung“ beschlossen wurde (Decker, 2005, S. 338). Im Jahr 2000 arbeiteten die gegründeten Projektgruppen weiter zu dem Thema Gesundheitstelematik. Es wurden allerdings keine neuen Foren oder Netzwerke gegründet. Erst im Jahr 2001 bekam das Thema "Gesundheitstelematik" durch das BMG unter Leitung von Ursula Schmidt (SPD, Bundesministerin für Gesundheit [und soziale Sicherung]<sup>282</sup> vom 1.1.2001 bis 27.10.2009) neuen Schwung. Im BMG wurde eine neue Projektgruppe gegründet, die „einen umfassenden Vorschlag für einen Patientenpass unter Einschluss einer patientenbezogenen Arzneimitteldokumentation" erarbeiten sollte (Pressemitteilung des BMG vom 02.11.2001). Anschließend ging alles sehr schnell. Das BMG erarbeitete einen Gesetzentwurf und die Rot-Grüne Regierung legte in dem bereits erwähnten Koalitionsvertrag die Einführung eines elektronischen Kartensystems fest. Sie führte die eGK dann in dieser Regierungszeit gesetzlich ein.

Auch die darauffolgende große Koalition zwischen CDU/CSU und SPD von 2005 bestätigte die Ausrichtung des Projektes und vereinbarte "die Arbeiten an der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte ... zielgerichtet" fortzuführen (CDU/CSU/SPD, 2005). 2009 fiel dann die Zustimmung der Koalitionäre aus CDU/CSU und FDP folgendermaßen aus: "Datensicherheit und informationelle Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten sowie der Versicherten haben für uns auch bei der Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte höchste Priorität" (CDU/CSU/FDP, 2009). Und auch die aktuelle Bundesregierung aus CDU/CSU und SPD legt ihren "Fokus ... auf (die) ...eGK" (CDU/CSU/SPD, 2013).

Dieser kurze historische Abriss zeigt bereits, dass die SPD bei der Einführung des Kartensystems der stärkere Koalitionspartner war. Denn die Grünen hatten zu keiner Zeit maßgeblich vor, eine elektronische Gesundheitskarte einzuführen. "Die Grünen (...) haben nichts (zur Einführung der eGK) gesagt" (D08). "Also die Grünen damals haben einfach mitgemacht. Die federführende Partei war da die (...) SPD" (D10). Dies bestätigt die Mehrzahl der befragten Experten.<sup>283</sup>

Darüber hinaus zeigt der historische Abriss, dass alle Regierungen – trotz unterschiedlicher ideologischer Ausrichtungen der jeweiligen Regierungsparteien – die Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte in den Jahren nach der gesetzlichen Einführung fortgehend unterstützten. Die Auswertung der Interviews hat bestätigt, dass die ideologische Ausrichtung der Regierungsparteien einschließlich ihrer zugehörigen Ministerien keine Rolle bei der Einführung der eGK spielte – weder für die exekutive, noch für die legislative Politik. Weder im Bundesrat<sup>284</sup>, noch im Bundestag konnten Gegenstimmen zur eGK wahrgenommen werden, welche einer bestimmten Partei zuzuordnen gewesen wären<sup>285</sup>.

<sup>282</sup> Vom 22.10.2002 bis zum 22.11.2005 wurde das BMG zum Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung ausgebaut.

<sup>283</sup> Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 3.

<sup>284</sup> Das ist insofern interessant, da die Regierung aus SPD und Bündnis 90/Die Grünen bestand, die Bundesländer aber mehrheitlich unionsgeführt waren.

<sup>285</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 3.1



Tabelle 43: Ideologische Ausrichtung der Regierungsparteien (D)

<b>Ideologische Ausrichtung der Regierungsparteien</b>
"Das war nicht so, dass der Regierungswechsel hin zu Rot-Grün da einen Einfluss hatte. (...) Da habe ich keinen Wettbewerb zwischen Parteien gesehen. (...) Ja eigentlich aus meiner Sicht ist das in dem Fall politikneutral oder interessenneutral. (...) Wenn Sie jetzt schauen, wie die Steffens (Bündnis 90/Die Grünen) in Nordrhein-Westfalen versucht die ganze Telemedizin da voranzutreiben. Das macht irgendwie die bayerische Gesundheitsministerin (CSU) analog. (...) Also den Bundesrat habe ich dort überhaupt gar nicht wahrgenommen. Bei den Ländern muss ich schon eindeutig sagen, dass sie stark daran interessiert waren. Das war aber eher personen- als parteipolitisch getrieben. (...) Wie gesagt, auch auf Grund der langen Erfahrung, die ich in diesem Umfeld habe, ist das auch nicht nur eine Momentaufnahme." (D09)
"Eindeutig hätte das jede Regierung gemacht. (...) Also da gab es auch nicht irgendwelche Sonderinteressen von den unionsgeführten Bundesländern, nein. Die haben einfach auch ja gesagt. (...) Es gab keinen Gesundheitsminister, der es nicht unterstützt hätte. (...) Letztendlich sagt jeder, egal von welcher Partei, dass man an der Entwicklung nicht mehr dran vorbeikommt." (D05)
"Wenn Sie sich das ansehen, dann sind die Gesetze 2003, 2004 mit Zustimmung der Länder geführt worden, was auch notwendig war, weil es zustimmungsbedürftige Gesetze waren. Und insofern lässt sich schon daran erkennen, dass der Konsens in diesem Themenfeld größer war. Die Länder waren ja hauptsächlich unionsbesetzt. Das heißt, ohne deren Zustimmung hätte die Regierung aus Rot-Grün das gar nicht durchsetzen können (...) Ich kann sagen, dass der Konsens größer war damals. (...) Parteiwettbewerb hat keine Rolle gespielt." (D04)

Die Auswertung der Interviews hat ergeben, dass jeder Gesundheitsminister, jede Regierung auf Landes- und Bundesebene die Einführung der Karte unterstützte. Natürlich waren einige Politiker in der Opposition skeptisch – vor allem die FDP-zugehörigen Politiker. Aber in Regierungsverantwortung hat selbst die FDP die Karte dann weiter unterstützt. "Der Regierungswechsel davor (vor Einführung der eGK), der hatte keinen Einfluss (auf die Einführung der eGK). (...) Also im Rahmen der elektronischen Gesundheitskarte gab es einen großen Konsens bei allen wichtigen Parteien. (...) Es wäre sicherlich auch meiner Auffassung nach unter einer CDU und FDP-Regierung eingeführt worden (...) Also kein Koalitionskrach wegen der elektronischen Gesundheitskarte. Es gab da keinen Wettbewerb um das Thema bei den Parteien" (D01). Die Einführung der eGK, "das war einfach ein Faible von verschiedenen Personen dieses Projekt, die das mehr oder weniger vorantreiben wollten"(D08). Dieses Engagement hatte nichts mit ihrer Parteizugehörigkeit zu tun.<sup>286</sup>

Die Mehrzahl der Experten ist der Meinung, dass Gesundheitstelematik kein Thema ist, mit dem Politiker Wählerstimmen generieren können. Dies ist auch ein Grund dafür, weshalb die traditionellen Wählerschaften der Parteien bei der Einführung der eGK keine Rolle spielten. Jede Regierungspartei wählte zur Begründung der Einführung der eGK Argumente, die den Interessen der jeweiligen Wählerschaft zusagten<sup>287</sup>:

Tabelle 44: Anpassung der Argumentationsausrichtung an die eigene Wählerschaft (D)

<b>Anpassung der Argumentationsausrichtung an die eigene Wählerschaft</b>
"Die SPD hat dann gesagt `Das geht um Effizienz, um Patientensicherheit. Der Patient soll in den Mittelpunkt gestellt werden, Patientenrechtgesetz und so weiter.` Das sind so Themen, die da immer hochkommen, als Argumentation dafür (...) von der SPD. Also da hat man das so hin gedreht, dass

<sup>286</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 3.1

<sup>287</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 3.2

das auf die eigenen Wähler passt. (...) Das wird immer so ausgelegt, dass jeder zufrieden ist, jede Art von Wähler." (D09)

"Die SPD hatte eher den Gedanken der Ökonomisierung, der Vernetzung gesehen. Und der nächste Schritt war dann die große Koalition. Da waren dann die CDU und CSU mit dabei. Und die stehen ja normalerweise der Industrie etwas näher. Und die (Industrie) war ja sowieso dafür (für die eGK). Da war die Argumentation natürlich leichter. (...) Aber interessant ist es schon, dass den ersten Aufschlag eigentlich eine rot-grüne Regierung gemacht hat. Das passt eigentlich nicht so ganz dazu. Aber damals (...) Also man (SPD) wollte quasi den Patienten aufwerten. Der `mündige Patient` war das Stichwort. Der Patient ist der Herr der Daten. Er entscheidet, wer die Daten hat. So kann man das erklären. (...) Die (SPD) haben so wunderbare Aussagen geäußert (...) `Schritt für Schritt wird jeder Patient zu seinem eigenen Arzt`. Und das ist genau der Gesichtspunkt. Man will sich auf Augenhöhe begegnen. Man verlässt das paternalistische System und stattdessen wird ein partnerschaftliches Verhältnis aufgebaut zwischen Patient und Arzt. Die treffen sich auf der gleichen Augenhöhe. (...) Also sie (Ulla Schmidt/SPD) hat das so dastehen lassen, dass das Ganze eigentlich dem Patientenwohl dienen würde." (D05)

"Das (eigene Wählerschaft) hat keine Rolle gespielt. Jeder hat das so vermarktet, dass es für seine Wähler gepasst hat. Da wurde dann einfach anders herum argumentiert, je nachdem." (D03)

Traditionell werden die Vertreter der Unternehmer bzw. der Telematikfirmen – welche bereits als Befürworter des elektronischen Kartensystems identifiziert wurden (siehe Kapitel 7.2.2.2.1) – eher der CDU/CSU und FDP zugeordnet.<sup>288</sup> Diese Zuordnung kann so nicht mehr vorgenommen werden. Die SPD führte die eGK zusammen mit Bündnis 90/Die Grünen ein und unterstützte damit die Hersteller von Gesundheitstelematik<sup>289</sup>:

Tabelle 45: Orientierung der Regierungsparteien an ihren Wählerschaften (D)

<b>Orientierung der Regierungsparteien an ihren Wählerschaften</b>
"Die, ich sag mal, offiziellen Wählerschaften waren nicht wichtig. (...) Bei der Telematik (...) Da ist keine Partei viel mehr oder weniger industrie- oder patientennaher, als die andere oder so. Das hätte man auch damals nicht so einfach sagen können. (...) diese einfache Sichtweise, SPD industriefern und CDU industrienah, FDP sowieso, (...) das kann man so für die einzelnen handelnden Ministerien oder Minister nicht sagen. Das ist nicht so. Ja weil damals bei Ulla Schmidt (SPD) war die eGK ganz toll." (D07)
"Das ist nicht so, dass da die eine Partei industrienah ist und die andere nicht. Sie können sich ja angucken, dass in dieser Zeit von Rot-Grün viele IT-Projekte angestoßen worden sind, also auch die Maut. Da wurde zwar anders argumentiert, aber das war so." (D04)

Insgesamt kann festgehalten werden, dass die ideologische Ausrichtung der Regierungsparteien keine Rolle bei der Einführung der eGK spielte. Damit hatte auch der Regierungswechsel hin zu Rot-Grün keine Auswirkungen auf die Einführung. Ferner hatten die jeweiligen traditionell zugeordneten Wählerschaften keinen Einfluss auf die Regierungsparteien bzw. deren Politik. Jede Regierung – konservativ und sozialdemokratisch geprägt – setzte sich für die eGK ein. Dabei wurden lediglich die Argumente für das elektronische Kartensystem angepasst. Die SPD betonte, dass sie den Patienten stärken möchte (die Grünen haben sich zu-

<sup>288</sup> Empirische Studien über das Gesundheitswesen zeigen, dass konservative Parteien eher die Interessen der Arbeitgeber unterstützen (Finanzierbarkeit, Wachstum, Wettbewerb und Effizienz). Demgegenüber setzen sich die Sozialdemokraten traditionell für die Arbeitnehmer, also Gewerkschaften und Ortskrankenkassen ein – sie legen Wert auf Solidarität, Prävention, Kostendämpfungspolitik. Bündnis 90/Die Grünen setzen sich historisch für die Qualität, Prävention, Transparenz und Nachhaltigkeit ein (Bandelow, 2006).

<sup>289</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 3.2

meist gar nicht geäußert, sondern der SPD angepasst). Die CDU/CSU und FDP hoben die Vorteile für die Industrie hervor. Lediglich die Oppositionsparteien waren und sind erwartungsgemäß kritisch. Entgegen der Erwartungen bzw. der bisherigen empirischen Ergebnisse, unterstützte die SPD die Industrie durch die Einführung der eGK. Die Lehre der Parteidifferenz ist nicht geeignet, um die Einführung der eGK in Deutschland zu begründen. Im Folgenden wird nun analysiert, ob der Theorieansatz die Einführung des elektronischen Kartensystems in Österreich erklären kann.

### 7.3.2 Österreich

In Österreich kam die Idee zur Einführung der E-Card weder von den Regierungsparteien noch von dem zugehörigen Ministerium. Der HV erarbeitete – wie bereits dargestellt – den Entwurf zur Einführung der E-Card und legte ihn anschließend den Parteien vor. Den quasi-rechtlichen Rahmen bildete eine EntschlieÙung des Nationalrates 1996 auf der Basis eines Ausschussberichtes, welcher die Schaffung der Grundlagen für das E-Card-System vorsah. In dem Ausschussbericht zum EntschlieÙungsantrag steht dazu: „Von den Abgeordneten Annemarie Reitsamer (SPÖ), Dr. Gottfried Feurstein (ÖVP) und Mag. Herbert Haupt (FPÖ) wurde ein EntschlieÙungsantrag betreffend Einführung eines Chipkartensystems eingebracht. Dieser EntschlieÙungsantrag wurde mit Stimmenmehrheit angenommen.“ Demnach stimmten die Interessenvertreter aller großen Volksparteien – ÖVP, SPÖ und FPÖ – einstimmig der Einführung des elektronischen Kartensystems in Österreich zu.

Das entsprechende Gesetz (56. ASVG-Novelle) wurde dann im Jahr 1999 von der großen Koalition aus SPÖ und ÖVP beschlossen. Die Regierung aus SPÖ und ÖVP bestand bereits seit 1987 (fünf Regierungen Vranitzky; ab Januar 1997 Regierung Schüssel). Der letzte Regierungswechsel lag zum Zeitpunkt der gesetzlichen Einführung der E-Card schon länger zurück – genau gesagt 12 Jahre. Ein kürzlicher Regierungswechsel kann deshalb kaum ausschlaggebend für die Einführung der E-Card gewesen sein. Das bestätigt die Mehrheit der befragten Experten.<sup>290</sup>

Neben der Regierung aus SPÖ und ÖVP, unterstützten auch die Regierungen in den Jahren nach der gesetzlichen Einführung, das elektronische Kartensystem fortgehend – trotz unterschiedlicher ideologischer Ausrichtungen der jeweiligen Regierungsparteien. Von Februar 2000 bis Januar 2007 setzte sich die Regierung aus ÖVP und FPÖ für das Kartensystem ein. Seit 2007 gibt es in Österreich wieder eine Regierung aus SPÖ und ÖVP – den sogenannten Eltern der Karte. Alle großen Parteien, die ÖVP, SPÖ und FPÖ standen während ihrer Regierungszeit und trotz ihrer unterschiedlichen ideologischen Ausrichtungen hinter der Einführung der E-Card. Die Auswertung der Interviews hat bestätigt, dass die ideologische Ausrichtung der Regierungsparteien – einschließlich der ihr zugehörigen Ministerien – keine Rolle bei der Einführung der E-Card spielte – weder für die exekutive, noch für die legislative Politik. Weder im Nationalrat, noch im Bundestag konnten Gegenstimmen zur E-Card wahrgenommen werden, welche einer bestimmten Parteizugehörigkeit beigeordnet werden können. Auch die anstehenden Neuwahlen hatten keine Auswirkung auf die Einführung der E-Card. Dies sehen alle befragten Experten so<sup>291</sup>:

<sup>290</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 3.1

<sup>291</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 3.1

Tabelle 46: Ideologische Ausrichtung der Regierungsparteien (Ö)

<b>Ideologische Ausrichtung der Regierungsparteien</b>
"Es waren an sich alle Parteien dafür. Also ich glaube, dass jeder der damaligen drei Groß-Parteien, die Grünen sind damals erst im Entstehen gewesen, dafür gewesen wäre, die Karte umzusetzen." (Ö06)
"Die E-Card wäre so oder so gekommen, egal unter welcher Regierung. In welcher Form auch immer, aber es führt kein Weg an der E-Card vorbei. (...) Also das ist nicht an eine bestimmte Partei gebunden. (...) Auch die (Bundesländer) sind einbezogen worden, weil es gibt ja die `15 a Vereinbarung`. Das ist ja diese Vereinbarung zwischen Bund und Ländern. Also die Bundesländer waren eingebunden über die Ländervertretung. (...) Also Wettbewerb oder so gab es da gar nicht, nicht bei den politischen Entscheidungsträgern, auch nicht zwischen Bund und Ländern. Die einzigen, die da immer laut geworden sind, das war die Ärztekammer gewesen. Sonst war eigentlich Übereinstimmung." (Ö04)
"Das war von der Konstellation der Regierung völlig unabhängig. Ja völlig unabhängig. Das wäre bei jeder anderen Regierung genauso gekommen. (...) Da gab es keinen Parteiwettbewerb, überhaupt nicht. (...) Überhaupt keinen Einfluss hatten die anstehenden Neuwahlen." (Ö01)

Die Auswertung der Interviews hat ergeben, dass es einen breiten Konsens in allen Parteien zum Thema "Einführung eines elektronischen Kartensystems in Österreich" gab. Weder ein Regierungswechsel, noch die unterschiedlichen ideologischen Ausrichtungen der Parteien, hatten Auswirkungen auf die Einführung der E-Card.

In Österreich ging der Wunsch, eine E-Card einzuführen, von den Interessenvertretern der Sozialversicherung und der Wirtschaft aus. Die Sozialversicherung wird traditionell eher von der SPÖ vertreten, die Arbeitgeber und Hersteller von Gesundheitstelematik eher von der ÖVP. Beide Interessengruppen hatten deshalb bei einer Regierung aus ÖVP und SPÖ keine Schwierigkeiten, ihre Wünsche durchzusetzen. Denn "die ÖVP hat sich damals nach ihren Wählern, den Wünschen der Wirtschaftskammer gerichtet. Und die SPÖ hat sich nach den Wünschen der Sozialversicherungen gerichtet. Und so ist es dann durchgesetzt worden" (Ö06). Die große Mehrheit der befragten Experten teilt diese Meinung<sup>292</sup>:

Tabelle 47: Orientierung der Regierungsparteien an ihren Wählerschaften (Ö)

<b>Orientierung der Regierungsparteien an ihren Wählerschaften</b>
"Beide Seiten (ÖVP und SPÖ) versprachen sich davon Vorteile. Die Arbeitnehmervertreter, die sind mehrheitlich der SPÖ zuzurechnen. Die wollten (...) die datenschutzrechtliche Situation der Arbeitnehmer verbessern (...). Und die Arbeitgebervertreter, mehrheitlich der ÖVP zuzurechnen, wollten die Verwaltungskosten der Arbeitgeber bei der Administration der Krankenscheine senken. (...) Dass die SPÖ sich zu den Arbeitnehmern hingezogen fühlt, und die ÖVP sich traditionell als Arbeitgebervertretung sieht, das Denken haben Sie sicher in den Parteien drinnen gehabt." (Ö05)
"Es war eher das Interesse der Wirtschaft. Also (...) die ÖVP hat sich an den Interessen ihrer Unterstützer orientiert (...) Und die SPÖ hat sich dann an ihrer Sozialversicherung orientiert. Es ist um die Interessen der jeweiligen Machtbasis gegangen. Die ÖVP wollte die Administration von der Wirtschaft wegbekommen. Und die SPÖ hat nicht wirklich etwas dagegen gehabt, weil die von ihr dominierte Selbstverwaltung in der Sozialversicherung dadurch was in ihre Hände bekommen hat, als Projekt, Aufgabe und Zuständigkeit, was sie bisher nicht gehabt hat." (Ö02)

<sup>292</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 3.2

Insgesamt überwogen die Wirtschaftsinteressen. Auch die SPÖ orientierte sich entgegen ihrer ideologischen Ausrichtung u. a. an den Interessen der Wirtschaft. Insgesamt ist "Österreich (...) eine durchaus extrem (...) konservative oder wirtschaftsorientierte ÖVP-Fraktion (...) Und die SPÖ ist auch immer mehr in die Richtung und wollte keinen Klassenkampf. (...) Also das ist absolut über Bord geworfen, dass die Sozialdemokraten eher die Arbeitnehmer vertreten. (...) Also der Medianwähler ist das Wichtige und der geht in Richtung konservativ" (Ö07). Somit orientierte sich die SPÖ nicht nur an ihrer traditionellen Wählerschaft. Sie hat die "Interessen der Wirtschaft (...) auch unterstützt" (Ö02). Darüber hinaus überwogen später innerhalb der Regierung aus ÖVP und FPÖ die Interessen der Wirtschaft. Denn auch diese Regierung unterstützte die Einführung der E-Card, "weil diese Regierung danach mit FPÖ und ÖVP sicher noch mehr von den Interessen der Dienstgeber geprägt war" (Ö03).<sup>293</sup>

Die Ärzteschaft wurde dagegen von keiner Partei groß berücksichtigt. Traditionell kann die Ärzteschaft den konservativen Parteien zugeordnet werden (Bandelow, 2006). Dennoch unterstützte die ÖVP die Ärzteschaft nicht. "Richtig brutal gegen die Ärzte ist dann eigentlich unter der ÖVP-Regierung erst vorgegangen worden" (Ö07). "Für die Ärzte hat sich keiner eingesetzt. (...) keine Parteien" (Ö03).<sup>294</sup>

Letztendlich war das Thema E-Card kein politisches Streitthema zwischen den Parteien. Denn sowohl die Wähler der SPÖ (Arbeitnehmer bzw. Sozialversicherungsträger), als auch die der ÖVP und FPÖ (Arbeitgeber, Hersteller von Gesundheitstelematik) waren an der Einführung des elektronischen Kartensystems interessiert. Alle drei Parteien waren der Wirtschaft gegenüber sehr positiv eingestellt. Dies entspricht nicht den Wünschen der traditionellen SPÖ-Wähler. Die SPÖ vertrat entgegen der traditionellen ideologischen Überzeugung der Partei auch die Interessen der Wirtschaft. Die Interessengruppe der Ärzteschaft, die traditionell eher den konservativen Parteien wie der ÖVP und der FPÖ zugeordnet wird, wurde nicht von diesen Parteien unterstützt. Die Lehre der Parteidifferenz kann die Einführung der E-Card in Österreich nicht hinreichend erklären.

### 7.3.3 Zusammenführung

Die Analyse hat gezeigt, dass die Lehre der Parteidifferenz weder in Deutschland, noch in Österreich die Einführung des jeweiligen elektronischen Kartensystems erklären kann. In beiden Staaten hatte die ideologische Ausrichtung der Regierungsparteien (im Vergleich zur Vorgängerregierung) keinen Einfluss auf die Einführung des Kartensystems. Die Einführung war nie ein politisches Streitthema – weder in der Legislative, noch in der Exekutive. Auch anstehende Neuwahlen waren in beiden Staaten kein Grund für die Einführung des Kartensystems.

**H 3.1** „Auf Grund der ideologischen Prägung/parteipolitischen Zusammensetzung der Regierung und deren unterschiedlichen Problemwahrnehmungen und Lösungsvorstellungen im Gegensatz zur Vorgängerregierung wurde das elektronische Kartensystem eingeführt“ kann demnach für die Einführung eines elektronischen Kartensystems im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen **vorläufig verworfen werden**.

In Deutschland und in Österreich richteten sich die Regierungsparteien hauptsächlich nach den Interessen der Wirtschaft. Dementsprechend vertraten auch die sozialdemokratischen

<sup>293</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 3.2

<sup>294</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 3.2

Parteien in beiden Staaten nicht nur ihre traditionellen Anhängerschaften, die Arbeitnehmer und Krankenkassen. In Deutschland fiel die Entscheidung zugunsten der Wirtschaftsinteressen der Öffentlichkeit bzw. den traditionellen Wählern der SPD und von Bündnis 90/die Grünen nicht auf, da die Regierung die Einführung der eGK mit der "Stärkung des Patienten" begründete. Ferner musste die SPÖ in Österreich ihr Engagement für die Interessen der Wirtschaft parteipolitisch nicht rechtfertigen, da auch die Arbeitnehmer und die Akteure innerhalb der Sozialversicherung von der Einführung der E-Card profitierten. Darüber hinaus setzte sich keine der Regierungsparteien, weder in Deutschland, noch in Österreich für die Interessen der Ärzteschaft ein. Selbst in Österreich, wo die ÖVP als traditionelle Unterstützer der Ärzte, die stärkere Partei war, wurde die Interessengruppe der Ärzteschaft – bis auf ein paar einzelne Stakeholder der Ärztekammer – nicht unterstützt.

**H 3.2** *"Die Regierung orientierte sich bei der Entscheidung, das Kartensystem einzuführen, an den Interessen ihrer traditionellen Wählerschaft. Diese Wählerschaft präferierte die Einführung eines elektronischen Kartensystems"* kann demnach für die Einführung eines elektronischen Kartensystems im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen **vorläufig verworfen werden**.

## 7.4 Politisch-institutionalistische Bedingungen und Vetospieler

Der politisch-institutionelle Erklärungsansatz geht davon aus, dass interpersonelle formelle und informelle Regeln und Normen – verfassungspolitische Vorgaben, Regeln und Normen der öffentlichen Willensbildung und Entscheidungsfindung und die Willensbildung/Entscheidungsfindung der Organisationen der Interessenvermittlung zwischen Gesellschaft, Wirtschaft und Politik – Staatstätigkeit bedingen. Politischer Wandel wird vollzogen, wenn machtvoll institutionelle Blockaden fehlen und es wenig Vetospieler<sup>295</sup> im politischen Entscheidungsprozess gibt. Ferner werden Politiken durchgesetzt, wenn sich die beteiligten Akteure auf ein Winset einigen. Nachfolgend wird nun untersucht, ob diese Gründe für die Einführung des elektronischen Kartensystems in Deutschland und Österreich jeweils verantwortlich waren.

### 7.4.1 Deutschland

Die Auswertung der Interviews in Deutschland hat ergeben, dass bei der Einführung der eGK "einfach institutionelle Schranken gefehlt (haben). Es wäre nicht so der Flop<sup>296</sup> geworden, der es eben geworden ist, wenn es vorher schon durch gewisse Institutionen gegangen wäre. Es ist nicht von allen Seiten die Machbarkeit beleuchtet worden" (D05).<sup>297</sup> Im Folgenden wird erklärt, an welchen Stellen diese institutionellen Schranken fehlten.

<sup>295</sup> Unter Vetospieler werden im Folgenden neben den von Tsebelis (2002) unterschiedenen institutionellen Vetospielern (in der Verfassung verankerte, konstante Vetospieler) und parteipolitischen Vetospielern (könnten sich in wechselnden Konstellationen innerhalb institutioneller Vetospieler bilden und diese als faktische Vetospieler ersetzen) auch indirekte Vetospieler und damit Interessengruppen und deren Interessenvertreter gemeint, die in Form des Korporatismus – bzw. durch die Existenz informeller Normen – in die politische Entscheidungsfindung eingebunden sind.

<sup>296</sup> Damit ist die Verzögerung der Implementation der eGK in den Jahren nach der gesetzlichen Einführung gemeint.

<sup>297</sup> Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 4.

### 7.4.1.1 Begrenzter Korporatismus

In Deutschland wurde "die Idee der elektronischen Gesundheitskarte (...) im Ministerium (...) maßgeblich entwickelt" (D04). "Die Koordinierung wurde auf Fachebene im BMG gemacht" (D06). "Das Gesetz ist (...) in der Verantwortung des Bundesministeriums für Gesundheit (...) letztendlich gewesen" (D10). Das BMG hat bei der Erarbeitung des Gesetzes und auch in den Jahren danach "eine große federführende Rolle gespielt. (...) Damit hat das BMG ein Zeichen setzen wollen und dieses Projekt vorantreiben wollen" (D10).<sup>298</sup>

Die Mitarbeiter im BMG entwickelten den Gesetzentwurf gemeinsam mit ausgewählten Verbänden bzw. deren Spitzenvertretern in informellen Konsensrunden. Es wurde lediglich ein begrenzter Kreis einflussreicher, etablierter Interessenorganisationen in die Erarbeitung des Gesetzes zur Einführung der eGK einbezogen. Dies waren die Funktionäre bzw. Spitzenvertreter der etablierten Verbände/Kammern der Leistungserbringer und Krankenkassen und damit der B(Z)ÄK, der K(Z)BV, der Dachverbände der Krankenkassen und der DKG (Mittlerweile Gesellschafter der Gematik). Darüber hinaus waren Interessenvertreter der Industrie intensiv in die Verhandlungen eingebunden. Andere Verbände der Leistungserbringer bzw. Interessenvertreter der Patienten wurden zwar später mit Informationen versorgt, anfänglich aber nicht intensiv in die Verhandlungen integriert.<sup>299</sup> Auch "neue" Interessenzusammenschlüsse – z. B. Initiativen der Ärzteschaft (siehe Kapitel 7.2.1.2) – hatten keine Chance an der politischen Diskussion teilzunehmen. Hier weisen alle Interviews einen erheblichen Konsens auf<sup>300</sup>:

Tabelle 48: Begrenzter Korporatismus (D)

Begrenzter Korporatismus
"Die, die jetzt in der Gematik Gesellschafter sind, (...) mit denen hatte das BMG bereits Absprachen, Meetings, Konzepte entwickelt, um (...) so eine Karte einzuführen. (...) Da ist das BMG selbstverständlich bemüht gewesen (...) mit diesen Interessengruppen Abstimmungen zu führen. (...) Aber Patientenvertreter sind (...) damals nicht dabei gewesen. Und auch sonst waren da nicht andere Verbände noch dabei. (...) Doch, von der Industrie waren auch welche dabei." (D10)
"Es gab damals regelmäßig Spitzengespräche mit den wichtigen Leuten. Das gab es danach bei keinem Minister mehr. (...) Da waren die Vorstände der Verbände da, die jetzt in der Gematik beteiligt sind. (...) Die Vorstände saßen an einem Tisch und sind zu Ulla Schmidt eingeladen worden. (...) Auch die Industrie, die von der BITKOM und so, waren dabei. (...) Und dann gab es dann die Verabredungen. Weil die Kostenträger wollten eine Organisation haben und nicht nur so ein Projekt. Und dann gab es da die Abstimmung `Ok, wir machen ein Gesetz für eine Organisation. Das wird dann die eine Gematik. Und dafür zahlt ihr das Forschungs- und Entwicklungsprojekt.` Das war dann die Absprache damals bei Frau Schmidt. (...) Da gab es auch Einzelgespräche im Ministerium, also aber nur mit diesen Verbänden." (D08)
"Das war nur ein kleiner Kreis von Leuten, mit denen man (Entscheidungsträger im BMG) im Vorfeld alles mit der Karte besprochen hat." (D06)
"Das (informelle Gespräche zwischen Mitarbeitern des Ministeriums und einzelnen Interessenvertretern) hat stattgefunden. (...) Aber es gibt natürlich auch keine Übersicht darüber, wer wann wie welche Gespräche mit wem und mit welchem Ergebnis geführt hat. Ja, das ist auch ein gutes Stück intransparent (...) Und die Interessen, die weniger eine Lobby haben, die kommen natürlich nicht so

<sup>298</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 4.1

<sup>299</sup> Lediglich ein paar Datenschützer wurden angehört. Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 4.1

<sup>300</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 4.1.1

richtig durch. Es sind immer die etablierten Akteure, die da Chancen haben und hatten und die anderen nicht so. (...) Als Entscheidungsträger in der Politik ist man mit der Einbindung von Interessenvertretern der Patienten zurückhaltend. (...) Ein Patientenvertreter wird ja immer sagen `Ich will das optimale, mich interessieren nicht die Kosten`. Der Versichertenvertreter wird eher sagen: `Lass uns mal auf die Kosten gucken.` Und die Politik ist ja dann letztendlich dafür verantwortlich, weil der Gesetzgeber ja jetzt den Beitragssatz zur GKV festlegt, dass das nicht in die Höhe fliegt. (...) Also sind politische Entscheidungsträger gar nicht daran interessiert, dass die Patientenvertreter zu stark sind." (D02)

Da von der Ärzteschaft lediglich die Spitzenvertreter der der B(Z)ÄK und der K(Z)BV in die politische Diskussion eingebunden wurden und diese Interessenvertreter nicht die Interessen der Mehrzahl der Ärzte vertraten, entstand bei einigen befragten Experten folgendes Bild: "Die IT-Firmen haben sich im BMG extrem dafür eingesetzt. Während diejenigen, die dann eigentlich die eGK verwenden sollten, zunächst gar nicht einbezogen wurden in die Diskussion. Sowohl der Patient, als auch der Arzt wurden zunächst nicht einbezogen in die Diskussion" (D05).<sup>301</sup>

Insgesamt kann festgehalten werden, dass vor Einführung der eGK informelle Konsensrunden eingerichtet wurden, in denen Mitarbeiter des Ministeriums in Verhandlungen mit ausgewählten Interessenvertretern traten. Durch diesen begrenzten Korporatismus gab es wenig Vetospieler. Dadurch fiel es den politischen Entscheidungsträgern leichter, einen Konsens zu finden. "Man will ja auch mal zum Schluss der Verhandlung kommen. Je mehr Interessen, desto schwerer ist das" (D03).<sup>302</sup> Es fehlten demnach institutionelle Blockaden, welche diesen begrenzten Korporatismus hätten verhindern können.

#### 7.4.1.2 Umgehen von Verfassungsinstitutionen

Die Einbeziehung der genannten Interessenvertreter, der von der Einführung der eGK betroffenen Gruppen, sollte die Effektivität und Effizienz staatlichen Handelns steigern, indem Inhaber von Vetopotenzial durch frühzeitige Einbindung von der Ausübung eines "destruktiven Vetos" abgehalten wurden. So wurden Konflikte vermieden und der Entscheidungsprozess beschleunigt. Die politische Einigung geschah bereits im Vorfeld und außerhalb des Parlaments. Die parlamentarischen Kammern wurden somit auf ihre Rolle als Ratifikationsinstanz begrenzt. Dies sieht die Mehrzahl der befragten Experten so<sup>303</sup>:

Tabelle 49: Umgehen von Verfassungsinstitutionen (D)

Umgehen von Verfassungsinstitutionen
"Das BMG hat (...) ein Gesetz erlassen. (...) Wobei (...) Diese Tendenz, dass quasi Politik beziehungsweise ein Ministerium bereits fertige Gesetze oder Formulierungen hat, unter Ulla Schmidt recht verbreitet und groß war. Das war bei der eGK so, aber auch bei anderen damals. (...) Es gab eben auch diese gestaltende Macht in dem Sinne, dass das Ministerium schon selber Entwürfe oder Formulierungen hatte, die dann auch so zum Gesetz wurden. Das war unter Ulla Schmidt recht verbreitet (...) dass eben hier natürlich die Fragesteller (Abgeordnete) schon vorher entsprechend gebrieft werden von den Interessen. Das war so bei der eGK. (...) damit es da dann keine Vetos mehr gibt und das schneller geht (im parlamentarischen Prozess)." (D07)
"Ich habe da keine Bundestagsabstimmungen gesehen, in denen der Abgeordnete rein nach seinem (...) Gewissen abgestimmt hat. (...) In der Detailausgestaltung eines Gesetzes macht das BMG in aller Regel das Gesetz, also einen Referentenentwurf von dem höchstens mal bei 10 Prozent, aller-

<sup>301</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 4.1.1

<sup>302</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 4.1.1

<sup>303</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 4.2



höchstens bei 10 Prozent abgewichen wird im parlamentarischen Prozess. Das ist schon so. Da fand kaum noch Beeinflussung auf das Gesetz (zur Einführung der eGK) seitens der Abgeordneten im Parlament statt. (...) Das sind teilweise groteske Schauspiele, die da im parlamentarischen Prozess stattfanden. Ich habe da mehrere Anhörungen mit erlebt. Da haben dann sogenannte Experten zwei Seiten vom Blatt abgelesen und da ist wenig Individualität da gewesen. Also es ist so eine Art Frage von den Interessengruppen vorgegeben, Antwort ausgearbeitet und abgelesen. Also es ist tatsächlich da nur Show. (...) Mancher (Abgeordneter) hat da besseres schauspielerisches Talent und bringt seine Argumente eher freier und mit schöner Wortwahl vor und andere lesen da stumpf vom Blatt ab. (...) Also da (im parlamentarischen Prozess) ist es dann schon passiert das Gesetz." (D10)

"Bei der Gesundheitskarte wurde das eigentlich vor dem parlamentarischen Prozess schon entschieden. (...) Man (Entscheidungsträger im BMG) erodiert da im Vorfeld schon mal die Interessen. Und dann versucht man ein kompromissfähiges Gesetz auch im Ministerium zu entwickeln und dann vorzulegen. (...) Das ist so die übliche Arbeit. Und diese intensive Detailarbeit können die Abgeordneten ja gar nicht leisten. Weil die das vom Arbeitsanfall gar nicht schaffen können. (...) Wenn es da mehr Diskussion im Parlament gäbe dann kann es auch länger dauern bis so ein Gesetz durchgeht. Und so ging es viel schneller." (D06)

"Wenn man das so einmal mitkriegt, dann ist man schon ein gutes Stück desillusioniert über den politischen Meinungsbildungsprozess. (...) Es ist quasi schon gelaufen an der Stelle (im parlamentarischen Prozess). Das findet vorher durch Lobbying statt, bei so normalen Gesetzesinitiativen wie der eGK. (...) Es passiert halt sehr viel hinter verschlossenen Türen. Und wenn es dann wenigstens halböffentlich wird, im Sinne von Ausschusssitzungen oder Anhörungen oder dann im deutschen Bundestag, wo es dann wirklich letztendlich um das Gesetz geht, ist die Messe eigentlich so gut wie gelesen. (...) Da sitzt ja kein Abgeordneter im Zimmer und denkt nach und sagt `Mensch, so eine Karte wäre ja geil.` ((lacht)) Ja also der hat ja keine Zeit zum Nachdenken und er ist natürlich auch kein Fachmann. Sondern die Ideen werden geliefert und werden gerüttelt, geschüttelt und dann fallen so zwei, drei Ideen pro Jahr raus. Und die gieße ich dann da (Parlament) rein (...) (...) So funktioniert das. (...) Deswegen sind die Demokratie-Theoretiker ja auch Theoretiker ((lacht)) Das ist ja auch wichtig aber (...) es läuft halt schon anders. Was halt wirklich tragisch oder schade oder auch schlimm ist, ist dass die (Demokratie-Theoretiker) keine Lobby haben und da runterfallen." (D02)

Die Einführung der eGK wurde im Vorfeld des parlamentarischen Verfahrens, im Ministerium gemeinsam mit Interessengruppen entwickelt. Im Parlament – das eigentlich demokratisch legitimiert ist, Gesetze zu erlassen – wurden dagegen keine Entscheidungen mehr getroffen. Es fehlten institutionelle Blockaden bzw. Schranken, welche das Verhältnis von Staat und Verbänden begrenzen. Innerhalb des Parlaments gab es wenig Vetospieler. Dies lag unter anderem auch an deren geringen technischen Wissen<sup>304</sup> und an dem Arbeitsaufwand der Abgeordneten. Des Weiteren gab es "populärere andere Themen, mit denen sich die (...) Abgeordneten deshalb lieber beschäftigt haben" (D09). Aus diesen Gründen beteiligten sich viele Abgeordnete nicht an der politischen Diskussion zur Einführung der eGK und blieben z. B. bewusst Ausschusssitzungen fern.<sup>305</sup>

#### 7.4.1.3 Das elektronische Kartensystem als Winset

Die Einführung des elektronischen Kartensystems kann als Winset bezeichnet werden. Denn es konnten sich die jeweiligen Maximalpositionen der Leistungserbringer, Kostenträger und Telematikfirmen nicht durchsetzen. Die große Mehrheit der Experten ist der Meinung, dass sich die an der politischen Diskussion beteiligten Akteure deshalb auf den kleinsten gemeinsamen Nenner einigten. Und dieser war in diesem Fall die Übereinkunft, ein elektronisches

<sup>304</sup> Zur technischen Ungewissheit bzw. zum fehlenden technischen Wissen seitens der politischen Entscheidungsträger siehe Kapitel 7.8.1.5

<sup>305</sup> Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 4.3

Kartensystem einzuführen. Genaues bzw. Details in Bezug auf die Umsetzung wurden nicht entschieden. Im Gesetz wurden keine klaren Aufgaben vergeben, es wurde sehr offen gehalten. Grund dafür war, dass "einfach die beiden Bänke, Kostenträger, also Krankenkassen und Leistungserbringer, immer noch viel zu weit mit ihren Interessen auseinander (liegen). Sodass da auch bei genauen Dingen sogar das BMG da keine Einigungen herbeiführen kann. (...) Also das ist einfach so, man bekommt in 99 Prozent der Fälle nicht mehr hin, als den kleinsten gemeinsamen Nenner. Und je unbelastbarer, je weniger nachhaltig und unkonkret Beschlüsse der Politik, vom BMG, sind, umso eher werden sie gefasst" (D10). Die Auswertung der Interviews hat ergeben, dass das Gesetz zur Einführung der eGK die Einigung auf ein Winset war und es deshalb zügig verabschiedet werden konnte<sup>306</sup>:

Tabelle 50: Die eGK als Winset (D)

Die eGK als Winset
"Es wurden ja schon sehr konkrete Termine genannt im Gesetz. Da hat man schon geschrieben, dass eben diese Karte 2006 dann da sein soll. Wie das erreicht werden sollte, wurde der Selbstverwaltung freigestellt. (...) Also es liegt an dieser schlechten Einigungsfähigkeit der Leistungserbringer und Krankenkassen. Diese Einigungsfähigkeit, das funktioniert einfach nicht. Das ist natürlich schon der kleinste gemeinsame Nenner, auf den man sich im Gesetz geeinigt hat. (...) Das Ganze ist ja eine Selbstverwaltungslösung. Die Details hat man dann der Selbstverwaltung überlassen. Da wurde ja dann die Gematik gegründet irgendwann. Und die waren und sind sich auch bis heute noch nur in dem einen einig, dass sie sich in nichts einig sind. Die Debatten danach, als es dann in die Umsetzung ging, waren sämtliche aus Absurdistan. Und da hatten wir die skurrilsten Beispiele. Dann hatten sich da alle wieder mal an einen Tisch gesetzt und dann gab es da ein Protokoll. Dann konnten sie sich über das Protokoll nicht einigen, also darüber nicht einigen, was sie da jetzt eigentlich alles beschlossen hatten. Dann haben sie beim nächsten Mal beschlossen, keine Protokolle mehr zu führen." (D07)
"Wie man das technisch löst, war noch sehr sehr unklar. (...) Wie man das technisch löst, ist auch nicht Gegenstand der politischen Debatte gewesen. Gegenstand der politischen Debatte war, dass es technisch geht, wie auch immer. Wie wir das im Detail machen, wollten wir uns dann später noch angucken. (...) Also diese Auseinandersetzung, welche Konzepte und wie machen wir dann das, sind alle erst geführt worden, als das Gesetz stand." (D03)
"Die Regierung hat auf Inhaltliches im Bezug auf die Umsetzung der Karte bei dem Gesetz verzichtet. Und das hat sie gemacht, damit das schneller durchgeht." (D02)

Das Gesetz zur Einführung der eGK konnte zügig verabschiedet werden, da es nur Rahmenbedingungen und keine Details festlegt. "Und das BMG hat bewusst erst ein Gesetz erlassen. Das war denen klar, dass wenn sie natürlich erst Pilotprojekte machen, dann vergeht viel Zeit. Die müssen ausgewertet werden. Und so (...) konnte(n) (die Akteure der Selbstverwaltung) sich dem nicht mehr entziehen. Also ich glaube kaum, dass es möglich gewesen wäre, auf Basis von Pilotprojekten alle Beteiligten quasi zusammenzuführen. Das wäre nicht möglich gewesen, dass die gemeinsam diese Technik schaffen. Da wäre jeder ausgebüchst. Und so war ein Gesetz da. Und das musste nun mal umgesetzt werden" (D07).

Wegen des offen gestalteten Gesetzes verzögerte sich die Implementation des Kartensystems nach Verabschiedung des Gesetzes. Es wurde ein Gesetz eingeführt, in dem festgelegt wurde, dass sich die Selbstverwaltung über die Umsetzung der eGK einigen soll. Diese Akteure der Selbstverwaltung konnten sich anschließend allerdings in vielen Aspekten nicht einigen. Deshalb verzögerte sich zum einen die Ausgabe der Karten um Jahre. Und zum anderen

<sup>306</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 4.4

wurden die im Gesetz gewünschten medizinischen Anwendungen noch immer nicht praktisch eingeführt<sup>307</sup>. Das Winset, sich auf den kleinsten gemeinsamen Nenner zu einigen, ist dafür verantwortlich, dass "nach gefühlten 20 Jahren, das sind nicht so viele, aber nach 10 Jahren, da der Prozess halt immer noch nicht substantiell vorangekommen ist" (D10). "Das (Implementation einer eGK) ist organisatorisch eine Herausforderung. Und diese ganzen Zombies (Akteure der Selbstverwaltung) da zu motivieren, zu koordinieren, das ist eine Herausforderung. Die Komplexität des Projektes kommt aus diesem föderalen Aufbau der Gesundheitsversorgung und den Gebietskörperschaften, die ja im Prinzip ein Eigenleben führen, ganz nach Belieben" (D09).<sup>308</sup>

## 7.4.2 Österreich

Die Auswertung der Interviews hat ergeben, dass in Österreich annähernd dieselben institutionellen Schranken fehlten, wie in Deutschland. Allerdings setzte sich die begrenzte Anzahl an Akteuren – die an der politischen Diskussion zur Einführung der E-Card beteiligt waren – in einer anderen Form zusammen. Genauere Zusammenhänge werden im Folgenden erklärt.

### 7.4.2.1 Begrenzter Korporatismus

Während in Deutschland das Gesetz zur Einführung der eGK vom BMG entwickelt wurde, lag die Initiative zur Einführung der E-Card in Österreich beim HV. Die E-Card "wurde im Rahmen der Sozialversicherung eingeführt" (Ö05). "Die Sozialversicherung war damals der starke Akteur, weil das Gesundheitsministerium jetzt nicht so der starke Akteur war. Weil die Ministerin damals war die Frau Hostasch, die war von der Gewerkschaft, Vizepräsidentin des österreichischen Gewerkschaftsbundes. Also insofern gab es natürlich eine starke Verankerung der Sozialversicherung in das Ministerium" (Ö03). Das Ministerium war damals in die Entscheidungsfindung eingebunden, hat aber keine leitende Rolle übernommen. "Eigentlich fällt mir da niemand im Ministerium ein, den ich mit dem Projekt in Verbindung bringe. (...) Noch einmal, das war kein politisches, hochbrisantes Projekt, das irgendjemand dort massiv gefördert hätte. Also das hat nicht die Politik gefördert, sondern das haben hauptsächlich die von der Sozialversicherung und der Wirtschaftskammer gefördert" (Ö06).<sup>309</sup>

Die Mitarbeiter im HV entwickelten den Gesetzentwurf in erster Linie gemeinsam mit politischen Entscheidungsträgern aus dem Bund und den Ländern. Darüber hinaus arbeitete der Hauptverband intensiv mit Interessenvertretern aus der Wirtschaftskammer und der Industriellenvereinigung zusammen – wie in Kapitel 7.2.2.1.1 bereits ausführlich diskutiert wurde.<sup>310</sup> Hier weisen alle Interviews einen erheblichen Konsens auf<sup>311</sup>:

Tabelle 51: Begrenzter Korporatismus – HV, Bund und Länder (Ö)

<b>Begrenzter Korporatismus – HV, Bund und Länder</b>
"Diese drei, Regierung, Bundesländer und Sozialversicherung, die haben sich auch in einer verfassungsrechtlich durchaus bedenklichen Art und Weise zu den Systempartnern erklärt. Und die haben sich Dinge angemahnt, die eigentlich Ministerien vorbehalten sind. Das ist einer der Einsprüche, oder der verfassungsrechtlichen Bedenken gegen ELGA und die E-Card, diese Dreier-Einheit von Bund,

<sup>307</sup> Stand Januar 2015

<sup>308</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 4.4

<sup>309</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 4.

<sup>310</sup> Die Ärztekammer bzw. deren Spitzenvertreter wurden erst zu einem späteren Zeitpunkt in die politische Diskussion mit einbezogen (siehe weiter unten in diesem Kapitel).

<sup>311</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 4.1.1

Land und Hauptverband der Sozialversicherungsträger als Systempartner. Systempartner ist gar nichts. Systempartner kommt in der österreichischen Verfassung nicht vor. Und durch dieses Unterlaufen vorhandener Rechtsnormen, indem ich eben eine Institution gründe, die es dort nicht gibt, weiche ich natürlich solche Normen auf, oder versuche es zumindest." (Ö07)

"Der damalige Kabinettschef der Gesundheitsministerin, der hat in einem Interview gesagt `Im Moment überlegen die drei Stakeholder Bund, Sozialversicherung und Länder wie die E-Card ausschauen soll`. Da hat er das gesagt. `Wir werden die Ärzte zu einem geeigneten Zeitpunkt einbeziehen. Aber noch ist es nicht so weit`. Verstehen Sie, was ich damit sagen will? Die wollten das hinter dem Rücken der Ärzte erst einführen und es denen aufs Auge drücken. (unv.) Die haben nicht sehr auf die Meinung der Ärzte Wert gelegt." (Ö08)

"Das war damals der Generalsekretär der Industriellenvereinigung. Der ist immer wieder sehr stark in dem Umfeld als Ansprechpartner vorgekommen. Es war (...) von der ÖVP Nationalratsabgeordneter und Gesundheitssprecher dabei. Es war dabei von der SPÖ die Ministerin selber (...) und ihr Kabinett halt. (...) Sie hatten den Herrn Sallmutter (Spitzenfunktionär des HV) sehr prominent vertreten. (...) Der Herr Sallmutter hat sich mit den Vertretern aus der Wirtschaft wesentlich besser verstanden (...) Und im Hauptverband war es natürlich der Herr Mandl, Generalsekretär, der damals immer da war. (...) Das Bundeskanzleramt, damals der Bundeskanzler, war eher am Rande nur vertreten. Aber dadurch, dass der Bundeskanzler selber Informatiker war ((lacht)), war er nicht schwer zu überzeugen, sag ich jetzt mal. Das waren jetzt so die Institutionen, die da immer da waren bei der Entscheidungsfindung. (...) Die Wirtschaftskammer selbst war da auch vertreten, natürlich." (Ö05)

Es wurden nur ausgewählte Spitzenvertreter bzw. Mitarbeiter des HV, der Wirtschaftskammer, der Industriellenvereinigung und politische Entscheider des Bundes und der Länder in die politische Entscheidungsfindung mit einbezogen. Die große Mehrzahl der befragten Experten betont, dass die Verhandlungen in einem sehr kleinen Kreis und immer mit denselben Interessenvertretern stattfanden<sup>312</sup>:

Tabelle 52: Begrenzter Korporatismus – kleiner etablierter Kreis an Entscheidern (Ö)

<b>Begrenzter Korporatismus – kleiner etablierter Kreis an Entscheidern</b>
"Österreich ist so groß wie Bayern halt ungefähr. Also man kennt sich einfach. Es ist also überschaubarer. (...) Natürlich sind das immer die gleichen Leute. (...) Also sozusagen, wenn es um eine spezielle Materie geht, dann ist das ja im Prinzip ein recht kleiner Kreis aus Industrie, Wissenschaft, Verwaltung, Sozialversicherung. (...) Man hat eben versucht das im stillen Kämmerchen auszuhecken." (Ö08)
"Da waren nicht so viele Leute (in die politische Entscheidungsfindung) mit eingebunden. Und vor allem, je mehr Leute dabei mitreden, desto schlimmer wird es. (...) Das (Zusammenstellung der Verhandlungspartner) ändert sich nicht. Das war eine Gruppe von bis zu 10 gleichen Leuten, die da immer zusammengekommen sind." (Ö06)
"Das sind eigentlich immer die gleichen Leute bei so Verhandlungen ((lacht)). Ja Österreich ist wohl sehr klein. Also die kennt man eigentlich schon, die da immer am Tisch sitzen. (...) Also das waren zu dem damaligen Zeitpunkt wirklich Insider hier, die sich damit beschäftigt haben. Das ist sehr sehr klein gehalten worden. Je größer der Kreis derer, die sich dann an diesem Prozess beteiligen ist, umso schwerfälliger wird das Ganze. Ja, es braucht viel mehr Zeit für mehr Abstimmungsprozesse, viel mehr Schleifen, weil man es dann auf den unterschiedlichsten Ebenen diskutiert." (Ö04)

Das Gesetz zur Einführung der E-Card wurde in Form eines begrenzten Korporatismus gemeinsam mit wenigen Akteuren aus Bund, Ländern, Sozialversicherung – "als Systempartner"

<sup>312</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 4.1.

(Ö07) – und Interessenvertretern der Wirtschaftskammer entwickelt. So konnten sich die Entscheider leichter und schneller einigen. Es fehlten institutionelle Schranken, welche die Macht der "Systempartner" und der Wirtschaft begrenzen hätten können.

Es wurde bereits in Kapitel 3.2 ausführlich dargestellt, dass sich Bund, Länder und Sozialversicherung in Österreich die wichtigsten Kompetenzen im Gesundheitswesen teilen. Dies trifft in besonderem Maße auf die Einführung der E-Card zu. Denn in diesem Fall übernahmen die politischen Akteure aus dem Bund und den Ländern keine führende Rolle. Sie beteiligten sich freiwillig wenig an der Diskussion, sondern gaben den Interessenvertretern aus dem Hauptverband die Möglichkeit, die Vorarbeiten ohne gesetzliche Deckelung, sondern nur auf Basis eines Entschließungsantrags durchzuführen (siehe Kapitel 3.3.3). Die Politiker aus den Ländern und dem Bund nahmen kaum an der Entwicklung des Gesetzes zur Einführung der E-Card teil, da die Akteure aus dem HV die Einführung der E-Card als reinen Ersatz des Krankenscheins auslegten. Auf die Länder kamen dadurch vorerst keine Kosten durch die Einführung des elektronischen Kartensystems zu.<sup>313</sup> Die Auswertung der Interviews hat ergeben, dass die Landesvertreter der Einführung der E-Card zustimmten und mit Informationen versorgt wurden, dass sie sich aber freiwillig nicht intensiv an den politischen Diskussionen beteiligten. Grund dafür ist, u. a. dass sie wenig technisches Wissen besaßen<sup>314</sup> und die E-Card ursprünglich nicht viel mehr können sollte, als der Krankenschein. "Dass sie (Länder) sich am Anfang nicht beteiligt haben, das lag daran, dass man (Mitarbeiter des HV) einfach gesagt hat: `Krankenscheine, die es auf Papier gab, werden durch eine Karte ersetzt`. Mit Krankenscheinen hatten die Länder nichts zu tun" (Ö02).<sup>315</sup> Außerdem waren sich die politischen Entscheidungsträger aus Bund und Ländern unsicher, ob "die Umstellung so reibungslos geht. Ganz sicher, die hatten viel zu viel Angst, dass hier der Volkszorn sie trifft und sie dann schuld sind, wenn sie sich an die Spitze setzen mit `Juhu, wir sind die Einführer der E-Card`" (Ö06).<sup>316</sup> Deshalb beteiligten sie sich nur passiv an der Diskussion und betrauten die Interessenvertreter des HV hauptsächlich mit der Entwicklung des Projekts E-Card. Zudem schenkten die politischen Entscheidungsträger anderen Themen mehr Aufmerksamkeit als der Einführung der E-Card. "Da war das Thema E-Card (...) nicht so wichtig, dass sich, übertrieben gesagt, wegen dem Thema die Kanzlerfrage gestellt hätte. (...) Die Mitarbeiter im Hauptverband der Sozialversicherung konnten sozusagen im Schatten dieser Einschätzung das System zu Ende bringen" (Ö05).<sup>317</sup>

Der Hauptverband der Sozialversicherung entwickelte also maßgeblich das Gesetz zur Einführung der E-Card und hatte dabei die Unterstützung der Wirtschaftskammer und Industriellenvereinigung, sowie die Zustimmung der politischen Entscheider aus dem Bund und den Ländern. Erst als der Gesetzentwurf bereits erarbeitet war, wurde die Ärzteschaft – und davon lediglich die Funktionäre der Ärztekammer – in die Verhandlungen um die Karte mit einbezogen. Grund dafür war die Vernetzung der Funktionäre der Ärztekammer mit politischen Entscheidern aus den Parteien, speziell der ÖVP. Es wurden also zusätzlich zu den bereits identifizierten Interessengruppen, ein, zwei Interessenvertreter der Ärztekammer in die Diskussion zur Einführung der E-Card mit einbezogen. "Im Prinzip waren da (bei den "späteren" Verhandlungen mit den Interessenvertretern der Ärzte) die Ärztekammer und der Hauptverband und sonst niemand. Das waren die betroffenen Gruppen" (Ö06).<sup>318</sup>

<sup>313</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 4.1.2

<sup>314</sup> Das technische Wissen der politischen Entscheidungsträger wird ausführlich in Kapitel 7.8.2.5 diskutiert.

<sup>315</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 4.1.2

<sup>316</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 4.3

<sup>317</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 4.3

<sup>318</sup> Zur Beteiligung der Ärzteschaft an der politischen Diskussion: Kapitel 7.2.2.2

Andere Interessengruppen, wie die Patienten, Apotheker und Pflegeberufe, wurden nicht in die politische Diskussion zur Einführung der E-Card eingebunden. Die Akteure aus dem Hauptverband begründeten diesen Ausschluss damit, dass die E-Card nur ein reiner Ersatz des Krankenscheins sei. Damit berühre die Einführung der Karte diese Interessengruppen nicht weiter. Selbst die Datenschützer wurden mit diesem Argument von der politischen Diskussion ferngehalten.<sup>319</sup> "Der Datenschutzrat ist ein Beratungsgremium des Parlaments. In dem war der Herr Mandl (leitender Mitarbeiter im Hauptverband der Sozialversicherung) Mitglied. Das hat sich also glücklich gefügt. Und der hat natürlich dort auch die immer mit Informationen versorgt und er war immer dort natürlich. (...) Durch den Herr Mandl hatte man die sozusagen unter Kontrolle" (Ö05). Von den Gesundheitsdienst-Anbietern bzw. Verbänden der Ärzteschaft wurde nur die Ärztekammer einbezogen. Dies liegt nicht nur an den Interessenvertretern des Hauptverbandes. Sondern "diese anderen Verbände und Leute haben deswegen wenig Chancen bei so Gesprächen dabei zu sein, weil die Ärztekammer das gar nicht will. (...) Weil, meistens waren das ja Leute von den Ärzten heraus, die diese Protestaktionen gemacht haben, Stichwort `Stoppt die E-Card`. Aber die Ärztekammer hatte selbst kein Interesse daran, diese Personen in ihre Gruppen mit einzubeziehen. Das hätte die Ärztekammer nicht gewollt, wenn wir die mit an den Tisch genommen hätten. Weil die Ärztekammer sich vorbehält zu bestimmen, welche Ärztevertreter an Verhandlungen teilnehmen" (Ö05). "Leicht ist es nicht, als neuer Verband der Ärzteschaft, in politische Entscheidungsdiskussionen eingebunden zu werden. Damals wurden die sowieso nicht eingebunden" (Ö08).<sup>320</sup>

Insgesamt kann festgehalten werden, dass vor Einführung der E-Card – auf Grundlage eines vom Bund aufgetragenen Soll-Konzeptes – informelle Konsensrunden eingerichtet wurden. Diese Konsensrunden wurden maßgeblich vom HV initiiert. Dort traten Interessenvertreter des Bundes, der Länder und der Sozialversicherung oder – wegen der freiwilligen Nichtbeteiligung der Akteure aus dem Bund und den Ländern – nur Interessenvertreter der Sozialversicherung gemeinsam mit Akteuren aus der Wirtschaft in Verhandlungen zusammen. Andere Interessengruppen wurden zu Beginn nicht an der politischen Diskussion beteiligt. Zu einem späteren Zeitpunkt gab es Absprachen mit wenigen Spitzenvertretern der Ärztekammer. Durch diesen begrenzten Korporatismus gab es wenig Vetospieler im vorparlamentarischen Entscheidungsprozess. Dadurch war es den politischen Entscheidungsträgern leichter, einen Konsens innerhalb der Interessengruppen zu finden. Es fehlten demnach institutionelle Blockaden, welche diesen begrenzten Korporatismus hätten verhindern können.

#### 7.4.2.2 Umgehen von Verfassungsinstitutionen

Die Einbeziehung der genannten Interessenvertreter in die politische Diskussion zur Einführung der E-Card sollte – wie in Deutschland – die Effektivität und Effizienz staatlichen Handelns steigern. Durch informelle Konsensrunden wurden potentielle Konflikte vermieden und der Entscheidungsprozess beschleunigt. Die politische Einigung geschah im Vorfeld und außerparlamentarisch. Die parlamentarischen Kammern waren somit nur noch Ratifikationsinstanz. Hier weist die Mehrzahl der Interviews einen erheblichen Konsens auf<sup>321</sup>:

Tabelle 53: Umgehen von Verfassungsinstitutionen (Ö)

Umgehen von Verfassungsinstitutionen
"Solche vorparlamentarischen Verfahren fanden statt. (...) Die Dinge sind ja in dem Moment, in dem es das Gesetzesbegutachtungsverfahren gibt, schon festgelegt." (Ö01)

<sup>319</sup> Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 4.1.3

<sup>320</sup> Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 4.1.3

<sup>321</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 4.2

"Wir haben ja die größten Stolpersteine schon vor dem Gesetzesverfahren aus dem Weg geräumt. Das (Einigung auf den Inhalt des Gesetzes) passierte alles schon zuvor. (...) Diese Gespräche waren völlig informell und inoffiziell. Das Gesetz haben wir einfach miteinander beschlossen. Wir haben einfach beschlossen, dass wir das sozusagen machen. So haben wir eben gewährleistet, dass wir nicht in der Öffentlichkeit und mit dem Parlament und mit den Politikern ins Strudeln kommen." (Ö06)

"Der parlamentarische Akt ist bei uns sozusagen der Abschluss und nicht der Beginn eines Gesetzes. (...) Da gibt es vorgelagert vor dem Parlament einen politischen Abstimmungsprozess. (...) Also man kann sagen, die Mechanismen der Demokratie sind sozusagen dann die Pflichtübung, die man gemacht hat. Im Vorfeld aber findet die eigentliche Knochenarbeit statt, dass man einen politischen Konsens mit den Interessengruppen erzeugt. Da steht dahinter, dass man im normalen Stellungnahmeverfahren sich darauf verlässt, dass im Zuge dessen schon davor alle eingebunden werden, die dazu was beitragen können oder auch hinderlich sein könnten. (...) Vergleichsweise zu dem vorhergehenden Prozess haben die Stellungnahmen im parlamentarischen Verfahren eine untergeordnete Rolle. (...) Das stellt jetzt die Stellung der Abgeordneten im Parlament vielleicht ein bisschen minderwertig dar, wenn man das so sagen darf. Aber de facto ist die politische Realität die, Sie verzeihen mir dass ich das jetzt so unschön sage, dass Abgeordnete letztendlich Stimmvieh sind, die ihrem Club-Schwarm folgen." (Ö05)

Das parlamentarische Verfahren war nicht der Ort, an dem die E-Card entschieden wurde. Die Verfassungsinstitutionen wurden umgangen. Das Umgehen des Parlaments ist in Österreich leicht möglich, da "praeter legem gewachsene Regeln und Strukturen existieren, die ohne jede gesetzliche Grundlage von allen als common sense beachtet werden. Ein Beispiel dafür ist, dass der Ministerrat, das ist die Sitzung der Mitglieder der Bundesregierung, den es als solches in der Verfassung begrifflich nicht gibt, Beschlüsse über Regierungsvorlagen an das Parlament einstimmig trifft. Das steht nirgends" (Ö05).

In Österreich gibt es eine "starke politische Verflechtung zwischen Gesetzgebung und Verwaltung" (Ö05). Die Mitarbeiter im Hauptverband entschieden den politischen Wandel "Einführung der E-Card" maßgeblich. Es fehlten institutionelle Schranken, welche die Macht der "Systempartner" und vor allem der Interessenvertreter des HV begrenzen und das Umgehen von demokratisch legitimierten Verfassungsinstitutionen hätten verhindern können. Diese nicht vorhandenen politisch-institutionellen Schranken gewährleisteten die zügige Einführung der E-Card in Österreich.

#### 7.4.2.3 Das elektronische Kartensystem als Winset

Die gesetzliche Einführung der E-Card kann als Winset bezeichnet werden. Um nicht am Veto vieler Interessengruppen zu scheitern, wurde die E-Card als reiner Krankenschein-Ersatz eingeführt. Gleichzeitig war der Wunsch der Akteure aus dem HV da, mit Hilfe der Karte eine Telematikinfrastruktur auszubauen (siehe Kapitel 7.6.2.2). Doch wären diese Überlegungen bereits im Gesetz formuliert worden, wäre das Gesetz höchstwahrscheinlich nicht – oder nicht derart zügig – verabschiedet worden. Denn z. B. fürchtete die Ärzteschaft Transparenz und die Datenschützer den Datenmissbrauch durch die Speicherung von Daten mit Hilfe der E-Card. Also wurde das Gesetz – wie auch in Deutschland – offen gehalten und keine medizinischen Anwendungen festgelegt und auch die Umsetzung nicht konkretisiert<sup>322</sup>.

<sup>322</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 4.4

Tabelle 54: Die E-Card als Winset (Ö)

Die E-Card als Winset
<p>"Da hat man das so gemacht und wenig Inhaltliches reingeschrieben, was die Daten betrifft, um überhaupt die gesetzliche Hürde schaffen zu können. (...) Und wir haben natürlich enorm viele Interessenlobbys, die natürlich auch innerhalb der bestehenden Parteien unterschiedlichste Zielsetzungen verfolgen. Das führt dann immer zu dem kleinsten gemeinsamen Nenner, zum politischen Kompromiss. Und das war damals der Krankenscheinersatz." (Ö05)</p>
<p>"Es war natürlich schon ein Kompromiss dabei. Weil ja die ursprünglichen Pläne viel weiter gehend waren. Man (Interessenvertreter des HV) hatte ja eben die Idee, da wirklich Gesundheitsdaten auch auf dieser Karte zu verankern. Die Ideen sind dann aus verschiedenen Gründen eben dann eigentlich gestrichen worden. (...) Also es wollten dann doch große weite Kreise (...) das nicht unbedingt haben. (...) Also man muss schon sagen im Endeffekt, das Projekt wie es dann (gesetzlich) umgesetzt wurde, war das Ergebnis eines politischen Kompromisses." (Ö03)</p>

"Das Gesetz war so weit gesteckt, dass man daraus sozusagen nichts ableiten konnte und darin alles lesen konnte, was man wollte" (Ö06). Dieses Winset führte dazu, dass erst im Nachhinein – nach der gesetzlichen Verabschiedung – die Details, also die Umsetzung und Ausgestaltung der E-Card diskutiert wurden. Das Gesetz zur Einführung sah keine Datenspeicherung vor, diese wurde danach aber doch in Erwägung gezogen. Deshalb entstanden viele Streit-Diskussionen und Uneinigkeiten erst nach der gesetzlichen Einführung der Karte. Das ist der Grund, weshalb sich die Einführung der Karte – trotz des zügig verabschiedeten Gesetzes – verzögerte, bzw. es gibt eine "Karte, die einen Chip trägt, der angeblich 40 000 Din A4-Seiten speichern könnte und weiß Gott was kann. Dieser Chip ruht. Der tut momentan gar nichts. Der kann derzeit nichts und der tut nichts. (...) Also das heißt, wenn ich die dazu einmal übliche Pappendeckel-Karte mit der Versicherungsnummer hätte, würde ich genau das Gleiche machen können" (Ö07). Die E-Card besitzt derzeit einen Speicherchip, mit dem "haben (wir) (...) zumindest die Basis, die Möglichkeit (Informationen zu speichern). Aber wie gesagt, das Problem liegt an der Ausführung. Ich sage immer das ist wie ein Küchenmesser, Sie können damit Tomaten schneiden oder das Brot streichen, oder Sie können jemanden damit umbringen" (Ö08).<sup>323</sup>

Die jeweiligen Maximalpositionen – keine Einführung der Karte und Einführung mit Patienten- und Behandlungsdaten – waren nicht durchsetzbar. Deshalb fiel die politische Entscheidung auf den kleinsten gemeinsamen Nenner. Die gesetzliche Einführung der E-Card kann als Winset bezeichnet werden.

### 7.4.3 Zusammenführung

Beim Vergleich der Einführung der elektronischen Kartensysteme in Deutschland und Österreich fällt auf, dass in beiden Staaten nur wenige und etablierte Interessengruppen in die politische Entscheidungsfindung mit einbezogen wurden. In beiden Staaten fanden die politischen Weichenstellungen im Vorfeld der parlamentarischen Verhandlungen statt.

In Deutschland spielte das BMG eine starke Rolle im Einführungsprozess. Die Mitarbeiter dort entwickelten gemeinsam mit Interessenvertretern der Industrie und der Krankenkassen bzw. einigen wenigen Interessenvertretern der etablierten Verbände der Leistungserbringer das Gesetz zur Einführung der eGK. In Österreich waren in die ersten Verhandlungen Interessen-

<sup>323</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 4.4



vertreter des HV, des Bundes und der Länder involviert. Diese drei Interessengruppen sind als "Systempartner" die stärksten Repräsentanten im österreichischen Gesundheitswesen. Wobei sich die Akteure aus Bund und Ländern nicht maßgeblich engagierten, sondern die Erarbeitung des Gesetzes zur Einführung der E-Card den Mitarbeitern der Sozialversicherung überließen. Diese Mitarbeiter arbeiteten eng mit Interessenvertretern der Wirtschaft – im Speziellen der Wirtschaftskammer und der Industriellenvereinigung – zusammen. Erst anschließend wurden ein paar wenige Spitzenvertreter der ÖÄK in die politische Diskussion involviert.

In Deutschland und in Österreich hatten viele Interessengruppen – wie die Patienten und die Pflegeberufe – keine hinreichende Chance, sich an den politischen Verhandlungen zu engagieren. Ferner wurden viele Verbände und Vereinigungen der Ärzteschaft ausgeschlossen. "Neue" Verbände – abgesehen von denen der Industrie – hatten im Gegensatz zu etablierten Verbänden und den Kammern keine Chance, an der politischen Diskussion teilzunehmen. Es fehlten institutionelle Schranken, welche diesen begrenzten Korporatismus bzw. die Herrschaft einiger weniger Interessengruppen hätten begrenzen können.

Zusätzlich wurde das Gesetz zur Einführung eines Kartensystems in Deutschland und in Österreich bereits im Vorfeld des parlamentarischen Prozesses entschieden. Die parlamentarischen Kammern waren in beiden Staaten lediglich Ratifizierungsinstanz. Auch an dieser Stelle fehlten institutionelle Schranken, welche den parlamentarischen Prozess hätten stärken bzw. die Vereinbarungen im Vorfeld des parlamentarischen Prozesses einschränken können.

**H 4.1** „*Es fehlten machtvolle institutionelle Schranken, wie die Einbindung von korporatistischen Arrangements und Verfassungsinstitutionen, welche die Einführung des elektronischen Kartensystems verhindern hätten können. Wenige Vetospieler waren an der Entscheidungsfindung zur Einführung des Kartensystems beteiligt*“ kann demnach für die Einführung eines elektronischen Kartensystems im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen **vorläufig nicht verworfen werden**.

Darüber hinaus kann die Einführung der eGK in Deutschland und der E-Card in Österreich als Winset bezeichnet werden. Hinsichtlich der unterschiedlichen Interessen der an der politischen Entscheidung beteiligten Interessengruppen, einigten sich die beteiligten Akteure auf den kleinsten gemeinsamen Nenner. Das Gesetz wurde in beiden Staaten sehr offen gestaltet bzw. Inhalte wenig konkretisiert. Details, welche die Art und Weise der Implementation der Kartensysteme beschreiben, wurden in Deutschland und Österreich nicht gesetzlich festgelegt. Zusätzlich wurde in Österreich darauf verzichtet, die ursprünglich geplante Speicherung von Patienten- und Behandlungsdaten im Gesetz zu verankern.

**H 4.2** "*Die jeweiligen Maximalpositionen `Einführung einer Karte mit allen Patienten- und Behandlungsdaten` und `Keine Einführung eines Kartensystems` hatten auf Grund der Stärke der jeweiligen Vetospieler keine Chance auf Umsetzung. Das elektronische Kartensystem kann als `Winset` bezeichnet werden*" kann demnach für die Einführung eines elektronischen Kartensystems im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen **vorläufig nicht verworfen werden**.

Angesichts der Einigung auf ein Winset ging die Einführung der elektronischen Kartensysteme in beiden Staaten nur auf den ersten Blick schnell vonstatten. Denn letztendlich dauerte bzw. dauert die praktische Umsetzung der Systeme samt medizinischer Anwendungen in beiden Staaten viel länger als geplant. Dafür verantwortlich waren und sind die vielen heterogenen

Interessen der Akteure und die konfliktären Diskussionen, welche erst nach der gesetzlichen Einführung der elektronischen Karten ein Spielfeld fanden.

Überdies vereinfachte die Tatsache, dass keine supra- oder internationalen Organisationen institutionell in die Entscheidungsfindung mit einbezogen wurden, die Entscheidungsfindung in Deutschland und Österreich. Denn "ich könnte mir vorstellen, dass es durchaus noch komplizierter und komplexer geworden wäre oder dass es durchaus komplizierter und komplexer wäre, wenn die EU da mitreden könnte" (D10).<sup>324</sup> Die Form und das Ausmaß internationaler Einflussfaktoren auf die nationale Entscheidung in Deutschland und Österreich, ein elektronisches Kartensystem einzuführen, werden im Folgenden Kapitel dargestellt.

## 7.5 Internationale Einflüsse

Die bislang diskutierten Erklärungen für politischen Wandel behandeln den Einfluss der innerhalb eines Nationalstaates entstehenden Faktoren auf politische Veränderungen. Die Vertreter der Internationalen Hypothese sehen Staatstätigkeit von externen, inter- oder transnationalen Kräften bestimmt. Bevor im Folgenden für Deutschland und Österreich analysiert wird, ob inter- oder transnationale Faktoren die Einführung eines nationalen elektronischen Kartensystems in den beiden Staaten bedingt haben, werden Projekte und Verordnungen/Richtlinien im Bereich Gesundheitstelematik supra- und internationaler Organisationen – auf EU-Ebene und der Unterorganisationen der Vereinten Nationen – sowie transnationale Projekte und Projekte in anderen Staaten vorgestellt. Es ist notwendig zu wissen, ob es solche inter- oder transnationale Tätigkeiten im Bereich Gesundheitstelematik gab, um anschließend analysieren zu können, ob diese einen Einfluss auf die Staatstätigkeit "Einführung eines nationalen elektronischen Kartensystems" in Deutschland und/oder Österreich hatten.

### Europäische Union

Es erfolgte "systematisch ... in den letzten Jahren ein verstärkter Anstoß auf europäischer Ebene", Gesundheitstelematik zu fördern (Dietzel, 2000). Die europäische Kommission unterstützte viele nationale E-Health-Projekte mit hohen finanziellen Mitteln und versuchte so, „die Informationstechnologie für die Gesundheitssysteme in Europa verstärkt nutzbar zu machen (Rienhoff/Verhey, 2005, S. 663). Die Forschungsorientierung auf EU-Ebene hat ihren Anfang Ende der 80er Jahre (Rienhoff/Verhey, 2005, S. 665). Z. B. fördert bzw. förderte die Europäische Kommission Gesundheitstelematik seit 1989 innerhalb des Programms Advanced Informatics in Medicine (AIM) und von 1999 bis 2002 innerhalb des Projekts Benutzerfreundliche Informationsgesellschaft (Information Society Technologies – IST)<sup>325</sup> (Dietzel, 2000). Zu den größten projektorientierten Ansätzen der EU gehörten und gehören die Arbeitsgruppen EHTO und EHTEL.<sup>326</sup> (Rienhoff/Verhey, 2005, S. 665). Mit dem IDA-Programm „Interchange of Data between Administrations“ baut die Europäische Kommission seit 1995 transeuropäische Net-

<sup>324</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 4.5 und IE Österreich 4.5

<sup>325</sup> AIM und IST beschäftigten bzw. beschäftigen sich mit rechnergestützten Systemen für den Krankenhausbetrieb, fortgeschrittenen Telemedizin-Diensten und Netzanwendungen zur Unterstützung der im Gesundheitswesen Tätigen, Kontinuität der medizinischen Versorgung, Managementsystemen für das Gesundheitswesen sowie intelligenten Systemen, mit deren Hilfe der Bürger mehr für seine Gesundheit tun und größere Eigenverantwortung übernehmen kann (Dietzel, 2000).

<sup>326</sup> Bislang ist die EHTEL die einzige etablierte und regelmäßig tagende Arbeitsgruppe zum Thema Gesundheitstelematik, in der sich die Gesundheitsministerien verschiedener europäischer Länder austauschen (Rienhoff/Verhey, 2005, S. 666) – mehr zu EHTO und EHTEL unter <http://www.ehtel.eu/>.

ze zum elektronischen Datenaustausch zwischen Verwaltungen auf (GD III zusammen mit GD V). Der Programmwurf für 1998 bis 2000 wurde Anfang 1999 im Rat und Europäischen Parlament verabschiedet (IDA II) (Dietzel, 2000).

Insgesamt wurden bis zum Jahr 2000 im Bereich Gesundheit mehr als 90 Projekte von der Europäischen Kommission gefördert, mit einem Gesamt-Fördervolumen von über 400 Mio. Euro. Die Projekte deckten verschiedene Bereiche ab<sup>327</sup> (Dietzel, 2000). Seit den frühen 90ern existieren weitere Institutionen bzw. Foren auf EU-Ebene in Zusammenarbeit mit Unterorganisationen der Vereinten Nationen – im Speziellen der WHO. Über diese Netzwerke tauschen sich Experten im Themenbereich aus – z. B. gibt es seit Juni 1993 den Zusammenschluss "European Federation für Medical Informatics" (EFMI). Das Forum veranstaltete Arbeitstagungen und europäische Kongresse mit in der Medizininformatik tätigen Experten. EFMI ist ein regionales Mitglied der International Medical Informatics Association (IMIA), eine Nicht-Regierungsorganisation der WHO<sup>328</sup> (Rienhoff/Verhey, 2005, S. 664). Innerhalb der Projekte auf EU-Ebene "wurde `alles` gefördert, was Technologie im Gesundheitswesen ausmacht" und damit auch Möglichkeiten der Vernetzungen mit Hilfe von Chipkarten (Rienhoff/Verhey, 2005, S. 665).

Mit den Aktionsplänen eEurope 2002 und 2005 legte die EU europaweit verbindliche Meilensteine für den Aufbau von Telematikinfrastrukturen für das Gesundheitswesen (Schug/Redders, 2005, S. 656).

Der Aktionsplan eEurope 2002 vom März 2001 beinhaltet einen Kernsatz gemeinsamer Qualitätskriterien mit dem Ziel, einen europäischen Rahmen für Gesundheitstelematik zu erarbeiten (Paland/Riepe, 2005, S. 628). Im Kapitel "Health Online" heißt es, das Ziel sei „eine Informationsgesellschaft für alle“ zu schaffen. Bis Ende 2002 wollten die Mitgliedstaaten „sicherstellen, dass für die ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung eine Telematikinfrastruktur einschließlich regionaler Netze zur Verfügung steht“ (Schug/Redders, 2005).

Im Aktionsplan eEurope 2005 vom Mai 2002 wurden dann die Einführung einer europäischen Krankenversichertenkarte als Ersatz für den Auslandskrankenschein (zur Krankenversichertenkarte: Kapitel 3.3.1) und gemeinsame Konzepte für Patientenidentifikation, eine standardisierte Architektur für elektronische Patientenakte sowie SmartCards als Schlüssel zur Speicherung von Gesundheitsdaten vereinbart (Schug/Redders, 2005).

Ein weiterer Aktionsplan wurde durch die Mitteilung KOM 2004 erarbeitet. Dieser „Aktionsplan für einen europäischen Raum der elektronischen Gesundheitsdienste“ (European e-Health Area) fördert den Auf- und Ausbau elektronischer Gesundheitsdienste in der EU mit dem Ziel, den Zugang zu und die Qualität von Gesundheitsdienstleistungen zu verbessern und gleichzeitig Effizienz und Produktivität im Gesundheitswesen zu erhöhen (Schug/Redders, 2005, S. 655).

Die Harmonisierung der Gesundheitstelematik war und ist seitens der EU erwünscht und gewollt. Es gibt diverse Visionäre, die innerhalb von Projektgruppen über gemeinsame Lösungen nachdenken (Duplaga et al., 2004). Die Europäische Kommission diskutiert rechtliche und ethische Aspekte der Gesundheitstelematik mit verschiedenen nationalstaatlichen Akteuren –

<sup>327</sup> Zu den Bereichen gehörten Multimediale (elektronische) Krankenblätter, verbesserte Arbeits- und Managementverfahren im professionellen Bereich (u. a. Krankenhausinformationssysteme, regionale und internationale Netze), bildgebende Verfahren (3-dimensionale Computertomografie, aufwandsparende Archivierungsverfahren etc.), Verbindung von Behandlung und Nachsorge, Bildung und Verzahnung von (regionalen) Versorgungsnetzen, Telediagnostik, Telekonsultation und telemedizinische Notfalldienste, Informationsdienste für Bürger und Mitarbeiter des Gesundheitswesens, Querschnittsfragen: Verbreitung und Auswertung von Ergebnissen, Aus- und Weiterbildung in Gesundheitstelematik, Sicherheit und Datenschutz.

<sup>328</sup> Mehr zu IMIA unter [www.imia.org](http://www.imia.org)

aus den Reihen der Leistungserbringer und Kostenträger, der Wirtschaft, Wissenschaft und Ministerien.<sup>329</sup> Die Anpassung rechtlicher Aspekte auf europäischer Ebene ist dennoch kompliziert und langwierig. Es fehlt die personelle Basis (Rienhoff et al., 2000), Rechtsexperten und Entwicklungsvorstellungen (z. B. Auslassen des Kapitels „Gesundheit“ bei den Römischen Verträgen). Eine Harmonisierung von E-Health in Europa und eine europäische Telematikarchitektur ist aus den genannten Gründen bislang nicht in Sicht (Rienhoff/Verhey, 2005, S. 66). Dennoch existieren gemeinsame europäische Aktionspläne. Diese Aktionspläne entstanden auf EU-Ebene und sind seit ihrer Entstehung für alle Mitgliedstaaten bindend. Es gibt allerdings keinerlei Konsequenzen bzw. Sanktionen für die Staaten bei Nichteinhaltung der Pläne.

Der erste Aktionsplan wurde 2001 vereinbart. Damals hatte Österreich die E-Card schon gesetzlich verabschiedet. Doch stand die Art und Weise der technischen und organisatorischen Umsetzung der E-Card – wie bereits ausführlich in Kapitel 7.4 diskutiert – zu dem Zeitpunkt noch nicht fest. Auch die Anzahl und Ausgestaltung der Anwendungen änderte sich in den Jahren nach der gesetzlichen Einführung der E-Card noch. Deshalb könnten die Aktionspläne der EU auch auf die Einführung des Kartensystems in Österreich – bzw. hauptsächlich auf dessen Implementation – einen Einfluss gehabt haben. Die eGK in Deutschland wurde erst 2003 verabschiedet. Das bedeutet, dass die Aktionspläne von 2001 und 2002 einen Einfluss auf die Einführung der eGK gehabt haben könnten. Ferner existieren seit Ende der 80er von den EU-Institutionen angestoßene E-Health-Projekte. Auch diese könnten in Form der transnationalen Kommunikation Auswirkungen auf Deutschland und Österreich gehabt haben, das jeweilige elektronische Kartensystem einzuführen.

### **Weitere supra- und internationale Organisationen**

Die Unterorganisationen der Vereinten Nationen waren – wie bereits beschrieben – in manche EU-Projekte auf verschiedene Weise mit eingebunden. Eigenständige Projekte dieser IOs entstanden allerdings erst, als die elektronischen Kartensysteme in Deutschland und Österreich schon gesetzlich verabschiedet waren. Die OECD forderte z. B. erstmals in ihrer 2004 veröffentlichten Studie „Health-Projects of OECD“ eine elektronische Patientenakte mit individueller Information über den Gesundheitszustand und die bisherigen Behandlungen in allen westlichen Staaten (OECD, 2004). Die Empfehlungen könnten deshalb, in Form transnationalen Kommunikation, in der Implementationsphase Auswirkungen auf die Einführung der elektronischen Kartensysteme in Deutschland und Österreich gehabt haben.

### **Bilaterale Zusammenarbeit zwischen Staaten**

Hinsichtlich der Komplexität der europäischen Abstimmungen existiert außerhalb der Europäischen Union seit Mitte der 90er Jahre der Versuch, bilaterale Prozesse im Bereich Gesundheitstelematik voranzutreiben. Z. B. entstand ein E-Health-Projekt zwischen der KBV in Deutschland und dem französischen Sozialministerium. Die Abstimmung zwischen dem deutschen und französischen System war allerdings schwierig, da keine klassisch vergleichbaren, gleichberechtigten Partner (Verband und Ministerium) miteinander agierten. Die diversen Versuche Mitte der 90er zeigen, dass bilaterale Abkommen erst auf Basis vorab erzielter nationaler Zuständigkeiten und Zielhierarchien möglich werden (Rienhoff/Verhey, 2005, S. 667). Zu-

<sup>329</sup> Die aktuellen und vergangene Projekte der Europäischen Kommission im Bereich E-Health und die jeweilig mitwirkenden Akteure sind auf der Internetpräsenz des CORDIS – Forschungs- und Entwicklungsinformationsdienst der Gemeinschaft – der Europäischen Kommission einsehbar.

sätzlich zu diesen Kooperationen und den Projekten der EU inszenierten die G7-Staaten 1995 ein erstes G7-Gesundheitsprojekt – ein Pilotprojekt für Telematik-Anwendungen im Gesundheitswesen. Dabei beauftragten die G7-Staaten die Europäische Kommission, das Gesundheitsprojekt der G7-Staaten zu koordinieren. Grund dafür waren die Erfahrungen der EU mit E-Health-Projekten. Das von den G7-Staaten angestoßene Projekt wurde dann zum G8 Global Healthcare Applications Project (GHAP) erweitert. Mittlerweile hat das GHAP 10 Unterprojekte zum Gegenstand.<sup>330</sup> Während die Europäische Kommission für die von der EU initiierten Projekte die ganze Durchführungsverantwortung trägt, hat die Kommission bei den G8-Projekten lediglich eine Koordinierungsfunktion. Sie steuerte und steuert die „konzertierte Aktion der G8-Staaten als `primus inter pares` ... Jedes Land bringt eigene Finanzbeiträge ein und ist voll für seine Arbeits- und Programmbeiträge selbstverantwortlich.“ Das G8-Gesundheitsprojekt ist in elf weitere G8-Projekte eingebettet, die alle das Ziel verfolgen, eine Informationsgesellschaft in den beteiligten Ländern aufzubauen und den Einsatz schon entwickelter Technologien in wichtigen Anwendungsbereichen zu beschleunigen. Innerhalb der Projekte arbeiten Leistungserbringer und Kostenträger aus den Gesundheitswesen, sowie Telematik-Experten auf freiwilliger Basis zusammen. „Die Regierungen unterstützen `durch eine helfende Hand` lediglich Kooperations- und Entwicklungsbemühungen“ (Dietzel, 2000). Die einzelnen G8-Projekte – von denen einige schon abgeschlossen wurden – teilen sich eine Homepage, ein öffentliches internetbasiertes Diskussionsforum, ein passwortgeschütztes internes Managementforum sowie Datenbank- und Referenzlisten (Dietzel, 2000). Es fand und findet transnationale Kommunikation zwischen einzelnen Akteuren der G8-Staaten statt. Ferner gab es transnationale Projekte, von denen die politischen Entscheidungsträger in Deutschland und Österreich gelernt haben könnten (Policy-Learning) und die deshalb Auswirkungen auf die Einführung eines nationalen elektronischen Kartensystems in Deutschland und Österreich gehabt haben könnten.

### **(Elektronische) Kartensysteme in anderen Staaten**

Neben Österreich und Deutschland führten auch andere Staaten ein flächendeckendes elektronisches Kartensystem ein. Österreich war das erste Land, welches ein elektronisches Kartensystem gesetzlich einführte, bei dem die Möglichkeit besteht, medizinische Daten zu speichern.

Die Carte Vitale 1 (CV1) wurde in **Frankreich** 1997 durch die Verordnung des damaligen Premierministers Alain Juppé – die sogenannte Ordonnance Juppé – verabschiedet und gesetzlich im französischen Sozialversicherungsgesetz (Code de la Sécurité Sociale, CSS) verankert. Sie ersetzte die papierbasierte Sozialversicherungskarte und war von ihren Anwendungsmöglichkeiten her vergleichbar mit der KVK in Deutschland (Ministère de la Santé et des Solidarités, 2014). Auf der Carte Vitale 1 konnten aus technischen Gründen keine medizinischen Informationen gespeichert werden. Dafür war der Platz auf dem Speicherchip zu klein. Der Zugriff erfolgte aber bereits mit dem 2-Karten-Mechanismus (Patientenkarte und Heilberufsausweis werden in das Kartenlesegerät gesteckt). Das Stecken beider Karten war

<sup>330</sup> Zu den Unterprojekten gehören die weltweite Vernetzung von PUBLIC HEALTH Datenbanken (GLOPHIN), das Onkologie-Netzwerk: Verbesserung von Diagnose und Behandlung bei Krebs, Herz/Kreislaufkrankheiten: Verbesserung von Prävention, Diagnostik und Behandlung, die Internationale Konzertierte Aktion für Telemedizin, Querschnittsfragen weltweiter Gesundheitsdatennetze (Definition und Entwicklung technologischer, sozialer, organisatorischer und rechtlicher Anforderungen), Einsetzbarkeit des Internets, Internationale Harmonisierung beim Einsatz von Datenkarten im Gesundheitswesen, Wirksamkeitsüberprüfte/gesicherte Medizin - Phase 1: Leitlinien zur Verbesserung der Schlaganfallbehandlung, Multilingualer Anatomie-Datenatlas, Referenz-Datenbank für medizinische Abbildungen, Interaktive Multimedia- und TV-Programme in der Zahnmedizin und internationale Online-Akademie (SIPP/IOA) (Dietzel, 2000).

zu Abrechnungszwecken notwendig. Erst im Jahr 2006 wurde die Carte Vitale 2 (CV2) als nationales elektronisches Kartensystem in Frankreich gesetzlich eingeführt. Die Ausgabe der Karten für alle Versicherten begann Mitte 2007 und zog sich mehrere Jahre hin. Die CV2 löste die CV1 ab. Die CV2 hat eine Speicherkapazität von 32 KB (CV1: 4KB) (Sesam-Vitale, 2014 und Verlinkungen dort). Es ist geplant, die CV2 für verschiedene medizinische Anwendungen wie die persönliche Krankenakte (Dossier Medical Personnel) und die Speicherung von medizinischen Notfalldaten zu nutzen (Sesam-Vitale, 2014 und Verlinkungen dort).

Neben Frankreich wurde auch in **Slowenien** das papierbasierte Versicherungsheft durch eine Smart-Card – die Health Insurance Card (HIC) mit 16 KB Speicherplatz – ersetzt. Gleichzeitig wurde der Heilberufsausweis (Health Professional Card bzw. HPC) eingeführt. Ferner ist das elektronische Kartensystem in Slowenien mit einem Zweischlüsselsystem ausgestattet (ZZZS, 2014b). Die nicht gesetzlich gedeckelten Vorarbeiten zur Einführung des elektronischen Kartensystems in Slowenien begannen bereits 1995. Erst 2000 wurde das Kartensystem dann gesetzlich eingeführt. 2003 begann die Ausgabe der Karten an die Versicherten (ZZZS, 2014a). Neben der derzeitigen Speicherung administrativer Daten plant Slowenien die Speicherung von medizinischen Daten auf der Karte (ZZZS, 2014; ZZZS, 2014a).

In **Italien** wurde zwar kein flächendeckendes elektronisches Kartensystem eingeführt, allerdings wurden dort die vier Regionen Bologna, Siena, Brescia und die Lombardei mit einer elektronischen Karte ausgestattet. Das erfolgreichste elektronische Kartensystem ist das der Lombardei (Carta Regionale dei Servizi della Lombardia – Sistema Informativo Socio Sanitario bzw. CRS-SISS). Dort erfolgte die Ausgabe der CRS-SISS ab 2005. Wie in Österreich ist die elektronische Karte in der Lombardei (CRS-SISS) auch als Bürgerkarte<sup>331</sup> nutzbar. Auf der Karte sind bereits medizinische Daten gespeichert (Regione Lombardia, 2014; Kleinschmidt, 2006, S. 111ff).

Diese Auswahl der bekanntesten elektronischen Kartenmodelle soll veranschaulichen, dass neben Deutschland und Österreich weitere Staaten ein elektronisches Kartensystem einführen. Die gesetzliche Einführung der E-Card in Österreich fand zwar vor denen in den anderen Staaten statt, dennoch könnten sich die politischen Entscheider in Österreich und auch in Deutschland an Plänen bzw. Vorarbeiten anderer Regierungen orientiert haben. Diese fanden größtenteils weit vor der jeweiligen gesetzlichen Einführung der Kartensysteme statt. Vor allem im Hinblick auf die in Kapitel 7.4 identifizierte offene Gestaltung der Gesetze in Deutschland und Österreich sowie der verzögerten Implementation der Kartensysteme in beiden Staaten könnten Anpassungsprozesse auch nach der gesetzlichen Einführung der Karten geschehen sein. Zudem könnte die CV1 in Frankreich und die KVK in Deutschland einen Einfluss bzw. Druck auf die politischen Entscheidungsträger in Österreich ausgeübt haben, dort den Krankenschein durch eine Karte abzulösen. Deutschland könnte sich bei der Einführung der eGK u. a. an der elektronischen Karte in Österreich orientiert haben. Auf die politischen Entscheidungsträger in Deutschland und Österreich könnte z. B. wegen der Pilotprojekte, Gesetzesvorhaben, gesetzlichen Einführungen oder verschiedenen Ausgestaltungen der Kartensysteme in anderen Staaten ein wirtschaftlicher Druck entstanden sein, sich anzupassen.

Nachfolgend wird nun untersucht, ob die Richtlinien auf EU-Ebene<sup>332</sup>, die transnationale Kommunikation bzw. „politisches Lernen“ oder/und der Druck sich anderen Staaten anzupas-

<sup>331</sup> Diese Funktion ist vergleichbar mit der in Kapitel 3.3.3 dargestellten "Bürgerkartenfunktion" der E-Card in Österreich (E-Government, Mittel zur elektronischen Identifikation und Authentifizierung).

<sup>332</sup> Die Darstellung der Tätigkeiten auf supranationaler Ebene hat gezeigt, dass es neben denen auf EU-Ebene keine Richtlinien und Vorgaben anderer supra- oder internationaler Organisationen gab, welche die Einführung der eGK oder E-Card bedingt haben könnten.

sen die Einführung der nationalen Kartensysteme in Deutschland und Österreich bedingt haben.

### 7.5.1 Deutschland

#### Vorgaben und Richtlinien auf EU-Ebene

Die Auswertung der Interviews hat ergeben, dass Deutschland zwar "die europäischen Gedanken (...) schon im Blick (hatte). Das erkennt man daran, dass im Gesetz ja auch diese europäische Krankenversicherungskarte mit drin ist. Die ist ja jetzt auf der Rückseite der deutschen Karte" (D08).<sup>333</sup> Aber die EHIC war nicht der Grund, weshalb die eGK in Deutschland eingeführt wurde. Denn "das hat so in diesem Sinne nichts miteinander zu tun, die EHIC und die elektronische Gesundheitskarte. Diesen europäischen Ausweis könnten Sie auch separat auf eine Plastikkarte drucken" (D04). Die Europäische Krankenversichertenkarte wurde zwar auf der eGK angebracht, veranlasste aber nicht deren Einführung. Die Aktionspläne der EU empfanden die politischen Entscheider nicht als bindend. Zudem bestätigen die befragten Experten, dass es keine weiteren Richtlinien oder Vorgaben supra- oder internationaler Organisationen gab, welche Einfluss auf die Einführung der eGK in Deutschland hatten. Hier weist die große Mehrzahl der Interviews einen erheblichen Konsens auf<sup>334</sup>:

Tabelle 55: Vorgaben und Richtlinien auf EU-Ebene (D)

Vorgaben und Richtlinien auf EU-Ebene
"Auf die Art der Umsetzung und auf die Einführung dieser Karte in Deutschland hat die EU keinen Einfluss ausgeübt. (...) Wir haben das nach eigenen Kriterien versucht umzusetzen. (...) Es wurde im Sinne des Binnenmarktes und der grenzüberschreitenden Versorgung schon auf EU-Ebene so ein System befürwortet. Aber Europa hat keinen Einfluss auf die einzelnen Länder genommen und denen gesagt, wie sie das umsetzen sollen." (D05)
"Das ist ein nationales Projekt. (...) Man muss sagen, die Akteure im Gesundheitswesen hier lassen sich eher ungern europäische Prozesse, europäische Vorschriften, europäische Ansätze, Konzepte vorlegen, um die dann in Deutschland durchzuführen. Man hat da schon, (...) das Selbstbewusstsein gehabt, zu sagen: `Nein wir machen hier das was für die nationalen deutschen Interessen von Vorteil ist. Und das, was in Europa ist hören wir uns an, aber die Entscheidungen fällen immer noch wir. Das entscheiden wir, was man in Deutschland macht.`" (D10)
"Ist mir nicht bekannt, dass es da europäische oder internationale bindende Richtlinien gab. (...) Und deshalb können sie auch keinen Einfluss gehabt haben." (D01)

#### Transnationale Kommunikation bzw. „Policy-Transfer“ oder „politisches Lernen“

Die national an der Einführung der eGK in Deutschland beteiligten Akteure wussten teilweise, dass es internationale Projekte gab, auch Projekte auf EU-Ebene. "Doch es gab da etwas auf EU-Ebene. Es gibt da so ein Krankenversichertenprojekt (...) der europaweiten Krankenversichertenkarte. Das ist aber auch schon ein paar Jahre her. Das habe ich nur noch ungenau im Kopf. Aber da gab es etwas" (D07). Allerdings nahmen die national entscheidenden Akteure in Deutschland diese Projekte lediglich wahr, interessierten sich aber nicht weiter dafür. Ein

<sup>333</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 5.1

<sup>334</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 5.1

Teil der befragten Experten kennt die transnationalen Projekte nicht, ein anderer Teil weiß, dass es solche Projekte gab, kann aber nicht sagen, mit welchen Inhalten sich diese Projekte genau beschäftigten.<sup>335</sup> Darüber hinaus interessierten sich die nationalen Akteure wenig für Telematikstrukturen in den Gesundheitssystemen anderer Staaten. Es sind "hin und wieder (...) mal die skandinavischen Länder, oder Estland, Lettland genannt worden. Die haben zwar keine Gesundheitskarte, aber die haben bezogen auf die Bevölkerung sehr hohe IT-Umsetzungen. Also viele Ämterwege und dergleichen haben die. (...) Aber aufgrund schon der Größe der Länder sind die nie als Vorbild für uns herangezogen worden. Das war eher insgesamt eine nationale Geschichte. Was auch damit zusammenhängt, dass Gesundheitspolitik immer noch eine nationale Angelegenheit ist" (D07). "Man hat geschaut, was die in anderen Ländern machen. Aber das Problem in Deutschland ist, dass man hier was Datenschutz und Datensicherheit anbelangt, ein absolut hohes Niveau hat. Und das findet man woanders nirgendwo. Also konnte man da nichts abschauen" (D06). Die große Mehrzahl der interviewten Experten ist der Meinung, dass transnationale Kommunikation oder das Lernen von Tätigkeiten aus anderen Staaten oder der IOs keine Auswirkung auf die Einführung des elektronischen Kartensystems in Deutschland hatten. Es wurde weder aus grenzüberschreitenden Initiativen gelernt, noch fand ein reger inter- oder transnationaler Austausch statt, der das elektronische Kartensystem in Deutschland bedingte. Die unterschiedlichen Strukturen der nationalen Gesundheitssysteme bzw. die Besonderheiten des deutschen Gesundheitssystems und das Selbstverständnis selbst das beste System schaffen zu können, sind die Gründe für eine rein nationale Entscheidung. Hier weisen alle Interviews einen erheblichen Konsens auf<sup>336</sup>:

Tabelle 56: Transnationale Kommunikation und „politisches Lernen“ (D)

<b>Transnationale Kommunikation und „politisches Lernen“</b>
"Deutschland ging da seinen Weg. (...) Eigentlich haben wir das beste Gesundheitssystem der Welt. (...) Und man hat deshalb gedacht, man muss nicht schauen, was die USA machen und was die und die machen. Ich sag mal, aber jetzt wirklich auch wegen der Struktur-Themen, die nicht vergleichbar sind. Ich meine, was soll man zum Beispiel von England abgucken? Die mit ihrem National Health Service, der ist ja ganz anders. Und in Österreich sagt da der Zentralverwalter: `Das machen wir und so geht es los`. Oder in USA, wo sie (unv.) Organisationen haben, wo Kassen, Krankenhäuser, Ärzte, alles zusammen, ein Entscheider. Da ist überall eine ganz andere Struktur da und da können Sie ganz anders agieren, auch technologisch anders agieren. Bei uns, diese Selbstverwaltung, die ist ja auch einzigartig." (D09)
"Abgekuckt haben wir nichts. (...) Es gab ja auch nicht viele Kartensysteme. Gab es denn überhaupt eines? Ja Österreich gab es, aber das war es doch. Aus Österreich übernehmen wir aus Prinzip nichts ((lacht))." (D08)
"In der Diskussion hat natürlich eine Rolle gespielt, wie das andere Länder machen. (...) Aber die Aspekte dieser Diskussion waren nur: (...) Gut die Österreicher haben es, es geht, man kann das machen. (...) Dann kam natürlich die Frage, ob wir das nicht einfach übernehmen wollen. Aber dann kam natürlich die Ansage `Nein, nein das ist ja ein ganz einfaches System da in Österreich und wir sind schließlich ein großes Industrieland und das geht alles viel besser. Wir können das besser`. (...) Wir wollten halt in Deutschland eine super gut funktionierende Karte mit super IT-System." (D03)
"Das ist mir auch nicht bekannt, dass es da was, Projekte oder Forschung, auf EU-Ebene gab und dass das übernommen worden ist. Nicht zu der Zeit. (...) Ich glaube immer, man muss in die Versor-

<sup>335</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 5.2

<sup>336</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 5.2



gung gehen und gucken, was brauche ich. Und das ist von Land zu Land verschieden. Dann muss man das Gesundheitswesen angucken. (...) Man schaute bei der Einführung der eGK auf das nationale Gesundheitswesen." (D02)

Die Mehrzahl der befragten Experten ist der Meinung, dass "wir in Deutschland (...) eben unseren Weg eingeschlagen (haben) und waren davon überzeugt, dass das der Richtige ist. Also es war eher so, dass andere zu unserem System herüberschauten und auch noch schauen" (D01).<sup>337</sup>

### **Wirtschaftlicher Anpassungsdruck**

Die politischen Entscheider in Deutschland führten die eGK nicht auf Grund eines wirtschaftlichen Anpassungsdrucks ein. Es gab zwar einen gewissen Wettbewerb zwischen den Staaten. Dieser führte aber nicht dazu, dass sich die nationalen Entscheidungsträger in Deutschland anderen Staaten anpassen wollten. Vielmehr wollten sie Vorreiter sein, bzw. ein System einführen, das anschließend exportiert werden sollte, um somit die Wettbewerbsfähigkeit der nationalen Industrie zu stärken. Dieser Meinung ist die große Mehrzahl der befragten Experten<sup>338</sup>:

Tabelle 57: Wirtschaftlicher Anpassungsdruck (D)

<b>Wirtschaftlicher Anpassungsdruck</b>
"Ich meine nicht, dass es einen Druck für die Regierung gab, sich anderen Staaten anzupassen (...) Vielleicht mehr so in der Art `Wir haben das jetzt und sind technisch fortschrittlich`. (...) Das lief auch unter dem möglichen Gesichtspunkt, dass wir unser System dann woanders hin verkaufen wollten, in andere Länder." (D01)
"Da gab es keinen Anpassungsdruck (...) Also höchstens im umgekehrten Sinne. (...) Also wenn, dann wollen wir das beste System haben mit der besten Karte, um es anderen zu verkaufen. Aber nur weil Österreich so eine Karte hatte, nein deshalb haben wir keine eingeführt." (D03)
"Das sollte mal ein Exportschlager werden hier in Deutschland. Da gab es damals die Diskussion darüber. Da hieß es, dass das ja nicht nur ein Gesundheitsthema ist, sondern dass das auch eine gesamtwirtschaftliche Aufgabe ist." (D08)

Wettbewerb hat insofern eine Rolle gespielt, dass in Deutschland ein System entstehen sollte, welches anschließend in die Gesundheitswesen anderer Staaten überführt bzw. dort verkauft werden sollte. Es entstand hingegen nie ein wirtschaftlicher Druck, sich anderen Staaten anzupassen.

## **7.5.2 Österreich**

### **Vorgaben und Richtlinien auf EU-Ebene**

Der erste Aktionsplan der EU wurde erst im Jahr 2001 beschlossen. Deshalb konnten die Aktionspläne keine Auswirkung auf die nationale Entscheidung, in Österreich ein elektronisches Kartensystem einzuführen, gehabt haben. Auch die verbindliche Einführung von EHIC für alle Mitgliedstaaten der EU wurde erst beschlossen, als die E-Card in Österreich schon gesetzlich

<sup>337</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 5.2

<sup>338</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 5.3

eingeführt war. Die gesetzliche Einführung der E-Card war "ein rein nationales Thema. (...) Die europäische Versicherungskarte ist auf uns hereingeprasselt, da waren wir schon eigentlich mit der Spezifikation der Karte fertig. Also und danach kamen in Europa überhaupt erst Überlegungen, dass man da was Gemeinsames machen könnte" (Ö05). Es gibt keine, für Mitgliedstaaten verbindlichen, EU-Vorgaben oder -Richtlinien, welche die Einführung eines elektronischen Kartensystems in Österreich veranlassten. Dies bestätigt die Mehrzahl der befragten Experten. Ferner hatten europäische Richtlinien und Vorgaben keinerlei Auswirkungen auf die Ausgestaltung der Karte bzw. deren Implementation in den Jahren nach ihrer gesetzlichen Einführung. Einigen der befragten Experten sind die Aktionspläne inhaltlich nicht bekannt. Die Auswertung der Interviews hat an dieser Stelle einen erheblichen Konsens ergeben<sup>339</sup>:

Tabelle 58: Vorgaben und Richtlinien auf EU-Ebene (Ö)

Vorgaben und Richtlinien auf EU-Ebene
"Da gab es keine Richtlinien oder Vorgaben international. (...) Es war ein nationales Projekt natürlich." (Ö03)
"Ich bin mir sicher, dass es keine verpflichtenden Richtlinien oder Vorgaben gab, weder von der EU, noch von der UNO oder WHO oder sonst wem. (...) Mir ist da nichts Internationales bekannt, was da Einfluss gehabt hat." (Ö02)

### Transnationale Kommunikation bzw. „Policy-Transfer“ oder „politisches Lernen“

Die Auswertung der Interviews hat weiterhin ergeben, dass sich die nationalen politischen Akteure darüber informierten, welche Telematikprojekte andere Staaten durchführten bzw. welche transnationalen Projekte und Projekte auf EU-Ebene es gab. Allerdings sind sich alle Experten einig, dass es – weder vor noch nach der gesetzlichen Einführung der E-Card – etwas Vergleichbares zur elektronischen Karte in Österreich gab, von dem die nationalen politischen Entscheider etwas hätten lernen bzw. übernehmen können. Denn die Ergebnisse der transnationalen und europäischen Projekte kamen größtenteils nicht bei den nationalen politischen Entscheidern an, weil "da sind wunderbare Studien gemacht worden. Aber das große Problem ist immer dann, dass das nicht weiter verfolgt wird. Dann ist das Budget der EU verbraucht, die Studiengruppe löst sich auf, die dann aus meistens sieben, acht, neun EU-Staaten zusammengesetzt war. Wir haben in der Zwischenzeit gute Bekanntschaften geschlossen. Aber viel mehr kommt da eigentlich nie bei raus. Das ist so" (Ö03). Die transnationale Kommunikation hatte keine Auswirkung auf die Einführung des elektronischen Kartensystems in Österreich. Die österreichischen Entscheidungsträger übernahmen nichts vom Ausland von Projekten auf EU-Ebene oder aus transnationalen Projekten. Die befragten Experten sehen zum einen die strukturellen Unterschiede der Gesundheitssysteme der einzelnen Staaten, die es nicht möglich machten, gegenseitig voneinander zu lernen. Und zum anderen waren die politischen Entscheidungsträger in Österreich davon überzeugt, dass die nationalen Akteure selbst das beste elektronische Kartensystem entwickeln können und dafür keine Ideen oder Anregungen von außerhalb der Staatsgrenzen nötig wären. Das sieht die Mehrzahl der befragten Experten so<sup>340</sup>:

<sup>339</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 5.1

<sup>340</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 5.2

Tabelle 59: Transnationale Kommunikation und „politisches Lernen“ (Ö)

<b>Transnationale Kommunikation und „politisches Lernen“</b>
"Es war eine rein nationale Entscheidung. (...) Deutschland (...) die haben ja damals immer schon ein bisschen was (KVK) gemacht. Und wir waren der Meinung, dass wir das besser können. Ein bisschen wissen Sie, wie diese Ösis halt sind, immer wieder aufmüpfig." (Ö06)
"Zu dem Zeitpunkt war das ein rein nationales Thema. (...) Es hat in dem Sinne ja nichts wirklich Greifbares zu dem Zeitpunkt gegeben. (...) Oscar Wild hat gesagt: `England und Amerika sind zwei Länder, die gemeinsame Sprache trennt. `Ich denke, dass es teilweise strukturell völlige Unterschiede in den einzelnen Staaten gibt. Es ist einfach eine ganz andere Kultur." (Ö05)
"Damals hat es ja nicht sehr viel gegeben, nicht viel erfolgversprechende Dinge in anderen Staaten oder bei der EU. Und insofern hat Österreich schon eine Vorreiterrolle. In Deutschland kam die Karte ja zum Beispiel erst deutlich später. (...) Nein also was die Europäische Union da auch immer gemacht hat, hatte keinen Einfluss. (...) Das ist ein österreichisches Projekt, dass Österreich eben eine E-Card hat. Und Österreich identifiziert sich damit." (Ö01)

### Wirtschaftlicher Anpassungsdruck

Die politischen Entscheider in Österreich führten die E-Card nicht hinsichtlich eines wirtschaftlichen Anpassungsdrucks an andere Staaten ein. Sie strebten die Wettbewerbsfähigkeit der nationalen Industrie an. Deshalb versuchten sie durch das Gesetz zur Einführung der E-Card nationale Unternehmen zu stärken. Das E-Card-System sollte das beste und erste elektronische Kartensystem weltweit und in andere Staaten exportiert werden. Dies hat die Auswertung der Interviews ergeben<sup>341</sup>:

Tabelle 60: Wirtschaftlicher Anpassungsdruck (Ö)

<b>Wirtschaftlicher Anpassungsdruck</b>
"Anpassungsdruck gab es da mit Sicherheit nicht." (Ö06)
"Mir ist überhaupt nichts bekannt, dass es irgendwie einen Wettbewerb zwischen Staaten gab. Es ist so, dass da die Politik gesagt hat `Wir wollen besser sein, die Ersten sein, die sowas einführen. Dann können die Anderen es ja abkaufen.`" (Ö02)
"Es war ein nationales Projekt natürlich. Ein bisschen mit dem Schielen, dass man sozusagen an der Spitze der Entwicklung sein will, auch international." (Ö03)

### 7.5.3 Zusammenführung

Die Situation im Zusammenhang mit internationalen Einflüssen auf die Einführung eines nationalen elektronischen Kartensystems stellt sich in Deutschland und Österreich sehr ähnlich dar. Die Aktionspläne und damit die Richtlinien bzw. Vorgaben der EU<sup>342</sup> empfanden weder die politischen Entscheider in Deutschland, noch die in Österreich, als bindend. Viele der politischen Entscheider in beiden Staaten kannten die Aktionspläne nicht bzw. interessierten sich

<sup>341</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 5.3

<sup>342</sup> Bindende Richtlinien von anderen internationalen oder supranationalen Organisationen (neben denen auf EU-Ebene) gab und gibt es nicht.

nicht dafür. Die Pläne hatten keine Auswirkungen auf die Einführung der eGK und E-Card in Deutschland bzw. Österreich. Die einzige Vorgabe von Seiten der EU, welche die politischen Entscheider als für alle Mitgliedstaaten bindend wahrnahmen, ist die Einführung der EKVK. Die EKVK-Richtlinie wurde in Deutschland und Österreich beachtet und auf der Rückseite der jeweiligen elektronischen Karte angebracht. Allerdings hatte die EKVK-Richtlinie keinen Einfluss auf die Einführung eines elektronischen Kartensystems in beiden Staaten. In Österreich war das Gesetz zur Einführung der E-Card bereits vier Jahre vor dem europäischen Beschluss zur Einführung der EKVK verabschiedet. Entsprechend wurde im Nachhinein entschieden, die EKVK auf die E-Card zu drucken. In Deutschland wurde die eGK zwar kurz nach dem europäischen Beschluss der EKVK gesetzlich entschieden. Aber auch hier hatte die EKVK-Richtlinie keinen Einfluss auf die Entscheidung, ein elektronisches Kartensystem einzuführen. Zur Verwendung der EKVK ist an sich kein elektronisches Kartensystem nötig.

**H 5.1** „*Es gab Vorgaben oder Richtlinien auf internationaler oder supranationaler Ebene, die Deutschland und Österreich als Mitgliedsstaaten dazu verpflichteten, ein elektronisches Kartensystem einzuführen*“ kann demnach für die Einführung eines elektronischen Kartensystems im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen **vorläufig verworfen werden**.

Ferner hat die Analyse ergeben, dass die nationalen Entscheider in Deutschland und Österreich keine Elemente aus Telematiksystemen oder Pilotprojekten anderer Staaten übernahmen oder aus transnationalen Projekten bzw. von Forschungsprojekten der EU oder anderen IOs lernten. Es wurden weder positive Erfahrungen übernommen, noch negative Erfahrungen anderer Staaten oder transnationaler Projekten vermieden. Die befragten Experten aus Deutschland und Österreich halten wegen der strukturellen und kulturellen Unterschiede in den Gesundheitswesen der einzelnen Staaten die Übernahme von Systemen aus anderen Staaten für unmöglich. Die Projekte auf EU-Ebene waren vielen politischen Entscheidern nicht bekannt. Manche kannten sie, interessierten sich aber nicht dafür. Sie waren der Meinung, dass die Akteure im eigenen Staat das beste Kartensystem generieren können. Transnationale Kommunikation hatte keinen Einfluss auf die Einführung eines elektronischen Kartensystems in Deutschland und Österreich.

**H 5.2** „*Die transnationale Kommunikation bzw. das Lernen von Projekten aus dem Ausland und supranationaler Organisationen war ausschlaggebend für die Einführung des elektronischen Kartensystems*“ kann demnach für die Einführung eines elektronischen Kartensystems im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen **vorläufig verworfen werden**.

Des Weiteren verspürten die nationalen politischen Entscheider in Deutschland und Österreich keinen Druck, sich auf Grund des Wettbewerbs mit anderen Staaten wirtschaftlich diesen anzupassen. Die befragten Experten in Deutschland und Österreich sind der Meinung, dass das eigene Kartensystem das Vorbild für andere Staaten werden sollte. Die nationalen politischen Entscheidungsträger hatten den Anspruch, das eigene System aus wirtschaftlichen Gründen in andere Staaten zu exportieren. Die Experten widersprechen sich in ihrer Argumentation. Denn einerseits sind sie der Meinung, dass die Strukturen der Gesundheitssysteme der einzelnen Staaten zu unterschiedlich waren und deshalb die politischen Entscheider im eigenen Staat nichts von anderen Staaten übernehmen bzw. lernen konnten. Andererseits erwähnen sie aber, dass das eigene System den Anspruch hatte, in andere Staaten exportiert zu werden. Da aber die große Mehrzahl der befragten Experten das unabhängig voneinander so sieht, kann davon ausgegangen werden, dass die politischen Entscheidungsträger trotz des Widerspruchs von diesem Vorgehen überzeugt waren. Letztendlich gab es keinen wirt-

schaftlichen Anpassungsdruck an andere Staaten, auf Grund dessen in Deutschland und Österreich das jeweilige Kartensystem eingeführt wurde.

**H 5.3** *"Der Wettbewerb mit anderen Staaten und der daraus entstandene Druck auf die nationale Regierung, sich wirtschaftlich anzupassen, veranlasste die Einführung des elektronischen Kartensystems"* kann demnach für die Einführung eines elektronischen Kartensystems im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen **vorläufig verworfen werden**.

## 7.6 Politisches Erbe – selbstverstärkende Mechanismen

Die Lehre vom Politik-Erbe bzw. der Pfadabhängigkeit deutet Staatstätigkeit als Resultat geplanter oder ungeplanter Folgen früher getroffener politischer Entscheidungen. Der Ansatz der Pfadabhängigkeit zeigt, dass politischer Wandel mit Bezug auf die Vergangenheit erklärt werden kann. Ferner betont er, dass ein einmal gelegter Pfad auch in die Zukunft wirkt. Er erklärt demnach zudem die gesetzliche Einführung auf die Zukunft ausgerichtet und beleuchtet die Phase der Implementation einer Policy. Nachfolgend werden beide Erklärungsfaktoren – sowohl mit Bezug auf die Vergangenheit als auch in Bezug auf die Zukunft – auf ihre Erklärungskraft im Fall der Einführung des jeweiligen elektronischen Kartensystems im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen getestet. Es wird zuerst analysiert, ob ehemals getroffene politische Entscheidungen Einfluss auf die Einführung des jeweiligen Kartensystems hatten. Anschließend wird untersucht, ob selbstverstärkende Mechanismen bzw. positive Rückkopplungen die Implementation des Kartensystems in Deutschland und des in Österreich in den Jahren nach deren gesetzlicher Einführung unterstützten.

### 7.6.1 Deutschland

Die Auswertung der Experteninterviews hat ergeben, dass eine vormals getroffene Entscheidung den politischen Pfad für die Einführung des elektronischen Kartensystems in Deutschland legte. Außerdem unterstützten nach der gesetzlichen Verabschiedung der Einführung der eGK selbstverstärkende Mechanismen die Einführung des Kartensystems weiter. Nachfolgend wird nun zuerst analysiert, welche ehemals getroffene politische Entscheidung Auswirkungen auf die Einführung der eGK hatte. Anschließend wird diskutiert, welche Faktoren nach der gesetzlichen Einführung verstärkend wirkten.

#### 7.6.1.1 Erbe aus vergangenen politischen Entscheidungen

Die große Mehrzahl der befragten Experten ist davon überzeugt, dass die vormals getroffene politische Entscheidung, die KVK im Gesundheitswesen einzuführen, den Pfad für die Regierung legte, sich für die Einführung der eGK zu entscheiden. Mit der KVK gab es in Deutschland bereits vor der eGK eine Karte im Gesundheitswesen, welche jeder gesetzlich Versicherte besaß. Die eGK war die technologische Weiterentwicklung der KVK. Wegen der Gewohnheit, eine Karte im Gesundheitswesen zu nutzen, kamen keine Diskussionen auf, welche die Einführung eines Netzsystems thematisierten. Die Aussagen der Experten bestätigen diese Argumentation<sup>343</sup>:

<sup>343</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 6.1

Tabelle 61: Erbe aus vergangenen politischen Entscheidungen (D)

<b>Erbe aus vergangenen politischen Entscheidungen</b>
"Diesen Weg (Einführung der eGK) hat man mit der KVK, der Krankenversichertenkarte, bereits beschritten. (...) Von daher hat die Krankenversichertenkarte schon das Schlaglicht auf die elektronische Gesundheitskarte geworfen." (D07)
"Wir hatten ja schon eine Karte, die KVK, per Gesetz. Da kommt man gar nicht auf den Gedanken, dann ein anderes System einzuführen." (D03)
"Wir haben diesen Weg gewählt, weil eben historisch schon vorher eine Karte da war. Und deshalb hat es sich einfach angeboten. (...) Weil (...) man dazu eigentlich den leichten Zugang hatte (...) Das mit der Karte, das war leichter durchsetzbar. Wir mussten im Denken der Menschen und der Bevölkerung nicht viel umändern. Wir mussten eigentlich nur das System verbessern. (...) Also man hat das sicherlich eben auch aus dem historischen Gedanken heraus entschieden, was man vorher hatte und was man jetzt machen kann." (D01)

### 7.6.1.2 Verstärkende Mechanismen nach gesetzlicher Einführung der eGK

Alle befragten Experten sind der Meinung, dass "der Abbruch (des Projekts eGK) (...) nicht mehr möglich (ist)" (D03). Dies ist insofern verwunderlich, da es nach der gesetzlichen Einführung vermehrt kritische Stimmen zur eGK und Probleme bei der Implementation des elektronischen Kartensystems gab. Das System wurde gesetzlich verabschiedet "aber dann ist es natürlich auch auf einmal unter politökonomische Rationalitäten geraten. Also dann 2006 war jedem klar, dass es nicht haltbar ist. (...) Die Beteiligten im System machen dann da (bei der Einführung der eGK) ja auch mit. (...) Obwohl es jedem klar ist, dass das jetzt ein `Fake` ist. (...) Das hat so eine eigene irre Logik auch bekommen" (D02). Die Einführung der eGK war "mit so vielen Schwierigkeiten versehen, dass die Zweifel immer größer (wurden und) werden." Und dennoch "momentan sieht es danach aus, dass es auf Biegen und Brechen durchgesetzt wird" (D01).<sup>344</sup>

Ein Grund dafür war der damalige Plan bzw. die Strategie der Regierung aus SPD und Bündnis 90/Die Grünen. Die Auswertung der Interviews hat ergeben, dass diese Regierung das elektronische Kartensystem so konstruierte, dass es nach Beendigung der Regierungszeit in die gewünschte Richtung weiterentwickelt werden konnte. Sie legte durch die gesetzliche Einführung der eGK den Pfad für den Ausbau einer Telematikinfrastruktur. Die gesetzliche Einführung des elektronischen Kartensystems war ein gewollter "Inkubator für weitere Entwicklungen" (D02) der politischen Entscheidungsträger. "Mit der eGK als Türe, wollte man dann später eine Infrastruktur ausbauen" (D06).<sup>345</sup> Nach der gesetzlichen Einführung wirkten selbstverstärkende Mechanismen, welche den politischen Wunsch der Rot-Grünen Regierung unterstützten und somit den politischen Abbruch des Projekts eGK verhinderten. Diese Mechanismen werden im Folgenden dargestellt.

### Hohe Kosten – Rechtfertigung des politischen Abbruchs riskant

Einer der selbstverstärkenden Mechanismen war die Tatsache, dass bereits viel Kapital in das Projekt eGK investiert wurde. Hinsichtlich der bereits getätigten Investitionen wäre ein Abbruch der Einführung der eGK politisch nicht zu rechtfertigen gewesen. Die große Mehrzahl der Experten geht davon aus, dass das Projekt eGK nicht mehr abgebrochen wird bzw. nach

<sup>344</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 6.2

<sup>345</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 6.2.1

der gesetzlichen Einführung nie abgebrochen wurde, weil die politischen Entscheidungsträger den Unmut der Bevölkerung durch einen Abbruch befürchten bzw. befürchteten. "Das abbrechen, das wäre ja ein politisches Eingeständnis, dass es nicht funktioniert" (D01). Es war und ist demnach für die politischen Entscheidungsträger einfacher und weniger konfliktreich, das Projekt weiterlaufen zu lassen, als den Abbruch und somit die Verschwendung vieler Gelder öffentlich zu rechtfertigen. Dies sieht die große Mehrzahl der Experten so<sup>346</sup>:

Tabelle 62: Hohe Kosten – Abbruch politisch riskant (D)

<b>Hohe Kosten – Abbruch politisch riskant</b>
"Man hat ja mittlerweile 700 oder 800 Millionen in diese Karte samt Infrastruktur investiert. (...) Da lässt man das lieber laufen, als vor der Bevölkerung zu sagen, dass man so viel Geld in den Sand gesetzt hat. Da würden sich vielleicht viele beschweren." (D07)
"In die Karte wurde schon wahnsinnig viel investiert. Und wenn man das jetzt auf einmal in Frage stellen und aufgeben würde, dann würde ja ein entsprechender volkswirtschaftlicher Schaden in der Bevölkerung damit verbunden werden. Dann wäre natürlich auch die Reputation, das Renommee eines Ministeriums damit angegriffen worden." (D05)
"Es ist sicher richtig, dass wir das jetzt mit den aktuellen technischen Möglichkeiten anders machen könnten. (...) Aber wenn ich viel Zeit und Energie und Geld in der Vergangenheit in ein Projekt investiert habe, dann ziehe ich das durch. Obwohl mir eigentlich alles sagt `Lass es lieber bleiben`. Weil ich eben nicht sage `Das ist von jetzt ab entscheidungsabhängig, lohnt sich das denn noch?`. Sondern weil ich sage `Ich habe da so viel (Geld) rein gesteckt, das muss jetzt irgendwie gehen`." (D03)

### **Interessengruppen verteidigen die vormals getroffene Entscheidung**

Darüber hinaus unterstützten die Versprechungen der Befürworter in den Jahren nach der gesetzlichen Einführung das Projekt eGK. Es wurde "von technischer Seite, von den Telematikfirmen, immer versichert (...) `Es ist möglich und es lässt sich machen.`" Des Weiteren "wurde eigentlich nie grundsätzlicher Zweifel von denen, in der Gematik-ingeschlossenen Mitgliedern geäußert, dass es nicht machbar wäre. (...) Es wurden wieder und wieder Lösungen angeboten von der Gematik und der Telematikindustrie. (...) Stabilisierend hat sicher gewirkt, dass man eben davon ausgegangen ist, dass es umsetzbar ist und davon, dass die Probleme lösbar sind" (D01). Die Mehrzahl der befragten Experten ist der Meinung, dass die Befürworter des elektronischen Kartensystems die eGK verteidigten und somit die politischen Entscheidungsträger dazu bewegen konnten, das System weiter zu unterstützen bzw. nicht zu stoppen.<sup>347</sup>

### **Bereits vorhandene Telematikinfrastruktur**

Neben den hohen bereits getätigten Investitionen und dem Engagement bzw. der Argumentationskunst der Befürworter, wirkte auch die bereits vorhandene Telematikinfrastruktur stabilisierend auf die Einführung der eGK. "Die Folgeeregierungen (nach der Regierung aus SPD und Bündnis 90/Die Grünen), für die war das Thema zwar nicht mehr ganz oben auf der Agenda. Aber dadurch, dass schon die Grundlagen geschaffen worden sind (...) haben die das auch laufen lassen" (D07). Im Laufe der Jahre nach der gesetzlichen Einführung wurde im Zusammenhang mit der eGK eine Telematikinfrastruktur geschaffen. Diese konnte und

<sup>346</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 6.2.2

<sup>347</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 6.2.3

kann nicht so ohne weiteres ersetzt werden. "Der Pfad hat sich sehr stark verfestigt, weil zum Beispiel 95 Prozent der Bundesbürger heute eine eGK in der Tasche haben. (...) Also 95 Prozent der Versicherten haben die Karte. Das bedeutet, dass round about 79 Millionen Leute da draußen in der Fläche mit diesen Karten herumlaufen. Das System ist da. Das heißt, die Grundlagen sind da. Also lässt man das auch" (D04).<sup>348</sup>

## 7.6.2 Österreich

Die Auswertung der Experteninterviews hat ergeben, dass vormalig getroffene Entscheidungen den politischen Pfad für die Einführung eines elektronischen Kartensystems in Österreich legten. Außerdem unterstützten nach der gesetzlichen Verabschiedung der Einführung der E-Card selbstverstärkende Mechanismen die Einführung des Kartensystems. Im Folgenden wird nun zuerst analysiert, welche ehemals getroffenen politischen Entscheidungen Auswirkungen auf die Einführung der E-Card hatten. Anschließend wird diskutiert, welche Faktoren nach der gesetzlichen Einführung verstärkend wirkten.

### 7.6.2.1 Erbe aus vergangenen politischen Entscheidungen

Die große Mehrzahl der befragten Experten sagt, dass in Österreich die vormalig getroffene politische Entscheidung, den Krankenschein einzuführen, den Pfad für die Einführung der elektronischen Karte legte. Es war "so, dass man ja schon den Krankenschein hatte. Das hatte natürlich auch eine Auswirkung. Man hat sozusagen den einen Gegenstand mit dem anderen ersetzt. Was anderes hätte man sich nicht vorstellen können" (Ö03). Denn „psychologisch ist das so, dass man wieder was in der Hand halten wollte, erst den Krankenschein und dann die Karte. Bei einem Netzsystem nur, hat man ja nichts in der Hand. So konnte man das eine mit dem anderen ersetzen“ (Ö01). Die Einführung des Krankenscheins war mit ein Grund dafür, weshalb später kein Netzsystem, sondern ein Kartensystem eingeführt wurde.<sup>349</sup>

Des Weiteren ebnete der politische Auftrag an den HV – im Rahmen eines SOLL-Konzeptes eine Kosten-Nutzen-Rechnung und ein Konzept für ein ökonomischeres Gesundheitswesen zu erstellen – den Pfad für die Einführung der E-Card. Denn erst durch den Auftrag ein SOLL-Konzept zu erstellen, entwickelten die Mitarbeiter im HV ein Konzept zur Einführung von Telematik im Gesundheitswesen. Anschließend bildete die Entschließung des Nationalrates die Grundlage für die Einführung der E-Card in Österreich. Erst auf Basis der Entschließung des Nationalrats – Absichtserklärung ohne rechtliche Bindungswirkung – entwickelte der Hauptverband gemeinsam mit Akteuren aus dem Bund, den Ländern und der Wirtschaft ein Konzept zur Einführung eines elektronischen Kartensystems in Österreich. Nur auf Grundlage des SOLL-Konzeptes und des Entschließungsantrags konnte das Gesetz zur Einführung der E-Card entwickelt und später das elektronische Kartensystem eingeführt werden. Die Aussagen der Experten bestätigen diese Argumentation<sup>350</sup>:

Tabelle 63: Erbe aus vergangenen politischen Entscheidungen – SOLL-Konzept und Entschließungsantrag (Ö)

<b>Erbe aus vergangenen politischen Entscheidungen – SOLL-Konzept und Entschließungsantrag</b>
"Eigentlich grundsätzlich waren es die Beschlüsse, die alle damals vor dem Gesetz E-Card erlassen

<sup>348</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 6.2.4

<sup>349</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 6.1.1

<sup>350</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 6.1.2



wurden. Die führten alle im Endeffekt dazu, haben aber auch den Weg geebnet. Weil gesetzlich war ja eine Karte als Ersatz des Scheins nicht vorgesehen. Dazu brauchten wir ja auch eine logistische Grundlage. Und die konnte der Hauptverband deshalb erarbeiten." (Ö06)

"Die ganze Entwicklung des Gesundheitswesens mit dem Antrag vom Nationalrat und davor, als die Sozialversicherung beauftragt wurde, die Analyse des Gesundheitswesens durchzuführen, die Entwicklungen, die vorher schon von der Politik entschieden worden sind, haben doch dazu geführt, dass man dann so in die Richtung dann auch geht, dass was anderes gar nicht möglich ist. Das war eine logische Folge mehr oder weniger." (Ö03)

### 7.6.2.2 Verstärkende Mechanismen nach gesetzlicher Einführung der E-Card

Das E-Card-Projekt wurde nach dessen gesetzlicher Einführung öffentlich zunehmend kritisiert, u. a. weil es "eben in Summe sehr teuer ist. (...) Also es ist der Politik nicht gelungen, es sozusagen aus der öffentlichen Kritik herauszuhalten" (Ö02). Und dennoch wurde das elektronische Kartensystem nach seiner gesetzlichen Einführung von allen Regierungen weiter unterstützt. "Das wird sicherlich nie mehr abgebrochen (...) auch wenn die (Teile der Bevölkerung und verschiedene Interessengruppen wie die Ärzteschaft) weiter schimpfen" (Ö06). "Also politisch ist ein Abbruch nicht vorstellbar. (...) Man kann jetzt nicht mehr zurück" (Ö07). Es sind sich alle befragten Experten einig, dass die österreichische Politik das E-Card-Projekt nicht stoppte und auch nicht mehr aufhalten wird, trotz der kritischen Stimmen.<sup>351</sup>

Grund dafür war u. a., dass das E-Card-Projekt von der damaligen Regierung aus ÖVP und SPÖ und mit Hilfe der Mitarbeiter des HV so konzipiert wurde, dass es nach Beendigung der Regierungszeit in die gewünschte Richtung weiterentwickelt werden konnte. Zu Zeiten der gesetzlichen Einführung der E-Card wurde die Karte lediglich als Krankenscheinersatz eingeführt. So konnten die politischen Entscheidungsträger das Veto vieler Akteure – wie das der Datenschützer – vermeiden. Gleichzeitig konzipierte die Regierung gemeinsam mit den Interessenvertretern des HV damals bereits das E-Card-System so, dass es später zu einer Telematikinfrastruktur ausgebaut werden konnte und somit zukünftig auch medizinische Daten gespeichert werden können. Die politischen Entscheider legten die E-Card so an, dass sie zukünftig für weitere Anwendungen genutzt werden konnte und kann. Dies bestätigt die Mehrzahl der befragten Experten<sup>352</sup>:

Tabelle 64: Die politische Konzipierung der E-Card als Einstieg in eine geplante Vernetzung des Gesundheitswesens (Ö)

#### Die politische Konzipierung der E-Card als Einstieg in eine geplante Vernetzung des Gesundheitswesens

"Die ursprüngliche Idee war ja einerseits, den Versicherungsschutz nachzuweisen. Auf der anderen Seite, ich spreche jetzt von den 90er Jahren, wollte man (politische Entscheidungsträger der Regierung und Mitarbeiter des HV) auch eben das, was heute mit der ELGA geplant ist, nämlich Notfalldaten, vielleicht auch Befunde, (...) auf die Karte zu machen. (...) Das (gesetzliche Einführung der E-Card) sollte sozusagen das Schienennetzwerk werden, auf dem alle möglichen Züge fahren können. Und das haben wir in Österreich geschafft." (Ö08)

Sie kennen das Sprichwort `Mit dem Essen kommt der Appetit`. Das war das, auf was wir (politische Entscheidungsträger und Interessenvertreter des HV) damals gesetzt haben. Wenn einmal der Krankenscheinersatz positiv angenommen wird als Einstiegsdroge, dann kommt von selbst das Verlangen, mehr damit zu machen. Und das war auch so. (...) Natürlich war hinter vorgehaltener Hand im-

<sup>351</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 6.2

<sup>352</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 6.2.1

mer der Gedanke da, dass man das Ganze ja nicht nur macht, um den Krankenschein zu ersetzen, sondern um eben Schienen zu legen für eine Infrastruktur im Gesundheitswesen, die es vorher nicht gegeben hat. (...) Die Politik wollte das von Beginn an. Aber wir durften es nicht laut sagen, weil sonst die vom Datenschutz das alles abgewürgt hätten." (Ö05)

Überdies wirkten nach der gesetzlichen Einführung des elektronischen Kartensystems selbstverstärkende Mechanismen dem Abbruch des Projekts E-Card entgegen. Ferner unterstützten diese Mechanismen den ehemals politischen Wunsch, das E-Card-Projekt zu einer Telematikinfrastruktur auszubauen. Diese selbstverstärkenden Kräfte werden im Folgenden dargestellt.

### Hohe Kosten – Rechtfertigung des politischen Abbruchs riskant

Die hohen Investitionen – welche bereits im Rahmen des E-Card-Projekts getätigt wurden – wirkten verstärkend auf die Einführung des Kartensystems. Wegen der bereits getätigten Investitionen wäre ein Abbruch der Einführung der E-Card politisch nicht zu rechtfertigen gewesen. Die große Mehrzahl der Experten geht davon aus, dass das Projekt E-Card nicht mehr abgebrochen wird bzw. nach der gesetzlichen Einführung nicht abgebrochen wurde, weil die politischen Entscheidungsträger den Unmut der Bevölkerung durch einen Abbruch befürchteten und befürchten. Sie sind der Meinung, dass der Unmut der Bevölkerung angesichts des Abbruchs des Projekts E-Card und der daraus resultierenden Verschwendung von ehemals getätigten Investitionen größer (gewesen) wäre, als er auf Grund eines mäßig erfolgreichen aber weiterlaufenden Projekts war bzw. ist<sup>353</sup>.

Tabelle 65: Hohe Kosten – Abbruch politisch riskant (Ö)

Hohe Kosten – Abbruch politisch riskant
"Das (Nicht-Abbruch des Projekts E-Card) liegt daran, dass da schon so viel Geld geflossen ist. (...) Also politisch ist ein Abbruch nicht vorstellbar. (...) Also ein Rückbau, eine Vereinfachung (...) ist politisch nicht denkbar. (...) Und so ein Abbruch des Projekts würde ja auch Ärger in der Bevölkerung bringen, so dass die Regierung ja auch nie zugeben würde, dass es da etwas anderes, besseres oder kostengünstigeres geben würde. Schauen Sie, wir stehen ja jetzt vor dieser ELGA-Geschichte. Da ist die Frage noch, ob wir dieses Geld für ELGA noch verschwenden wollen. Und obwohl wir wirklich kein Geld haben, gab es fünf Mal ein `Ja` von den Verantwortlichen." (Ö07)
"Es hat ja auch schon so viel Geld gekostet, da würde ja keiner auf die Idee kommen, etwas abzubauen, was schon so viel gekostet hat." (Ö05)
"Es war eines der Hauptgründe wieso das nicht mehr abgebrochen wurde, dass sehr viel Geld geflossen ist in das Projekt, Ausstattung aller Österreicher mit einer E-Card. (...) Ich glaube, die Kritik wäre noch schärfer ausgefallen, wenn man es dann irgendwann ganz abgebrochen hätte. Darum hat die Tatsache, dass wir schon sehr viel Geld dafür verwendet hatten, dann natürlich dann auch gegen einen Abbruch gesprochen. Das wäre ja dann überhaupt auch das Eingeständnis des totalen Scheiterns gewesen. Also das hat ab einem gewissen Zeitpunkt mitgespielt." (Ö02)

### Interessengruppen verteidigen die vormals getroffene Entscheidung

Neben den hohen bereits getätigten Investitionen wirkte stabilisierend, dass die Industrie bei Umsetzungsproblemen immer wieder neue Lösungen anbot. Außerdem unterstützte das En-

<sup>353</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 6.2.2

gagement der Interessenvertreter des HV die Einführung und den Ausbau des E-Card-Systems. Die Auswertung der Interviews hat ergeben, dass das Projekt E-Card auch deshalb nicht abgebrochen wurde, weil die Befürworter das System durchweg verteidigten<sup>354</sup>:

Tabelle 66: Interessengruppen verteidigen die vormals getroffene Entscheidung (Ö)

<b>Interessengruppen verteidigen die vormals getroffene Entscheidung</b>
"Das wird sicherlich nie mehr abgebrochen, ganz im Gegenteil. Weil es werden ständig von den Befürwortern neue Lösungen und Produkte entwickelt und vorgestellt, diese E-Card und über das System der E-Card. Und das stärkt das Ganze natürlich." (Ö06)
"Das sind alles Projekte, die die Interessenvertreter der Sozialversicherung jetzt jüngst gerade erst ausgerollt haben. Und die unterstützen das. Das System halten die (Interessenvertreter des HV) am Laufen. Da sind die dahinter. (...) Deshalb wird das auch nicht abgebrochen." (Ö05)
„Es sind immer wieder neue Vorschläge von den Telematikfirmen gekommen, vor allem wenn es mal nicht so vorwärts ging. Das hat das Ganze natürlich unterstützt.“ (Ö03)

### **Bereits vorhandene Telematikinfrastruktur**

Neben den hohen bereits getätigten Investitionen und der Verteidigung des Systems durch die Befürworter, wirkte auch die bereits vorhandene Telematikinfrastruktur stabilisierend auf das Projekt E-Card. Im Laufe der Jahre nach der gesetzlichen Einführung wurde in Zusammenhang mit der E-Card eine Telematikinfrastruktur geschaffen. Diese konnte nicht ohne hohen Aufwand ersetzt werden. Deshalb brachen die politischen Entscheidungsträger das Projekt E-Card nicht mehr ab. Hier weisen alle Interviews einen Konsens auf<sup>355</sup>:

Tabelle 67: Bereits vorhandene Telematikinfrastruktur (Ö)

<b>Bereits vorhandene Telematikinfrastruktur</b>
"Die Struktur gibt es ja jetzt. (...) Sicherlich ist das auch ein Grund (für den Nicht-Abbruch des E-Card-Systems)." (Ö08)
"Weil ich ja schon an einer Leitung hänge, wird das sicherlich nie mehr abgebrochen, ganz im Gegenteil. (...) Das eine ist die Karte, aber das ganze System dahinter ist ja da. Der Aufwand wäre viel zu groß, da was komplett anderes zu machen." (Ö06)
"Jetzt da ist die ganze Struktur drum herum. Und es ist ja nicht so, dass ich das jetzt einfach wegnehmen kann und dann läuft alles weiter. Sondern wir haben eine bestehende Papierorganisation ersetzt, durch eine elektronische Organisation. Das ist jetzt schon alles da. Das kann man ja nicht einfach ändern." (Ö05)

### **7.6.3 Zusammenführung**

Zusammenfassend stellt sich die Situation wie folgt dar: In Deutschland legte eine und in Österreich legten mehrere vormals getroffene politische Entscheidungen den Pfad für die Einführung des jeweiligen elektronischen Kartensystems.

<sup>354</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 6.2.3

<sup>355</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 6.2.4

In Deutschland hatte die politische Entscheidung, die KVK einzuführen, Auswirkungen auf die Einführung der eGK. Denn durch die Einführung der KVK war eine Karte und damit ein haptischer Gegenstand als Versichertenausweis im Gesundheitswesen zur Gewohnheit geworden. Die politische Diskussion, alternativ zur eGK ein Netzsystem einzuführen, kam deshalb nicht auf.

In Österreich stellt sich die Situation ähnlich dar. Dort war das Pendant zur KVK in Deutschland, der Krankenschein in Österreich. Dieser legte in Österreich den Pfad dafür, den Schein durch einen anderen haptischen Gegenstand – nämlich die E-Card – zu ersetzen. Auch in Österreich wurde politisch deshalb nicht die Einführung eines Netzsystems in Erwägung gezogen. Des Weiteren legte der politische Auftrag an den HV, ein SOLL-Konzept zu erstellen, den Pfad für die Einführung der E-Card. Anschließend bildete die Entschließung des Nationalrates die Grundlage für die Einführung der E-Card in Österreich. Denn auf Grund des SOLL-Konzepts und der Entschließung wurde das Gesetz zur Einführung der E-Card entwickelt.

**H 6.1** *"Eine (oder mehrere) vormals getroffene politische Entscheidung(en) hatte(n) Auswirkung auf die politischen Entscheider, ein elektronisches Kartensystem einzuführen"* kann demnach für die Einführung eines elektronischen Kartensystems im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen **vorläufig nicht verworfen werden**.

Darüber hinaus gestalteten in Deutschland und in Österreich die Regierungen die elektronische Karte so, dass sie nach Beendigung der jeweiligen Regierungszeit in die gewünschte Richtung weiterentwickelt und somit zu einer Telematikinfrastruktur ausgebaut werden konnte. Beide Regierungen – in Deutschland und in Österreich – erreichten damit, dass das Projekt "Einführung eines nationalen elektronischen Kartensystems im Gesundheitswesen" – trotz zunehmender öffentlicher Kritik – nach der gesetzlichen Einführung nie abgebrochen und sogar weiter ausgebaut wurde.

Zudem wirkten nach der Verabschiedung des Gesetzes zur Einführung der beiden elektronischen Kartensysteme in Deutschland und Österreich dieselben selbstverstärkenden Mechanismen unterstützend auf die Einführung der eGK und der E-Card. Zum einen wurden bereits hohe Investitionen getätigt, welche den Abbruch der beiden Projekte politisch unmöglich machten. Die politischen Entscheidungsträger befürchteten und befürchteten den Unmut der Bevölkerung durch einen solchen Abbruch. Zum anderen unterstützte das Engagement der Befürworter des jeweiligen elektronischen Kartensystems die Einführung der eGK und der E-Card nach dessen gesetzlicher Verabschiedung. Bei Problemen boten die Telematikfirmen in beiden Staaten immer wieder neue Lösungen an. In Österreich verteidigten zusätzlich die Interessenvertreter des HV, in Deutschland die der Gematik das jeweilige nationale Kartensystem. Außerdem führte die bereits bestehende Infrastruktur in beiden Staaten dazu, dass ein Abbruch im Laufe der Jahre nach der gesetzlichen Einführung nicht mehr politisch in Erwägung gezogen wurde. Der Rückbau der bereits bestehenden Telematikinfrastruktur bzw. des eGK- und E-Card-Systems oder der Umbau der Kartensysteme zu einem anderen System (z. B. Netzsystem), wäre für die politischen Entscheidungsträger mit hohem Aufwand verbunden gewesen. Diesen Aufwand wollten sie nicht eingehen.

Letztendlich waren es mehrere selbstverstärkende Mechanismen und positive Rückkopplungen, welche dazu führten, dass das Projekt elektronische Gesundheitskarte in Deutschland und in Österreich in den letzten Jahren nicht abgebrochen wurde. Die große Mehrzahl der Experten hält wegen dieser Mechanismen einen Abbruch auch in Zukunft für unrealistisch.

**H 6.2** „Die Regierung konstruierte das elektronische Kartensystem so, dass es nach Beendigung der Regierungszeit in die gewünschte Richtung weiterentwickelt werden konnte. Selbstverstärkende Mechanismen führten dazu, dass das Projekt `Einführung eines elektronischen Kartensystems` in den Jahren nach der gesetzlichen Verabschiedung des entsprechenden Gesetzes nicht abgebrochen wurde“ kann demnach für die Einführung eines elektronischen Kartensystems im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen **vorläufig nicht verworfen werden**.

Nachstehend wird nun untersucht, ob die elektronischen Kartensysteme in Deutschland und Österreich auch deshalb eingeführt wurden, weil sich ein politisches Zeitfenster öffnete und ein politischer Entrepreneur dieses nutzte, um die eGK bzw. die E-Card durchzusetzen.

## 7.7 Politische Entrepreneure und das politische Zeitfenster

Der Multiple-Streams-Ansatz (MSA) begründet Staatstätigkeit mit dem Engagement eines politischen Entrepreneurs. Eine neue Policy wird dann umgesetzt, wenn sich ein politisches Zeitfenster („policy window“) öffnet und ein politischer Entrepreneur („policy entrepreneur“) dieses Fenster nutzt, um eine Reform durchzusetzen. Der politische Entrepreneur übernimmt dabei die Koordination der Diskussion und Entscheidungsfindung und beeinflusst die politischen Entscheidungsprozesse dahingehend, dass sich eine Policy – als die beste Lösung für bestehende Probleme innerhalb der Prozesse der politischen Entscheidungsfindung – durchsetzen kann.

Im Folgenden wird nun analysiert, ob sich in Deutschland und Österreich kurz vor der Einführung des jeweiligen elektronischen Kartensystems ein politisches Zeitfenster öffnete. Außerdem wird überprüft, ob es einen politischen Entrepreneur gab, der sich für die eGK bzw. E-Card einsetzte. Es wird untersucht, ob der identifizierte politische Entrepreneur das politische Zeitfenster nutzte, um die Einführung des Kartensystems durchzusetzen. Anschließend wird analysiert, ob die elektronische Karte eingeführt wurde, weil der Entrepreneur das Management der verschiedenen Interessen übernahm, die Suche nach Lösungen steuerte und die Anzahl und Art der Diskussions- und Verhandlungspartner lenkte. Es wird also analysiert, ob der politische Entrepreneur es schaffte, durch sein Handeln die drei Ströme Problemstrom, Policy-Strom und Politics-Strom zu verbinden und somit das elektronische Kartensystem einzuführen.

### 7.7.1 Deutschland

In Deutschland öffnete sich ein politisches Zeitfenster, welches von einem politischen Entrepreneur genutzt wurde, um die eGK einzuführen. Genauere Zusammenhänge werden nachstehend diskutiert.

#### 7.7.1.1 Das politische Zeitfenster

Im Jahr 2001 öffnete sich in Deutschland durch den sogenannten Lipobay-Skandal ein politisches Zeitfenster. Das Medikament Lipobay – in USA unter dem Namen Baycol bekannt – mit

dem Wirkstoff Cerivastatin wurde vom Bayer-Konzern<sup>356</sup> entwickelt und vermarktet. Das Arzneimittel hat eine cholesterinsenkende Wirkung. Lipobay ist ein Vertreter der Statine, welche die Produktion des arterienverkalkenden Cholesterins in der Leber drosseln. Hintergrund des Lipobay-Skandals waren unerwünschte Wechselwirkungen von Arzneimitteln. Die gleichzeitige Einnahme des Medikaments Lipobay mit anderen Arzneimitteln verursachte schwere Krankheitsfälle bis hin zu Todesfällen. Insbesondere die Kombination mit Fibraten – welche den Fettspiegel drosseln – kann Nebenwirkungen hervorrufen. Beide Substanzen – Statine wie Lipobay und Fibrate – werden in der Leber abgebaut. Werden beide Präparate gleichzeitig eingesetzt, blockieren die Fibrate den Abbau der Statine. Das Resultat sind Muskelschmerzen und sogar die Auflösung von Muskeln (Rhabdomyolyse). Im März 2001 fielen im Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) erstmals schwere Nebenwirkungen im Zusammenhang mit dem Cholesterinsenker Lipobay auf. Die Muskeln mancher Patienten lösten sich unter der Lipobay-Therapie auf, was mitunter tödlich verlief<sup>357</sup> (BfArM, 2005; Zylka-Menhorn, 2001; Die Zeit online, 2001).

Der Skandal beeinflusste die öffentliche Meinungs- und Willensbildung. Durch ein elektronisches Kartensystem im Gesundheitswesen und dessen medizinische Anwendungen – so die öffentliche Wahrnehmung – hätten Arzneimittelwechselwirkungen vermieden werden können. Durch eine zwangsweise hoheitliche Arzneimittel- und Therapiedokumentation – so hieß es in verschiedenen Tages- und Fachzeitschriften – hätte die Gefährlichkeit von Medikamenten frühzeitig erkannt werden sowie die Wechselwirkungen durch Nicht-Einnahme der Präparate verhindert werden können. Denn das durch den Lipobay-Skandal identifizierte Problem war, dass es keine exakten Dokumentationen über die Medikamente gab, welche den Patienten bereits verschrieben worden waren. Dieses Problem – so die Wahrnehmung – hätte durch eine elektronische Gesundheitskarte – auf der wichtige Patientendaten und die eingenommenen Arzneimittel verzeichnet werden – gelöst werden können. Dadurch hätte die Datenbasis für genaue Analysen und mögliche Gegenmaßnahmen bei etwaiger Medikamentenunverträglichkeit durch die Nutzung von IT bzw. E-Health verbessert werden können. Durch eine Arzneimitteldokumentation bzw. Patientenakte auf der Karte hätte jeder Arzt und Apotheker wissen können, welche Medikamente der Patient bereits einnimmt und auf Grund dessen keine weiteren unverträglichen Medikamente verschrieben (Wiehr, 2001; Weichert, 2004, 2008; Goetz/Grode, 2013; Schweim, 2007). "Man wollte das (dem Patienten bereits verschriebene Arzneimittel) schnell auslesen, was alles mit der alten Karte nicht möglich war, damit sowas wie Lipobay nicht mehr passiert" (D03). Die große Mehrzahl der befragten Experten ist der Meinung, dass der Lipobay-Skandal ein politisches Zeitfenster war, das die eGK in den Mittelpunkt der öffentlichen Diskussion rückte und die Einführung des elektronischen Kartensystems möglich machte<sup>358</sup>.

Tabelle 68: Der Lipobay-Skandal als politisches Zeitfenster (D)

<b>Der Lipobay-Skandal als politisches Zeitfenster</b>
"Der Lipobay-Skandal war so ein bisschen in der Öffentlichkeit eine Initialzündung." (D06)

<sup>356</sup> Schwerpunkt des Konzerns ist die chemische und pharmazeutische Industrie – mehr hierzu auf der Homepage des Bayer-Konzerns.

<sup>357</sup> Die genaue Zahl der weltweiten Todesfälle ist nicht bekannt. Die meisten großen deutschen Tageszeitungen und Artikel in Fachzeitschriften nennen Zahlen zwischen 50 und 100. Sie zitieren damit u. a. leitende Mitarbeiter des Bayer Konzerns oder des BfArM (z. B. Zylka-Menhorn, 2001; Frankfurter Allgemeine Zeitung, 2001). In Deutschland starben zwischen 4 und 10 Personen (z. B. Zylka-Menhorn, 2001; Handelsblatt, 2001). Nach Angaben des BfArM sind bis Ende 2001 in Deutschland 90 Fälle von Muskelzerfall im Zusammenhang mit der Einnahme von Lipobay registriert worden (Zylka-Menhorn, 2001).

<sup>358</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 7.1

"Damals war dieses Event Lipobay-Skandal etwas, was die einzelnen Medien berichtet haben. (...) Also diese Events, wie Lipobay, sind solche Schlüssevents, die dann dazu führen, dass so etwas wie die Karte von der Gesellschaft mitgetragen wird." (D05)

"Eines der Hauptargumente war damals der Lipobay-Skandal (...) Es war wirklich dieser externe Einfluss, der Skandal, der da damals den letzten Schwung gegeben hat, dass man die eGK einführt." (D08)

"Es gab damals diesen Lipobay-Skandal. (...) Also Druck ist sicher ein bisschen zu wenig gesagt. (...) Der Lipobay-Skandal hat nochmal deutlich gemacht, dass das Themenfeld, ich sage jetzt mal, der Arzneimittelnebenwirkungen und der Interaktionen von Arzneimitteln, unheimlich wichtig ist. Dass es wichtig ist, dass man über eine ausreichende Datenstruktur verfügt. Nur so können die Wechselwirkungen überhaupt festgestellt werden. (...) Der Lipobay-Skandal hat nochmal mit dafür gesorgt, dass deutlich wurde, dass hier an dieser Ecke, an der viele ja schon vorher gearbeitet haben, einfach, dezidierter und stringenter aufgestellt, weiter gearbeitet werden muss. Und daraufhin haben dann eben gesetzliche Vorschriften sozusagen die Einführung gefunden, in denen das nochmal klar zum Ausdruck gebracht wurde. (...) Weil es völlig klar war, dass man an dieser technischen Entwicklung nicht vorbeikommt. Aber der notwendige `Drive` hat gefehlt. Und der `Drive` ist dann nach Lipobay da reingekommen." (D04)

Diese letzten beiden Zitate der befragten Experten D04 und D08 deuten bereits an, dass der Lipobay-Skandal – auch wenn es öffentlichkeitswirksam in einigen Zeitungen anders dargestellt wurde – nicht der ursprüngliche Grund für die politischen Entscheidungsträger war, das Gesetz zur Einführung der eGK zu entwickeln und das Kartensystem einzuführen. Die politischen Entscheider und verschiedene bereits genannte Befürworter bzw. Interessengruppen arbeiteten schon vor 2001 an der Idee zur Einführung eines elektronischen Kartensystems. Allerdings wirkte der Lipobay-Skandal beschleunigend auf die Einführung der eGK. "Diese Lipobay-Geschichte, Bayer musste das Medikament ja vom Markt nehmen. (...) Das war schon so, dass das eine Rolle gespielt hat. Das war dann ja auch in den Medien. Und das hat der Ministerin schon in die Hände gespielt. Das wäre ja so oder so eingeführt worden. Aber so ging es noch leichter" (D03).<sup>359</sup> Im Folgenden wird dargestellt, dass das politische Zeitfenster u. a. deshalb beschleunigend wirkte, da der politische Entrepreneur es öffentlichkeitswirksam nutzen konnte. Das Projekt eGK "war eher personen- als parteipolitisch getrieben" (D09).<sup>360</sup>

### 7.7.1.2 Der politische Entrepreneur

Federführend für die Einführung der eGK in Deutschland war Bundesgesundheitsministerin "Ulla Schmidt, die da sehr viel Interesse daran hatte, die das sehr sehr vorangetrieben hat. (...) Frau Schmidt war da wirklich sichtbar in dem Thema" (D08). Die Auswertung der Interviews hat ergeben, dass die damalige Bundesgesundheitsministerin Ursula Schmidt – auch Ulla Schmidt genannt – während ihrer gesamten Amtszeit von 2001 bis 2009 der politische Entrepreneur bei der Einführung der eGK war. Somit unterstützte und managte sie in allen politischen Phasen – von der Problemdefinition über das Agenda Setting, die Politik-Entwicklung, bis hin zum Beginn der Implementation der eGK<sup>361</sup> – die Einführung des elektronischen Kartensystems maßgeblich<sup>362</sup>:

<sup>359</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 7.1

<sup>360</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 7.2

<sup>361</sup> Ursula Schmidt war bei der flächendeckenden Implementation der eGK nicht mehr im Amt. Ab 2009 gab es keinen politischen Entrepreneur mehr. Dennoch wurde die Einführung der elektronischen Karte wegen der in Kapitel 7.6.1.2 identifizierten Gründe nicht abgebrochen.

<sup>362</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 7.2

Tabelle 69: Ursula Schmidt als politischer Entrepreneur (D)

<b>Ursula Schmidt als politischer Entrepreneur</b>
"Sie (Ursula Schmidt) hat sich dieses Thema im Sinne eines solchen Leuchtturm-Projektes auf die Agenda geschrieben. (...) Also mir sind als Gestalter eher nicht aus der Politik weitere Personen bekannt (...) Im Ministerium war das halt hauptsächlich Ulla Schmidt. (...) Also sie hat es vorangetrieben." (D07)
"Ulla Schmidt war die, die das so richtig gepuscht hat. (...) Und die anderen (Gesundheitsminister) haben es dann mehr oder weniger weitergeführt." (D05)
"Da würde ich schon sagen Ulla Schmidt, die zuständige Ministerin, war da führend." (D04)
"Ganz vorne dran war Ulla Schmidt. (...) Sie hat dieses Thema angestoßen." (D02)
" Ulla Schmidt (...) ist ja sehr aktiv gewesen. Unter Ulla Schmidt war das ganz extrem. (...) Das kam dann genauso ins Gesetz, wie das die Ulla entwickelt hat." (D08)

Die Interviewextraktionen machen deutlich, dass Ursula Schmidt das Thema eGK auf der politischen Ebene anstieß und das Projekt fortwährend unterstützte. Des Weiteren hat die Auswertung der Experteninterviews gezeigt, dass das unter ihrer Leitung entwickelte Gesetz genauso umgesetzt wurde, wie Ursula Schmidt es gemeinsam mit ihrem Ministerstab entwickelte. Sie setzte sich demnach durch. Dies schaffte sie nicht zuletzt, indem sie sich den Lipobay-Skandal zu Nutze machte, wie nachfolgend ersichtlich wird.

### 7.7.1.3 Der politische Entrepreneur nutzt das politische Zeitfenster

Die Bundesgesundheitsministerin Ursula Schmidt begründete die Einführung der eGK samt ihrer medizinischen Anwendungen – wie der elektronischen Patientenakte – öffentlichkeitswirksam mit dem Lipobay-Skandal. Dies zeigen diverse Berichte von 2001 in verschiedenen Tageszeitungen und auf Nachrichtenportalen:

*"Nach dem Medikamentenskandal um Lipobay zeigt sich Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) entschlossen. In Berlin forderte sie einen Medikamentenpass für alle Bürger. Mittels einer elektronischen Patientenakte könnten Ärzte und Apotheker sofort bei der Behandlung sehen, welche Arzneien der Patient verschrieben bekomme und einnehme." (ntv, 2001)*

Die große Mehrzahl der befragten Experten ist ebenfalls der Meinung, dass Ursula Schmidt den Lipobay-Skandal nutzte, um das elektronische Kartensystem öffentlichkeitswirksam darzustellen. Sie brachte den Skandal ein, um die eGK in den Mittelpunkt der politischen Diskussion zu stellen und um die Karte politisch durchzusetzen<sup>363</sup>:

Tabelle 70: Ursula Schmidt nutzt den Lipobay-Skandal als politisches Zeitfenster (D)

<b>Ursula Schmidt nutzt den Lipobay-Skandal als politisches Zeitfenster</b>
"Ulla Schmidt hat den Skandal genutzt, um das Thema voranzutreiben. (...) Also sie hat den Skandal genutzt, um der Gesellschaft und überhaupt den Menschen in Deutschland nahezubringen, dass es wichtig ist, so eine Karte einzuführen. (...) Also der Lipobay-Skandal hat Ulla Schmidt in die Hände gespielt für dieses Thema." (D10)
"Der Lipobay ist so ein Beispiel, an dem Ulla Schmidt sehr transparent darstellen konnte, wie wichtig

<sup>363</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 7.2.1



es wäre, wenn zum Beispiel jeder behandelnde Arzt wüsste, welche Medikamente der Patient bekommt. Und das hat ihr natürlich geholfen, sich dann auch durchzusetzen." (D05)

"Der Lipobay-Skandal (...) der wurde medienwirksam auch von der Ministerin damals hergenommen als Beispiel, wie man hätte durch bessere Information auf der Karte sowas vermeiden können. (...) Also ich meine ja nicht, dass der Skandal für die Entscheider oder für alle, die Ahnung haben vom System, letztendlich ausschlaggebend war. Der Lipobay-Skandal wurde mehr für die Öffentlichkeit zur Erklärung eingesetzt und zur medienwirksamen Begründung der Karte. Also ich glaube nicht, dass man im tiefsten Inneren davon überzeugt war, dass sich sowas hätte verhindern lassen." (D01)

Die eGK wurde in Expertenkreisen im Ministerium unter Federführung von Ursula Schmidt schon vor dem Lipobay-Skandal entwickelt und diskutiert. Die Bundesgesundheitsministerin konnte den Skandal gleichwohl nutzen, um öffentlichkeitswirksam darzustellen, dass eine elektronische Karte notwendig ist. Dies wiederum übte Druck auf die politischen Entscheider aus, die Karte zeitnah einzuführen. Die Karte wurde durch den Lipobay-Skandal und das Engagement der Ministerin in den Mittelpunkt der politischen Diskussion gerückt und konnte somit sehr zügig eingeführt werden. Zusammenfassend kann an dieser Stelle konstatiert werden, dass "Ulla Schmidt und Lipobay, das sind die Wurzeln der Telematik, sprich der eGK. Wenn ich spontan schnell antworten müsste, dann würde ich sagen Ulla Schmidt und Lipobay sind die Auslöser der eGK" (D08).<sup>364</sup>

Der MSA besagt desgleichen, dass sich eine Politik dann durchsetzt, wenn ein politischer Entrepreneur es schafft, die drei Ströme Problemstrom, Policy-Strom und Politics-Strom zu verbinden, indem er die Koordination und das Management der Problemlösung übernimmt. Im Folgenden wird deshalb analysiert, welche Maßnahmen Ursula Schmidt – neben der medienwirksamen Darstellung des Skandals – ergriff, um die eGK durchzusetzen bzw. um die drei Ströme zu verbinden.

#### 7.7.1.4 Weitere Maßnahmen des politischen Entrepreneurs zur Verbindung der drei Ströme Problemstrom, Policy-Strom und Politics-Strom

Die Probleme, welche im deutschen Gesundheitswesen anlässlich gesellschaftlicher und wirtschaftlicher Entwicklungen in den Jahren vor der gesetzlichen Einführung der eGK entstanden (Problemstrom), wurden bereits in Kapitel 7.1 diskutiert. Einige weitere Probleme wurden in den nachfolgenden Kapiteln dargestellt. Ursula Schmidt schaffte es, die eGK als die Lösung dieser Probleme zu kommunizieren, in dem sie die Karte als beste Policy zur Lösung der Probleme vermarktete (Verbindung Problemstrom mit Policy-Strom). Dazu war sie u. a. sehr präsent auf öffentlichen und verbandsinternen Veranstaltungen, wie der CeBIT oder dem "Deutschen Ärztetag". So konnte sie die öffentliche Wahrnehmung – als Teil des Politics-Strom – beeinflussen<sup>365</sup>.

Tabelle 71: Maßnahmen zur Verbindung der drei Ströme – Problem- und Lösungsdarstellung auf öffentlichen und verbandlichen Veranstaltungen (D)

#### Maßnahmen zur Verbindung der drei Ströme – Problem- und Lösungsdarstellung auf öffentlichen und verbandlichen Veranstaltungen

"Die Maßnahmen von Ulla Schmidt. Das waren sehr punktierte Auftritte auf der CeBIT und der Medica, wo dann irgendwas Besonderes gezeigt wurde und hochrangige Bundes- oder Regionalpolitiker dann auch anwesend waren. Und die Interessenvertreter von Siemens haben damals ihre Machbarkeitsstudie von der Industrie offiziell auf der CeBIT an Ulla Schmidt übergeben oder sonst irgendwas.

<sup>364</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 7.2.1

<sup>365</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 7.2.2.1

Das war dann für die öffentliche Wahrnehmung." (D09)
"Auf dem `Deutschen Ärztetag` war sie (Ursula Schmidt) durchaus sehr präsent und hat dort erzählt, welche Probleme man alle mit der Karte lösen kann." (D01)
"Die (Ulla Schmidt) war zum Beispiel auch beim Neujahrsempfang der Krankenhausgesellschaft, beim Jahresempfang der KBV, bei allen einschlägigen Veranstaltungen. Und dann kann man das immer wieder in den Reden aufnehmen, dass das ein wichtiges zentrales politisches Anliegen ist und dass man damit alles verbessern kann." (D04)

Die Bundesgesundheitsministerin stellte die eGK auf den öffentlichen Veranstaltungen bzw. öffentlich und medial "so hin (...), als wolle man weg von der Arzt-Zentrierung im Gesundheitswesen, hin zur Patienten-Zentrierung. Das passte auch so in die Gedanken der Grünen. (...) Sie (Ulla Schmidt) wollte, dass jeder die Einführung der eGK als Projekt eines Teams versteht. Und sie wollte den Patienten stärker informieren und empoweren" (D02).<sup>366</sup> Durch diese Art der Argumentation – die Einführung der eGK als Instrument zur Aufwertung der Rolle des Patienten – konnte sie die breite Öffentlichkeit von der eGK überzeugen.

Daneben sprach Ursula Schmidt in kleineren und größeren Kreisen im Ministerium mit ausgewählten Akteuren im Gesundheitswesen. Sie lud zu vielen Diskussionsrunden, runden Tischen und Spitzengesprächen ins Ministerium ein<sup>367</sup>:

Tabelle 72: Maßnahmen zur Verbindung der drei Ströme – Gespräche und runde Tische im Ministerium (D)

<b>Maßnahmen zur Verbindung der drei Ströme – Gespräche und runde Tische im Ministerium</b>
"Es gab damals regelmäßig Spitzengespräche im Ministerium mit den wichtigen Leuten. Das gab es danach bei keinem Minister mehr. Ulla Schmidt war die einzige, die ich auch zwei, drei Mal auf großen Runden gesehen habe. (...) Alle Vorstände saßen an einem Tisch und sind zu Ulla Schmidt eingeladen worden. (...) Sie (Ulla Schmidt) hat sich einfach persönlich auch engagiert, was man ja von einem Minister bei so einem Fachthema ja gar nicht unbedingt erwartet." (D08)
"Natürlich hat sie auch mit allen Interessengruppen gesprochen. Die waren ständig zu ihr eingeladen." (D04)
"Zuvor (vor gesetzlicher Einführung der eGK) hat sie (Ursula Schmidt) (...) versucht alle zu überzeugen, an runden Tischen. Sie hat sie auch überzeugt." (D03)

Ursula Schmidt versorgte alle zentralen Akteure mit Informationen. Innerhalb der Gespräche übernahm sie die Koordination und Verhandlungsführung. "Sie hat das Thema fachlich geleitet und koordiniert" (D02). Dabei hat sie "die ganze Argumentation geführt" (D05). Sie hat "die Verbände angehört. Sie hat aber sehr wohl und das meine ich mit gestaltend, sehr wohl Vorhaben, die sie für richtig gehalten hat, auch durchaus im Sinne der Diktion, verordnet. Also sie hat es vorangetrieben. Und ihr Ministerium ist da halt tatsächlich ein (...) federführendes Ministerium gewesen" (D07). "Sie (Ulla Schmidt) hat auch versucht zu schlichten, wo es geht" (D04). Durch diese Maßnahmen schaffte es Ursula Schmidt, die drei genannten Ströme zu verbinden und die eGK durchzusetzen.<sup>368</sup> Die Bundesgesundheitsministerin beeinflusste die Entscheidungsprozesse (Teil des Politics-Strom). Sie führte "institutionelle Leitungsbesprechungen durch (...). Montagsabends gab es jeweils eine Vorbesprechung, in der besprochen

<sup>366</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 7.2.2.1

<sup>367</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 7.2.2.2

<sup>368</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 7.2.2.2

wurde, was die Woche dann alles ansteht. Da nahmen die Ministerin teil, der Staatssekretär, die beiden parlamentarischen Staatssekretäre, der Abteilungsleiter und der Pressesprecher. Und da haben wir immer auf die Tagesordnung gesetzt, was jetzt Stand ist bei der Karte. Immer wenn also auch eine Entscheidung stattfand, war das auf der Tagesordnung" (D03). Ursula Schmidt stellte einen Beamtenstab ein, der sie effektiv unterstützen konnte. Außerdem verschob sie Referate innerhalb des BMG, um so mehr Aufmerksamkeit auf das elektronische Kartensystem zu legen. Hier weisen alle Interviews einen erheblichen Konsens auf<sup>369</sup>:

Tabelle 73: Maßnahmen zur Verbindung der drei Ströme – Einstellung eines qualifizierten Beamtenstabs und Verschiebung von Referaten (D)

<b>Maßnahmen zur Verbindung der drei Ströme – Einstellung eines qualifizierten Beamtenstabs und Verschiebung von Referaten</b>
"Sie (Ursula Schmidt) hat sich auch gute Leute eingestellt. (...) Der Paland, der früher im Projekt war, war sehr gut informiert. (...) Unterabteilungsleiter war der. Und der war sehr kompetent in Sachen eGK." (D09)
"Mit dem Staatssekretär Schröder hat sie da gute Unterstützung gehabt. (...) Herr Paland war da da, der hat das Thema gerade wieder bekommen. Ansonsten (...) dann noch ein Herr Dietzel, Gottfried Dietzel, der war sehr engagiert. Aber führend war schon Ulla Schmidt. (...) Aber sie hatte auch intensive Unterstützung." (D08)
"Es gab Ende 2002 (...) zwei oder drei Referate, die sich mit der IT im Gesundheitswesen befasst haben. Und diese Referate waren in der Abteilung zwei des BMG. (...) Das ist eigentlich die zentrale, wichtigste Abteilung des Hauses. (unv.) (...) Die zwei Referate waren da angesiedelt, weil man dem Ganzen auch eine hohe politische Aufmerksamkeit beigemessen hat. Man wollte, dass das voranschreitet. Da haben wir uns damals im Ministerium entschieden, diese Referate aus der Fachabteilung herauszunehmen und direkt dem Staatssekretär zuzuordnen." (D03)

Die damalige Bundesgesundheitsministerin konnte auf Grund ihrer Maßnahmen und mit Unterstützung ihres Beamtenstabs die drei genannten Ströme – Problemstrom, Policy-Strom und Politics-Strom – verbinden und somit die eGK durchsetzen. Das Ministerium unter Ursula Schmidt unterschied sich von anderen Gesundheitsministerien, die zuvor oder anschließend tätig waren. Denn unter ihrer Leitung gab es ein "sehr gestaltendes Ministerium" (D07).<sup>370</sup>

## 7.7.2 Österreich

Im Folgenden wird nun untersucht, ob sich in Österreich ein politisches Zeitfenster öffnete und ein politischer Entrepreneur dieses nutzte, um die E-Card einzuführen.

### 7.7.2.1 Das politische Zeitfenster

Die große Mehrzahl der befragten Experten ist der Meinung, dass "es bei uns (in Österreich) kein Initialereignis (gab), das dazu geführt hat, dass gesagt wurde, da muss jetzt ein Kartensystem her" (Ö05). "Sowas vergleichbares wie den Lipobay-Skandal als Auslöser für die Karte gibt es in Österreich nicht. (...) Damals war jetzt da nichts, was die E-Card betrifft. Also ich wüsste da jetzt kein Schlüsselereignis, das dafür verantwortlich ist, dass man sagen würde, das war der Durchbruch, deshalb führten wir das jetzt ein. (...) Das sollte ja eher keiner erfahren so richtig, was da alles geplant war" (Ö07). "Also ein besonderer akuter Problemdruck vor

<sup>369</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 7.2.2.3

<sup>370</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 7.2.2.2

der Einführung war nicht da, der da erst entstanden ist" (Ö02). Die Auswertung der Interviews hat ergeben, dass in Österreich kein Skandal passierte oder ein akuter Problemdruck entstand, durch den sich ein politisches Zeitfenster hätte öffnen können.<sup>371</sup>

Die E-Card in Österreich wurde am 16.07.1999 gesetzlich eingeführt. Kurz danach, am 03.10.1999 waren die Wahlen für die neue Bundesregierung angesetzt, die ab 2000 regieren sollte. Die E-Card wurde demnach kurz vor den Neuwahlen gesetzlich verabschiedet. Dies legt die Vermutung nahe, dass sich durch die anstehenden Neuwahlen ein politisches Zeitfenster für die Einführung der E-Card öffnete. Allerdings bestätigte sich diese Vermutung nicht. Die Auswertung der Interviews hat ergeben, dass die anstehenden Neuwahlen "überhaupt keinen Einfluss (auf die Einführung der E-Card) hatten" (Ö01). Die große Koalition zwischen SPÖ und ÖVP ist in Österreich jahrelang eine Tradition gewesen. Deshalb hatte vor den Wahlen "keiner (damit) gerechnet, dass es da einen Regierungswechsel gibt 2000. (...) Nein. Also ich sehe das so gar nicht, dass die anstehenden Neuwahlen damit (Einführung der E-Card) irgendwas zu tun hatten" (Ö03).<sup>372</sup>

In Österreich öffnete sich vor der Einführung der E-Card kein politisches Zeitfenster. Ein solches Fenster war nicht notwendig. Politisch war es in keinster Weise gewollt, die Debatte um das elektronische Kartensystem öffentlich auszutragen. Dies zeigte sich bereits bei der Analyse in den vorherigen Kapiteln. Das E-Card-Projekt wurde abseits der Öffentlichkeit in einem kleinen Kreis von Entscheidern diskutiert. Es wurde von den Verantwortlichen absichtlich aus der öffentlichen Diskussion herausgehalten.

Ob es dennoch einen oder mehrere politische(n) Entrepreneur(e) gab, der/die sich für die Einführung der E-Card einsetzte(n) und das Kartensystem durchsetzte(n), wird nachstehend behandelt.

### 7.7.2.2 Die politischen Entrepreneure

Zu Zeiten der Einführung der E-Card in Österreich, war Eleonore Hostasch (SPÖ) Bundesgesundheitsministerin<sup>373</sup> dort (27. Jänner 1997 bis 4. Februar 2000, anschließend Elisabeth Sickl aus der FPÖ vom 4. Februar 2000 bis 24. Oktober 2000). Im Gegensatz zu Ursula Schmidt in Deutschland, übernahmen Eleonore Hostasch sowie die nachfolgenden Gesundheitsminister in Österreich keinen führenden Part bei der Einführung der E-Card. Die Rolle des politischen Entrepreneurs übernahmen verschiedene Personen aus dem HV. "Verschiedene" deshalb, weil "es ist auch eine Sache der Phase. Wo man sagt, der Herr Mandl war ja zu der Zeit, wo der Kandlhofer dann da war, ja schon in Pension. Der war also damals als die Ablöse da war, natürlich dann nicht mehr da. Und dann folgte weiter der Schörghofer. Aber der ist erst zu einem Zeitpunkt gekommen, an dem wir schon sehr weit waren, also schon voll bei den Ausschreibungen waren. Das (politischer Entrepreneur) war halt immer gerade der, der so eine Position im Hauptverband hatte" (Ö05).

Die große Mehrzahl der befragten Experten identifiziert namentlich als politischen Entrepreneur von 1997 bis 2001 den Präsidenten des HV Hans Sallmutter, der sich in dieser – seiner Amtszeit – sehr für die E-Card engagierte. Unterstützt wurde er von Adolf Mandl, EDV-Leiter im HV. Nachdem Sallmutter nicht mehr im Amt war, übernahm der Generaldirektor des Hauptverbandes, Josef Kandlhofer, während seiner Amtszeit (2002-2013) die Rolle des politi-

<sup>371</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 7.1.1

<sup>372</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 7.1.2

<sup>373</sup> Ab 1997 waren gesundheitspolitische Angelegenheiten im Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales angesiedelt (Nahrungsmittelkontrolle und Veterinärwesen waren dem Bundeskanzleramt zugeordnet, eigene Bundesministerin für Frauenangelegenheiten und Verbraucherschutz waren im Kanzleramt). Ab 2000 war das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen für das Politik-Feld Gesundheit zuständig.

schen Entrepreneurs.<sup>374</sup> Es war demnach der Präsident des Hauptverbandes maßgeblicher politischer Entrepreneur in den politischen Phasen vor und bis kurz nach der gesetzlichen Einführung der E-Card. Anschließend war der Generaldirektor die treibende Kraft bei der Implementation des Kartensystems. Kandlhofer wurde ab 2003 von Volker Schörghofer<sup>375</sup> unterstützt. Die große Mehrzahl der befragten Experten sieht die Rolle des politischen Entrepreneurs bei der jeweiligen Person, die im HV in eine leitende Position kam. Sallmutter und Mandl engagierten sich somit zuerst für die Einführung der E-Card. Anschließend trieben Kandlhofer und Schörghofer die Implementation der E-Card voran<sup>376</sup>:

Tabelle 74: Die politischen Entrepreneure (Ö)

Die politischen Entrepreneure
<p>"Für mich war sehr stark prägend natürlich der Direktor Mandl. Der war der EDV-Leiter im Hauptverband. Der hat das Projekt eigentlich gegen interne Widerstände durchgetragen. (...) Der Mandl war da sehr maßgeblich auf der Ebene des Hauptverband-Büros. Auf der politischen Ebene des Hauptverbandes war das in der ersten Phase der Präsident Sallmutter. Der hat sich sehr eingesetzt für das Zustandekommen. (...) Der hat das dann auch durchgesetzt gegenüber der damaligen Frau Ministerin Hostasch. (...) Und in späterer Folge dann, wie wir also das zweite Projekt draufgesetzt haben, war sicher der Dr. Joseph Kandlhofer die treibende Kraft auf Seiten der Sozialversicherung. (...) Der hat eine sehr starke Affinität zu dem Projekt auch gehabt. Der hat das sehr stark unterstützt." (Ö05)</p>
<p>"Es gab auf der politischen Ebene in den Ministerien jetzt nicht da eine Person, an die man da gleich denkt. (...) Der Präsident und dann der Direktor der Sozialversicherung, die waren sicher ein wesentlicher Treiber, also der Stellvertreter und Hauptdirektor des Sozialverbandes haben das dann auch immer voziert (unterstützt/vorangetrieben). (...) Der Direktor der Sozialversicherung war sozusagen derjenige, der das Projekt im Rahmen der Sozialversicherung geleitet hat. Das war natürlich der Tragende." (Ö03)</p>
<p>"Es hat an einzelnen handelnden Personen gelegen, die Technik affin waren und im Hauptverband der Sozialversicherungsträger in Positionen gelangt sind, und dann das auch genutzt haben und gesagt haben: `Jetzt schauen wir dass wir weg kommen von dem Papier` (...) Also ich verbinde das mit dem Präsidenten und dem Direktor der Sozialversicherung. Und in dessen Zuständigkeitsbereiche ist das von Anfang an gefallen. Und der Direktor ist ein sehr EDV-affiner Mensch. Und der Präsident hat hier die Idee gehabt und war dann wirklich dahinter, dass es jetzt die E-Card gibt. Dafür ist er verantwortlich und zuständig. (...) Also aus der Zeit der Einführung fällt mir sonst niemand mehr weiter ein, der da leitend tätig war." (Ö02)</p>

Die E-Card konnte eingeführt werden, weil es zu jedem Zeitpunkt eine Person im Hauptverband gab, welche sich für die Einführung eines elektronischen Kartensystems im österreichischen Gesundheitswesen maßgeblich einsetzte. Diese Personen können als politische Entrepreneure bezeichnet werden, da sie es schafften, die Ströme Problemstrom, Policy-Strom und Politics-Strom zu verbinden und die E-Card durchzusetzen. Mit welchen Maßnahmen sie dies bewirkten, wird im Folgenden erläutert.

<sup>374</sup> Walter Geppert, der von 1991-2001 Generaldirektor im Hauptverband war, wurde von keinem der befragten Experten als Unterstützer der elektronischen Karte genannt. Während seiner Amtszeit unterstützte der Präsident Sallmutter die E-Card maßgeblich.

<sup>375</sup> Volker Schörghofer war 2003-2005 Mitglied der Geschäftsführung im HV und ist seit 2005 Generaldirektor-Stellvertreter im Hauptverband und technischer Geschäftsführer der SV-Chipkarten Betriebs- und Errichtungsgesellschaft (SVC). Volker Schörghofer war zuvor im Management von IBM tätig.

<sup>376</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 7.2

### 7.7.2.3 Maßnahmen der politischen Entrepreneure zur Verbindung der drei Ströme Problemstrom, Policy-Strom und Politics-Strom

Im Gegensatz zur Situation in Deutschland gab es in Österreich zwei bzw. – zählt man ihre Unterstützer hinzu – vier politische Entrepreneure. Nachfolgend wird zuerst auf die Maßnahmen des Präsidenten Sallmutter und seines Unterstützers Mandl – zur Verbindung der drei Ströme bzw. zur Durchsetzung der Karte – eingegangen (1. Phase 1997-2001). Anschließend werden die Maßnahmen des Generaldirektors Kandlhofer und seines Stellvertreters Schörghofer analysiert und untersucht, inwiefern diese zur Verbindung der drei Ströme und zur Umsetzung des Kartensystems führten (2. Phase ab 2002).

#### 1. Phase 1997 bis 2001: Präsident Hans Sallmutter, unterstützt vom EDV-Leiter Adolf Mandl

Die Probleme, welche wegen gesellschaftlicher und ökonomischer Entwicklungen im österreichischen Gesundheitswesen vor Einführung der E-Card auftraten (Problemstrom), wurden bereits in Kapitel 7.1 diskutiert. Einige weitere Probleme kamen in den darauffolgenden Kapiteln zur Sprache. Sallmutter "hat (...) die E-Card als Lösung für (diese) Probleme genannt. Der hat die Probleme genannt, wie dass es sozusagen einen hohen Verwaltungsaufwand für die Arbeitgeber und die Betriebe gibt. Und der hat als Argument gesagt, dass natürlich dadurch, dass ich regelmäßig sofort online die Versicherungseigenschaft überprüfen kann, dass dadurch das Problem wegfällt, dass ein Dienstwechsel war oder eine Arbeitslosigkeit oder ähnliches und der Krankenschein aber bereits ausgestellt war zum Beispiel. Und damit konnte er überzeugen" (Ö03). Sallmutter konnte durch seine Argumentation den Problemstrom mit dem Policy-Strom verbinden.<sup>377</sup>

Um die E-Card als Lösung für aktuelle Probleme überzeugend darzustellen, war Hans Sallmutter – unterstützt von Adolf Mandl – bei den Interessenvertretern der Ärztekammer und bei den politischen Entscheidungsträgern sehr präsent.<sup>378</sup> Somit konnte er die Diskussion über die E-Card innerhalb der Entscheidungsprozesse des Regierungsapparats und der Ärztekammer – als Teil des Politics-Stroms – erfolgreich beeinflussen bzw. koordinieren. Sallmutter kommunizierte Informationen strategisch und zum richtigen Zeitpunkt. Darüber hinaus übernahm er die Koordination und das Management der Problemlösung, indem er zu verschiedenen Veranstaltungen einlud und dort über die E-Card informierte sowie die Diskussionen leitete. Unterstützt wurde er dabei von Adolf Mandl. Hier weisen die ausgewerteten Interviews einen erheblichen Konsens auf<sup>379</sup>:

Tabelle 75: Maßnahmen zur Verbindung der drei Ströme – Phase 1 (Ö)

Maßnahmen zur Verbindung der drei Ströme – Phase 1
"Der Mandl und der Sallmutter von der Sozialversicherung (...) die sind von Interessenvertretung zu Interessenvertretung (damit sind Regierungsmitglieder, Ministerialbeamte und Interessenvertreter der Ärztekammer gemeint) gelaufen. Die haben sich eingesetzt, dass es einen Konsens gibt. (...) Die haben viel mit allen diskutiert. (...) Das Argument war, die Zeit schreitet voran und der Krankenschein ist anachronistisch und so weiter. Und dadurch haben sie das geschafft" (Ö07)
"Der Sallmutter hat sich hingesetzt und eine Diskussion geführt (...). Da hat man Meinungsbilder

<sup>377</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 7.2.2

<sup>378</sup> Auch mit den Interessenvertretern der Industrie stand er in regem Kontakt. Diese Akteure musste er allerdings nicht von der E-Card überzeugen (sie waren es schon), weshalb sie an dieser Stelle nicht mehr genannt werden.

<sup>379</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 7.2.2

eingeladen im Hauptverband. Da hat man das ganze E-Card-System diskutiert. Da hat man mit Parlamentariern und Hauptverband eine Großveranstaltung gemacht, bei der man also dann das Ganze vorgestellt hat. Das hat natürlich Sallmutter eingeleitet, moderiert hat es dann der Mandl, also zum Beispiel in dem Ganzen. Also das war auch ein bisschen Zusammenarbeit zwischen den Beiden, ja. (...) Die Planung wie man das macht und so weiter, das haben die gemacht. Das war alles auf der Ebene des Projekts. Und das war die Methode, um das durchzusetzen." (Ö05)

"Hauptsächlich durch Gespräche und mit Argumenten hat er (Sallmutter) die E-Card durchgesetzt. Er hat das in die Hand genommen und den ganzen Prozess geleitet und alle und alles koordiniert sozusagen. (...) Er hat eben so die Regierungsparteien alle mit ins Boot geholt. Und die ÖVP hat er mit ins Boot geholt, mit dem Argument der administrativen Entlastung ihrer Mitglieder. Und die SPÖ konnte er mit ins Boot holen damit, dass er sagt: `Das fällt dann der Sozialversicherung zu und die hat ein Aufgabengebiet mehr und kann dann Einfluss nehmen`. Das hat er schon hinter den Kulissen gemacht" (Ö02)

Hans Sallmutter verband mit Unterstützung von Adolf Mandl die drei genannten Ströme. Durch seine Maßnahmen konnte er durchsetzen, dass die E-Card gesetzlich eingeführt wurde.

## 2. Phase ab 2002: Generaldirektor Josef Kandlhofer und (seit 2005) Generaldirektor-Stellvertreter Volker Schörghofer

Zwei Jahre nach der gesetzlichen Einführung – und damit in den Jahren vor der flächendeckenden Implementation der E-Card – war Sallmutter nicht mehr im Amt. Ab 2002 übernahm Generaldirektor Kandlhofer – später gemeinsam mit seinem Stellvertreter Schörghofer – die Rolle des politischen Entrepreneurs. Er sorgte dafür, dass das Kartensystem zügig implementiert wurde. Oder mit anderen Worten: "Der hat sozusagen die Peitsche geschwungen, so dass uns die politischen Hürden ferngehalten wurden" (Ö05). Seine Methoden – und die von Schörghofer – waren annähernd dieselben wie die von Sallmutter und Mandl zuvor. Beide koordinierten und leiteten die Umsetzung der E-Card und übernahmen das Management der verschiedenen Interessen. Die Auswertung der Interviews hat ergeben, dass sie es durch diese Maßnahmen schafften, die drei genannten Ströme zu verbinden<sup>380</sup>:

Tabelle 76: Maßnahmen zur Verbindung der drei Ströme – Phase 2 (Ö)

Maßnahmen zur Verbindung der drei Ströme – Phase 2
"Diese operativen Sachen, Diskussionsführung und so, das haben die (Kandlhofer und Schörghofer) gemacht. (...) Und natürlich haben die uns die Türen geöffnet, sodass wir da hingekommen sind, dass wir das machen konnten." (Ö05)
"Der (Kandlhofer) hat einfach die Maßnahme ergriffen, dass er einfach alle unterstützt hat bei der Umsetzung. Der hat sogar den Ärzten geholfen. Wenn es immer wieder Probleme gab, hat er diskutiert und die Lösungsfindung koordiniert und alle zusammengeführt. (...) Deshalb ist Österreich ja auch das Land, wo die Einführung der Karte am besten geklappt hat." (Ö06)

<sup>380</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 7.2.3

### 7.7.3 Zusammenführung

In Deutschland öffnete sich mit dem Lipobay-Skandal ein politisches Zeitfenster. Dieses wurde von der Bundesgesundheitsministerin Ursula Schmidt – als politischem Entrepreneur – öffentlichkeitswirksam genutzt, um die eGK durchzusetzen. Ursula Schmidt, ihr Beamtenstab und ein paar wenige weitere Akteure, arbeiteten bereits vor dem Skandal an der Entwicklung eines elektronischen Kartensystems. Dennoch war der Skandal notwendig, um die Öffentlichkeit und auch die Mehrheit der in Deutschland mächtigen Akteure der gemeinsamen Selbstverwaltung – bzw. vor allem die Gesellschafter der jetzigen Gematik als verantwortliche Akteure für die Implementation der eGK – von der Einführung des Kartensystems zu überzeugen. Erst durch den Lipobay-Skandal konnte die eGK (einschließlich Speicherung medizinischer Daten) zügig gesetzlich eingeführt werden. Denn der Skandal verdeutlichte die Bedeutung einer elektronischen Arzneimitteldokumentation zur Verhinderung von Arzneimittelwechselwirkungen.

In Österreich öffnete sich kein politisches Zeitfenster, das von einem politischen Entrepreneur öffentlichkeitswirksam genutzt werden konnte, um die E-Card einzuführen. Dort wurde die Einführung der E-Card von wenigen Akteuren aus Sozialversicherung, Bund, Ländern und Wirtschaft zentral und abseits der Öffentlichkeit entschieden.

Angesichts der unterschiedlichen gesundheitspolitischen Entscheidungsstrukturen und damit Kompetenzverteilungen und politischen Beteiligungschancen von Interessengruppen in beiden Staaten (vgl. Kapitel 6.3 zur Länderauswahl) war in Deutschland ein politisches Zeitfenster notwendig und in Österreich nicht. Die mächtige Selbstverwaltung in Deutschland kann und konnte politische Entscheidungen blockieren und musste deshalb mit Hilfe des Skandals überzeugt werden. In Österreich reichte die Zustimmung der starken "Systempartner" und der Wirtschaftskammer/Industriellenvereinigung. Die Initiative, eine E-Card einzuführen, ging von diesen Interessengruppen aus. Somit mussten diese Akteure nicht mit Hilfe eines politischen Zeitfensters überzeugt werden. In Österreich war die Einführung des elektronischen Kartensystems sogar leichter durchsetzbar, weil die Diskussion zentraler und abseits vieler Verbände sowie der Öffentlichkeit stattfand. In Deutschland wäre es nicht möglich gewesen eine Entscheidung zu fällen, ohne die im Vergleich zu Österreich mächtigen Verbände und Kammern der gemeinsamen Selbstverwaltung (vor allem die Mitglieder der jetzigen Gematik) in die öffentliche Diskussion einzubinden.

**H 7.1** *"Ein politisches Zeitfenster ("policy window") öffnete sich. Dieses wurde vom politischen Entrepreneur genutzt, um das elektronische Kartensystem durchzusetzen"* kann demnach für die Einführung der **eGK in Deutschland vorläufig nicht verworfen** und für die Einführung der **E-Card in Österreich vorläufig verworfen werden**.

Ursula Schmidt als politischer Entrepreneur nahm in Deutschland eine entscheidende Rolle bei der Einführung der eGK ein. In Österreich gab es nicht einen, sondern mehrere politische Entrepreneure aus dem HV. Zuerst war der Präsident des Hauptverbandes Hans Sallmutter mit Unterstützung von Adolf Mandl der politische Entrepreneur. Als beide nicht mehr im Amt waren, nutzte der Generaldirektor des HV, Josef Krandlhofer, seine neue Position, um sich als politischer Entrepreneur für die E-Card einzusetzen. Er wurde von Volker Schörghofer unterstützt.

Sowohl Ursula Schmidt als auch die politischen Entrepreneure in Österreich, übernahmen die Koordination der Diskussionen und Entscheidungsfindung. So beeinflussten sie schließlich die politischen Entscheidungsprozesse dahingehend, dass sich die Policy "Einführung eines



elektronischen Kartensystems" – als die beste Lösung für bestehende Probleme innerhalb der Prozesse der politischen Entscheidungsfindung – durchzusetzen konnte.

**H 7.2** „Das elektronische Kartensystem wurde eingeführt, weil sich ein politischer Entrepreneur für die Durchsetzung des Kartensystems einsetzte. Er übernahm die Koordination und das Management der Problemlösung, nutzte Informationen strategisch zum richtigen Zeitpunkt und kommunizierte seine Ziele in einem günstigen institutionellen Kontext. Somit schaffte er es, die drei Ströme Problemstrom, Policy-Strom und Politics-Strom zu verbinden" kann demnach für die Einführung eines elektronischen Kartensystems im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen **vorläufig nicht verworfen werden**.

Wobei hier entsprechend festgehalten werden muss, dass in Österreich nicht nur ein Entrepreneur an diesem Prozess beteiligt war. Die Hypothese müsste deshalb für Österreich dahingehend modifiziert werden, dass mehrere Entrepreneurure in verschiedenen Phasen an dem Prozess der Verbindung der Ströme beteiligt waren.

Im Folgenden wird nun untersucht, ob die Medien und weitere, bisher vernachlässigte Faktoren einen Einfluss auf die Einführung der elektronischen Kartensysteme in Deutschland und Österreich hatten.

## **7.8 "Neue" Akteure, die Macht der Medien und gebundene Rationalitäten der politischen Entscheider**

Der Punctuated-Equilibrium-Framework (PET) besagt, dass politischer Wandel dann zustande kommt, wenn sich "neue" Akteure von außerhalb mit einem Problem des Subsystems beschäftigen. Weiter geht der PET davon aus, dass diese "neuen" Akteure wissenschaftliche Expertise veranlassen und neue Institutionen gegründet werden, welche für die Newcomer (die neuen Akteure im Subsystem) unterstützend wirken. Darüber hinaus wirkt laut dem Theorieansatz ein medialer und öffentlicher Druck auf die politischen Entscheidungsträger, die selbst unter gebundener Rationalität handeln. Diese Konstellation von Zusammenhängen und Gegebenheiten führt laut dem PET zu politischem Wandel. Ob diese Faktoren Einfluss auf die Einführung der Kartensysteme in Deutschland und Österreich hatten, wird im Folgenden erklärt.

### **7.8.1 Deutschland**

In Deutschland engagierten sich "neue" Akteure im Policy-Feld Gesundheit und bedingten somit die Einführung des Kartensystems mit. Zusammenhänge werden im Folgenden diskutiert.

#### **7.8.1.1 "Neue" Akteure im Politikfeld Gesundheit**

Bereits die empirische Analyse in Kapitel 7.2.2.2 hat ergeben, dass sich Hersteller von Gesundheitstelematik mit ihren starken Machtressourcen intensiv für die Einführung des flächendeckenden elektronischen Kartensystems im Gesundheitswesen engagierten und sich auch durchsetzen konnten. In diesem Kapitel soll hingegen begründet werden, dass Hersteller von Telematik "neue" Akteure im Gesundheitswesen waren.

Telematikfirmen bzw. Technologiekonzerne sind traditionell im Politikfeld Wirtschaft bzw. Technologie tätig. Sie erkannten vor Einführung der eGK das Gesundheitswesen als Absatzmarkt ihrer entwickelten Technologien neu. Hersteller von Gesundheitstelematik wollten die von ihnen entwickelte Kartentechnologie im Gesundheitswesen durchsetzen und durch den Verkauf ihrer Produkte Gewinne generieren. Zwar waren Technologiekonzerne bereits in den Jahren zuvor im Gesundheitswesen einzeln vertreten. Allerdings beschränkten sich ihre generierten Aufträge auf den Verkauf medizinischer Geräte für Praxen und Krankenhäuser bzw. auf die Implementation von EDV-Systemen in einzelnen im Gesundheitswesen oder der -politik tätigen Institutionen. Es kamen vor der Einführung der eGK nur vereinzelt Verträge zwischen etablierten Akteuren im Gesundheitswesen bzw. in der Gesundheitspolitik und den Technologiekonzernen zustande.<sup>381</sup> Diese entsprachen nicht der Größe des Projekts "Einführung der eGK", bzw. der Einführung eines landesweiten flächendeckenden elektronischen Kommunikationssystems im Gesundheitswesen. Erst als die technologischen Möglichkeiten Mitte/Ende der 90er die Einführung eines solchen Systems möglich machten, traten die Technologiekonzerne an die politischen Entscheider heran. Sie erkannten die potentiell hohen Gewinne, die durch die Einführung eines elektronischen Kartensystems erzielt werden können und engagierten sich im – für sie – neuen Policy-Feld Gesundheit bzw. dessen Subsystem Gesundheitstelematik. Hier weisen die ausgewerteten Interviews einen erheblichen Konsens auf<sup>382</sup>.

Tabelle 77: Hersteller von Gesundheitstelematik als "neue" Akteure im Politikfeld Gesundheit (D)

<b>Hersteller von Gesundheitstelematik als "neue" Akteure im Politikfeld Gesundheit</b>
"Das war schließlich ein neues Geschäftsfeld. (...) Die Telematikfirmen waren ja relativ neu dabei. Also vor den 90ern haben die noch wenig im Bereich Gesundheit gemacht." (D09)
"Die Industrie, die ist neu hinzugekommen, also (...) sind neue Akteure gewesen. (...) Große Industrieunternehmen, ob es die Telekom ist, oder die CompuGroup. (...) Im E-Health-Bereich, den es noch nicht so viele Jahre gibt, ist dieser Industriezweig neu hinzugekommen, also für Lobbyisten interessant (...) Viel vor der Einführung der eGK waren die noch nicht so dabei. Viel vorher gab es immer mal so kleine Initiativen, es gab aber keine gesetzgeberische Flankierung. (...) Da ist ja dann auf einmal so ein Investitionskick, der dann passierte." (D02)
"Wer sich damals recht neu und uneingeschränkt im Gesundheitsministerium für die Karte eingesetzt hat, das war die Industrie, die Telematikfirmen. Die haben diese Entwicklung natürlich unter ihren eigenen wirtschaftlichen Bedingungen gesehen. (...) Da gab es Firmen, die da Interesse hatten und das entdeckt hatten." (D01)

Die Newcomer Interessenvertreter der Telematikhersteller von außerhalb des Politikfelds Gesundheit begannen sich für die im Gesundheitswesen diskutierten Probleme<sup>383</sup> zu interessieren – mit dem Ziel, ihre Produkte als Lösungen für diese Probleme zu verkaufen.

In Kapitel 7.7.1 wurde bereits deutlich, dass Ursula Schmidt als Gesundheitsministerin die eGK maßgeblich unterstützte. In ihrer Meinungsbildung wurde sie von den Newcomern beeinflusst. Diese mobilisierten Interessen, die von den etablierten Interessenträgern und Policy Makern – also dem vorherrschenden Policy Monopol – bisher ignoriert wurden. Durch die Re-

<sup>381</sup> Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 8.1

<sup>382</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 8.1

<sup>383</sup> Zu diesen Problemen zählen z. B. hohe Kosten im Gesundheitswesen. Die Probleme, welche die Hersteller von Gesundheitstelematik thematisierten und lösen wollten, wurden bereits in Kapitel 7.1 dargestellt.

definition bestehender Probleme nahmen die Newcomer Einfluss auf die politischen Entscheidungsträger im Policy-Feld Gesundheit.

Das Engagement der Telematikfirmen ist dafür verantwortlich, dass Ursula Schmidt das elektronische Kartensystem auf die politische Agenda setzte. "Ulla Schmidt hatte als ersten Vorschlag (...) gesagt, dass wir einen Medikamentenpass brauchen. Also die ist noch auf die Papierwelt abgefahren. Der Patient schreibt also alles auf, so wie die Sozialversicherungsprofile die es damals in der DDR gab. Da schreibt man auf, welche Medikamente man nimmt und mit welcher Dosierung und warum und welche Diagnose man hat. Damit man dem Arzt eben das zeigen kann. Das ist doch eine tolle Lösung, bevor ich gar nichts habe. Und dann hat die Industrie wirklich interveniert und gesagt: `Ach guck mal so eine Karte ist doch viel geiler`" (D02). "Das (eGK) kam aus der Politik und das war von der Industrie getrieben in der Politik, dass wir Karten brauchen. (...) So im Nachhinein hat man das anders in Erinnerung. Da denkt man an den Lipobay-Skandal und dann kam das Thema Gesundheitskarte. Eigentlich war es anders. Eigentlich kamen die Industrie und Roland Berger. Die hatten just auch schon vorher Kontakt ins Ministerium" (D08). Ursula Schmidt war zwar der politische Entrepreneur bei der Einführung der eGK und der Lipobay-Skandal beschleunigte die Einführung des Kartensystems. Die Idee – ein solches System einzuführen – entstand jedoch bei den Herstellern von Gesundheitstelematik. Diese überzeugten die politischen Entscheidungsträger – und somit auch die Bundesgesundheitsministerin – davon, dass ein elektronisches Kartensystem die beste Lösung für die aktuellen Probleme im Gesundheitswesen ist.

Die Interessenvertreter der Hersteller warfen nicht die Idee auf, ein Netzsystem einzuführen, da "die Kartensysteme mehr Geld für die Telematikfirmen bringen als die Netzsysteme. Deshalb haben sich die Firmen auch mehr dafür eingesetzt, als für nur ein Netz, ohne Karte. (...) Was zu verdienen war denen wichtig, Umsätze zu generieren, einen Markt zu eröffnen. (...) Also da sind wirtschaftliche Interessen von Konzernen auch von Siemens aufgekommen" (D01). "Die Technologiekonzerne wollten das elektronische Kartensystem (und kein Netzsystem, denn) die Karte (ist) jetzt ein bisschen teurer für die Kassen (als ein Netzsystem). Das kommt der Industrie natürlich auch zu Gute. Die Kassen haben in der Regel einen Schwund von 30 Prozent, die geben sie neu aus, jedes Jahr. Und allein das kostet schon viel Geld, wenn ich die Karte immer neu ausgeben muss" (D09).<sup>384</sup>

Nachstehend wird nun analysiert, ob wissenschaftliche Expertise die Interessen der Newcomer und somit die Einführung der eGK unterstützte.

### 7.8.1.2 Wissenschaftliche Expertise als Reformmotor

Es gab wissenschaftliche Expertise, welche die Argumentationslinien der Newcomer unterstützte. Diese Expertise trug somit zusätzlich zur politischen Willensbildung und damit dazu bei, ein elektronisches Kartensystem zügig einzuführen. Es wurden diverse Studien durchgeführt, die von den Newcomern oder dem BMG z. B. dem Fraunhofer Institut in Auftrag gegeben wurden.<sup>385</sup> Auch viele Beratungsfirmen erstellten im Auftrag Studien (z. B. Roland Berger & Partner GmbH, 1997). Allerdings kann die Wissenschaftlichkeit der Studien dieser Firmen in Frage gestellt werden, da sie nicht von etablierten Forschungsinstituten erstellt wurden und zudem des Öfteren von den Telematikfirmen angestoßen und finanziert wurden. Somit standen die Ergebnisse der Studien unter dem Einfluss der Technologiekonzerne. Dennoch bestä-

<sup>384</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 8.1.1

<sup>385</sup> Innerhalb der Fraunhofer-Gesellschaft wurden die Studien zur Gesundheitstelematik hauptsächlich vom Institut Fraunhofer IIS erstellt. Die einzelnen Studien bzw. zugehörige Konferenzbeiträge und Veröffentlichungen sind auf der Homepage des Instituts einzusehen.

tigte diese Expertise die positiven Aspekte eines elektronischen Kartensystems und beeinflusste die politische Willensbildung dahingehend, die eGK einzuführen<sup>386</sup>:

Tabelle 78: (Wissenschaftliche) Expertise (D)

<b>(Wissenschaftliche) Expertise</b>
"Das Fraunhofer Institut hat da relativ zeitig eine Studie oder eine breitere Studie dazu auf den Weg gebracht. Die waren auch bei Protego, was vor Gematik-Zeiten war, mit engagiert. Also da gab es damals eine wissenschaftliche Begleitung oder Vorbegutachtung. (...) Ich glaube, Fraunhofer hat das voziert (unterstützt/vorangetrieben). Dieser Prozess war zu Protego Zeiten. Und da hat das Fraunhofer sicher da auch die Gesetzgebung zur Einführung der Gematik und der eGK geschürt. (...) Und es gibt auch eine Kosten-Nutzenanalyse bezüglich der Sinnhaftigkeit der einzelnen geplanten Anwendungen. Die hat glaube ich McKinsey erstellt. Also eine relativ große Beraterfirma war das, die das durchgeführt hat. (...) Also dieses Beraterkonzept oder dieses Beratergutachten war im Zuge der Einführung. Und das hat natürlich auch positiv gewirkt." (D10)
"Die Forschungsinstitute, die selbst im Projekt (eGK) ja auch mit reingenommen worden sind, und nützlich waren, das war ja Fraunhofer. Und die haben auch immer mal wieder dann einen Forschungsauftrag vom BMG bekommen (...) weil sie doch sehr theoretisch und allumfassend immer irgendwie über alles nachdenken. (...) Und Roland Berger ist zwar kein Forschungsinstitut, aber die hatten einen Auftrag vom BMG, dort diese Studie zu machen. Siemens hat auch mit Roland Berger sehr intensiv zusammengearbeitet. Die haben denen auch bei dieser Studie damals zugearbeitet. Aber das war eher so eine politische Willensbildung. Und parallel dazu hatte die Industrie auch eine wissenschaftliche Machbarkeitsstudie machen lassen und der Gesundheitsministerin übergeben, die mit hohem, mit großem Aufwand erstellt worden ist. Und auch die hat gezeigt, was alles tolles machbar ist." (D09)
"Und es wurde zunehmend gefördert von wissenschaftlichen Studien und Untersuchungen. (...) Unternehmensberatungen haben eine Rolle gespielt. Also Roland Berger oder so (...) Forschungsinstitute spielten eine sehr starke Rolle, insbesondere Fraunhofer (...) Solche Gutachten waren wichtig, um zu zeigen, dass das alles sehr sinnvoll ist." (D02)

Ob neue Institutionen gegründet wurden, in die die Newcomer integriert wurden und ob diese Einbindung Auswirkungen auf die Durchsetzungskraft der "neuen" Akteure und somit auf die Einführung der eGK hatte, wird im Folgenden untersucht.

### 7.8.1.3 Neue Institutionen bieten neue Möglichkeiten

Je mehr Interessenvertreter der Newcomer einschließlich ihrer Kompetenzen in die Verhandlungen involviert werden, desto größer fällt der Pool an Strategiemöglichkeiten für die neuen Akteure aus (siehe hierzu Kapitel 5.1.2.2). Neben der (wissenschaftlichen) Expertise wirkte auch die Errichtung neuer Institutionen – wie Arbeitsgruppen – positiv auf die Einführung der eGK. Die Auswertung der Interviews hat ergeben, dass die Hersteller von Gesundheitstelematik in diese neuen Verhandlungsarenen integriert waren und dort ihre Interessen vertreten konnten<sup>387</sup>:

Tabelle 79: Neue Institutionen (D)

<b>Neue Institutionen</b>
"Da hat man eine Arbeitseinheit im Ministerium eingerichtet, die sich lustig mit der Frage nach IT im Gesundheitswesen beschäftigt hat (...) Die Industrie hat man da auch eingebunden, wegen der tech-

<sup>386</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 8.2

<sup>387</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 8.3

nischen Expertise (...) Die hatten auch tolle neue Ideen." (D03)

"Da gab es Projektgruppen, die eine hieß Gesundheit und Telematik, das war die Projektgruppe GuT. Die wurden für die Telematik extra gegründet. (...) Und dann gab es auch eine Projektgruppe im BMG, die maßgeblich vom Fraunhofer unterstützt worden ist mit Fels und Solution outline. (...) Da gab es doch auch dieses Aktionsforum Telematik im Gesundheitswesen mit verschiedenen Management-Papieren. Und die Industrie war da auch sehr engagiert. Und hat da konstruktiv Vorschläge gebracht, die dann auch eingearbeitet worden sind." (D08)

Die Durchsetzung der Interessen der "neuen" Akteure war durch die Gründung von Projektgruppen und Arbeitskreisen und die Einbindung der Newcomer in diese Institutionen leichter. Somit waren diese neuen Institutionen mit ein Grund für die Einführung der eGK.

Ob zudem öffentliche und mediale Aufmerksamkeit Einfluss auf die politischen Entscheider hatte, die eGK einzuführen, wird im Folgenden analysiert.

#### 7.8.1.4 Öffentliche und mediale Aufmerksamkeit als Unterstützer der Karte

Die Auswertung der Interviews hat ergeben, dass es keine erhöhte öffentliche oder mediale Aufmerksamkeit gab, die Druck auf die politischen Entscheidungsträger ausübte, die eGK einzuführen. Zwar hat "der Lipobay-Skandal (...) die Medien da munitioniert, sich bei diesem Thema zu engagieren" (D10). Allerdings war deshalb "kein Druck von den Medien da, nein, dieser Druck war nicht da. Die Medien waren nur praktisch, weil sie zu dem Zeitpunkt mit ihrer Berichterstattung über den Lipobay-Skandal, den Befürwortern geholfen haben, Anerkennung für die Karte in der Öffentlichkeit zu bekommen" (D06). "Die mediale Aufmerksamkeit war nur wegen des Skandals hoch. (...) Also aber ich würde sagen, dass die mediale Aufmerksamkeit keinen Einfluss auf die Politik hatte" (D04).<sup>388</sup>

Der in Kapitel 7.7.1.1 thematisierte Lipobay-Skandal wurde zwar in den Medien behandelt und beschleunigte die Einführung des Kartensystems. Die politischen Entscheider entschieden sich aber unabhängig vom Skandal und schon bereits vor dem Skandal dazu, die eGK einzuführen. Die Gesundheitsministerin nutzte den Skandal lediglich, um der Öffentlichkeit und den Akteuren der gemeinsamen Selbstverwaltung zu zeigen, dass die elektronische Karte wichtig und sinnvoll ist. Diese Medieninitiierung war von Bedeutung, um die breite Zustimmung der Bevölkerung zu erhalten. Denn grundsätzlich ist es "dem Wähler vollkommen egal, (...) ob er eine eGK hat oder nicht. Er wird behandelt. Das ist das Wichtige für den Patienten" (D09). "Der Patient interessiert sich auch erst fürs Gesundheitswesen, wenn er krank ist, also wenn der Notstand da ist" (D02).<sup>389</sup>

Die große Mehrzahl der Experten ist der Meinung, dass es keine gestiegene öffentliche oder mediale Aufmerksamkeit vor der Einführung der eGK gab. Das Thema eGK wurde hauptsächlich in Fachkreisen und in Fachmedien diskutiert.<sup>390</sup> Zwar gab es vereinzelt Meldungen in Tageszeitungen und im Fernsehen, welche die eGK und Telekommunikation im Gesundheitswesen thematisierten. "Aber das waren innerhalb von 10 Jahren vier Beiträge oder sowas. Das ist ja dann immer so aufgefallen, dass es alle betont haben" (D09).

"Damals war ja das Internet noch nicht so weit verbreitet. Soziale Netzwerke waren ja erst im Entstehen" (D01). Deshalb wurde im Internet kaum berichtet. Aber auch sonst hielt sich die öffentliche Berichterstattung in Grenzen. "Das Thema hat erst, also 2004, 2005, als die Gesetzgebung auf dem Weg war, den reinen fachmedialen Horizont verlassen. Und davor war es

<sup>388</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 8.4

<sup>389</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 8.4

<sup>390</sup> Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 8.4

nur ein fachmediales Thema. Danach ist es dann in die Publikumsstapel gelangt, genau, mit diesen politischen Zielen, wie `Rolle des Patienten stärken`. Das wurde dann noch verstärkt, Ende der 2000er Jahre, mit dem demographischen Wandel, Technik hier als Hilfsmittel. Und 2011 und 2012 gab es dann die typische Krisenkommunikation. Da wurde kritisiert, dass die Fristen nicht eingehalten wurden. Die Player stritten sich untereinander, was ja immer medial ein Thema ist. Und jetzt durch diese Geschichten mit der NSA und so, Datenlecks hier, Datenlecks dort, ist die Sensibilität insgesamt transportiert worden. Wobei natürlich alles kunterbunt durcheinander geworfen wird. Aber auch durch diese Dinge ist es heute sehr wohl ein breit mediales Thema, ja. Aber vor 2004 war das gar nicht so. (...) Aber Auswirkungen hatten die Medien nicht und nie auf die Politik" (D07). "Also als es beschlossen worden ist, die Berichterstattung im Sommer vor dem Gesetz hat keine Rolle für die Politik gespielt. Es gab keine Rückwirkung auf die Politik" (D03). Die große Mehrheit der befragten Experten ist davon überzeugt, dass die Öffentlichkeit und die Medien keinen Einfluss auf die politischen Entscheider hatten, die eGK einzuführen.<sup>391</sup>

Inwieweit gebundene Rationalitäten der politischen Entscheider existierten und ob diese einen Einfluss auf die Einführung des elektronischen Kartensystems in Deutschland hatten, wird im Folgenden untersucht.

#### 7.8.1.5 Gebundene Rationalität ("bounded rationality")

Die Einführung der eGK kam auf Grund gebundener Rationalitäten der politischen Entscheider leichter zustande. Die gebundenen Rationalitäten der Entscheider unterstützten die Newcomer dabei, ihre Interessen durchzusetzen.

Als Faktor, welcher die "bounded rationality" der politischen Entscheidungsträger bei der Einführung der eGK bedingte, wurde u. a. der **Informationsmangel** identifiziert. Die politischen Akteure konnten ihre Entscheidung nicht rational treffen, denn sie hatten ein Informationsdefizit. Explizit fehlte den politischen Entscheidern das nötige Wissen über Technik und technologische Prozesse, um eine rationale Entscheidung fällen zu können.

In Kapitel 7.4.1.2 wurde erklärt, dass sich manche politische Entscheider aus der politischen Diskussion zur Einführung der eGK heraushielten, da ihnen das nötige technische Wissen als Diskussionsgrundlage fehlte. Aber selbst diejenigen politischen Entscheider, welche sich nicht der Diskussion bzw. den parlamentarischen oder außerparlamentarischen Verhandlungen entzogen, hatten dieses technische bzw. technologische Wissen nicht. "Von denen kamen Fragen, wie `Was ist denn ein PDF bitte?`. So war das. ((lacht)) (...) Also ich will sagen, der informationstechnische Aufbau in den Bundesministerien war dünne, wirklich dünne. Zum Teil sind die Leute, die neuen Mitarbeiter im Kanzleramt, mit einem eigenen Laptop da hingegangen, weil es das alles da einfach nicht gab. Soviel zur technischen Expertise" (D03).<sup>392</sup> Annähernd allen politischen Entscheidern fehlte das technische Wissen über Möglichkeiten der Ausgestaltung von Gesundheitstelematik – z. B. Hard- und Software sowie das Wissen über Anwendungsmöglichkeiten – und über telekommunikative Prozesse. Sie waren auf die Informationen angewiesen, welche ihnen die Interessenvertreter der Industrie bzw. der Technologiekonzerne gaben.<sup>393</sup> Selbst interessierte Personen innerhalb der politischen Entscheider hatten kaum die Möglichkeit, sich ein umfassendes technologisches Wissen aufzubauen. Hinsichtlich ihrer fehlenden technischen Vorbildung hatten sie nur eine begrenzte Fähigkeit, technologische Informationen aufzunehmen, zu speichern und zu verarbeiten. Die Entscheidungs-

<sup>391</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 8.4

<sup>392</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 8.5

<sup>393</sup> Diese Informationen wurden von den Telematikfirmen dahingehend gefiltert, dass nur bestimmte Lösungen angeboten wurden und andere nicht (siehe Kapitel 7.8.1.1).

träger konnten ihre Aufmerksamkeit nur auf ein Objekt bzw. eine Lösung – das elektronische Kartensystem – konzentrieren, welches die Interessenvertreter der Industrie ihnen anboten. Die Entscheider konnten nur eine Perspektive bzgl. des Objekts "Gesundheitstelematik" einnehmen. Wegen der gebundenen Rationalität der politischen Entscheider hatten es die Newcomer besonders leicht, das elektronische Kartensystem – als Lösungen für die bestehenden Probleme im Gesundheitswesen – zügig durchzusetzen. Die gebundene Rationalität der Regierenden hinsichtlich des Informationsmangels unterstützte die zügige Einführung der eGK. Dies hat die Auswertung der Interviews ergeben<sup>394</sup>:

Tabelle 80: Gebundene Rationalitäten der politischen Entscheider – Informationsdefizit (D)

<b>Gebundene Rationalitäten der politischen Entscheider – Informationsdefizit</b>
"Die meisten Regierungsmitglieder haben auch null Ahnung von dem ganzen Projekt. Das heißt, die Abgeordneten damals und auch die Gesundheitsminister verlassen sich da auf die Geschichte da drunter. (...) Also es gab nicht genug Experten auch unter den Abgeordneten. (...) Also dazu ist das Thema auch von seiner technischen Komplexität nicht so griffig. (...) Bei Gesundheitstelematik, müsste man schon sehr differenziert einsteigen. (...) Und an vielen Stellen sind ja Scheindiskussionen in der Politik geführt worden. Zum Teil waren auch die Diskussionen für die, die sich auskennen, so offensichtlich daneben. (...) Und die Implikationen, die sich daraus ergeben, die hat niemand in der Diskussion dann zu Ende geführt. (...) Ich glaube, dass an vielen Stellen jeder Angst hatte, das Falsche zu sagen. Und bevor ich mich verbrenne, da in diesem Thema und das ist so kompliziert und da sage ich dann lieber gar nichts oder ich stimme dem halt einfach zu, was die Technikexperten der Industrie sagen. (...) Also das war auch politisch nie offen oder sowas. Also es war jeder von Anfang an für ein Kartensystem, nichts anderes. Die wussten ja nicht, dass es da eventuell noch Alternativen gegeben hätte." (D09)
"Das ist einfach ein typisches Fachwelt-Thema. (...) Ja also was soll man damit anfangen, unter uns beiden gesagt. Was ist das, Telematik? Von diesem Thema verstehen ganz wenige Leute etwas. Und deshalb ist das ein sehr fachliches Thema. (...) Einfach auf der Grundlage eines solchen sehr starken Diskussionsprozesses merkt man manchmal ja auch selber (politischer Entscheider), dass man da nicht so die richtige Erkenntnis hatte. (...) Und dann macht man (politische Entscheidungsträger) natürlich das, was technisch geht und was richtig ist. Und das wissen die IT-Firmen." (D04)

Unterstützt wurde der Informationsmangel der politischen Entscheider von dem **Zeitdruck**, unter dem sie standen. Die politischen Entscheider konnten sich nicht umfassend informieren und alle Vor- und Nachteile bzw. Möglichkeiten rational einbeziehen, da sie keine Zeit dazu hatten. "Gerade unter Ulla Schmidt war das so. (...) Unter Ulla Schmidt war das ganz extrem. Da hieß es plötzlich dann: `Jetzt müssen wir ganz schnell sein.` (...) die Politik denkt bei den ganzen Telematik-Themen immer noch in Legislaturperioden" (D08). "Sie müssen Projekte immer mit Fristen entwickeln. Und dann muss man eben auch schauen, dass sie die Fristen einhalten. Das war auch ein Grund" für die zügige gesetzliche Einführung der eGK (D04).<sup>395</sup>

Letztendlich waren das Engagement "neuer" Akteure, (wissenschaftliche) Expertise, die Gründung neuer Institutionen (wie Gremien) sowie die gebundenen Rationalitäten der politischen Entscheider für die Einführung der eGK mitverantwortlich. Ob diese Faktoren auch auf die Einführung der E-Card in Österreich einen Einfluss hatten, wird folgend untersucht.

<sup>394</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 8.5

<sup>395</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Deutschland 8.6

## 7.8.2 Österreich

In Österreich gab es Akteure, die sich als Newcomer im österreichischen Gesundheitswesen engagierten und die Einführung des elektronischen Kartensystems unterstützten. Genauere Zusammenhänge werden im Folgenden erklärt.

### 7.8.2.1 "Neue" Akteure im Politikfeld Gesundheit

In Österreich gab es "neue" Akteure im Policy-Feld Gesundheit, die sich für die Probleme im Gesundheitswesen interessierten, und die E-Card als Lösung dieser Probleme durchsetzen konnten. In Kapitel 7.2.2.1 wurden bereits die Befürworter der E-Card und ihre Machtressourcen detailliert analysiert. Dabei wurden die Interessenvertreter des HV als Befürworter identifiziert. Sie waren seit jeher eine etablierte Interessengemeinschaft im österreichischen Gesundheitswesen. Ferner wurde festgestellt, dass sich die Arbeitgeber in Österreich für die Einführung der E-Card einsetzten. Auch diese Interessengruppe war traditionell im Gesundheitswesen vertreten. Denn in Österreich waren die Arbeitgeber – bis zur Einführung der E-Card – mit dem Ausstellen der Krankenscheine beauftragt. Außerdem richtet sich die Krankenkasse in Österreich nach der Berufsgruppe (siehe Kapitel 3.1.2). Diese und weitere Berührungspunkte führten dazu, dass die Arbeitgeber – vertreten durch die ÖWK – immer wieder im österreichischen Gesundheitswesen engagiert waren.

Wer dagegen als "neuer" Akteur hinzukam, war die Interessengruppe der Telekommunikationsunternehmen bzw. Technologiehersteller. Diese Akteure "haben irgendwann gemerkt, dass man im Gesundheitswesen sehr viel Geld damit (elektronisches Kartensystem) verdienen kann. Und dadurch ist das Gesundheitsfeld dann auch attraktiv geworden, was es vorher vielleicht nicht so war, ohne Technologie. (...) Und dann waren das halt einige damalige Spitzenmanager von IBM, Siemens et cetera, die da wichtige Rollen übernommen haben (im Gesundheitswesen). Weil sie eben erkannt haben, da ist ein neuer Markt und den könnte man aufmischen" (Ö08). Die Hersteller von Telematik erkannten die Möglichkeit, ihre entwickelten Produkte auch im Gesundheitswesen verkaufen zu können und beschäftigten sich deshalb mit der Frage nach qualitativer und wirtschaftlicher Verbesserung in dem für sie neuen Policy-Feld Gesundheit. "Und dann haben sie sämtliche Gründe ausgegraben, um die Karten zu rechtfertigen" (Ö07).<sup>396</sup> Die Auswertung der Interviews ergab, dass sich die Technologieunternehmen als "neue" Akteure im Gesundheitswesen engagierten und sie den politischen Entscheidungsträgern glaubhaft machen konnten, dass die E-Card die beste Lösung bestehender Probleme im Gesundheitswesen ist<sup>397</sup>:

Tabelle 81: Hersteller von Gesundheitstelematik als "neue" Akteure im Politikfeld Gesundheit (Ö)

Hersteller von Gesundheitstelematik als neue Akteure im Politikfeld Gesundheit
Sie (Interessenvertreter der Hersteller von Gesundheitstelematik) sind auf jeden Fall ein neuer Akteur gewesen, der vorher noch nicht da war, und der sich so der Sache angenommen hat." (Ö04)
"Es ist so, dass man (Interessenvertreter der Hersteller von Gesundheitstelematik) Politikern gesagt hat: (...) `Da ist ein Defizit. Und ihr macht es nur falsch. Und das müssen wir anders machen. Und das müssen wir anders managen. Und da geht wahnsinnig viel Geld verloren. Und da gibt es Reibungsverluste und Doppelbefunde und und und. Und gebt uns das in die Hand. Und dann (...) (werden zukünftig) keine Defizite (mehr) entstehen. Sondern dann werden Gewinne aus dem entstehen.` (...) Also die Gewinne der Wirtschaftskammer und die der Industrie waren das Wichtige. Und die

<sup>396</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 8.1

<sup>397</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 8.1



haben eben entdeckt, dass sie Geld verdienen können im Gesundheitswesen. (...) Die Telematikfirmen haben da einen Markt entdeckt und sich dann eingesetzt, dass das kommt. Und hier war das unter Federführung des Wirtschaftsbundes." (Ö07)

"Relativ neu war ja die Industrie. Die Industrie hat natürlich sich dafür interessiert, speziell natürlich die Computer-Industrie. Weil die haben das natürlich programmiert und dann letztendlich verkauft (...) Das war ja ein relativ neuer Markt für die. Die haben versucht, das dann natürlich schon umzusetzen, sich einzusetzen." (Ö03)

Die Telematikindustrie konnte sich als Newcomer durchsetzen.

Die Auswertung der Interviews hat überdies ergeben, dass in Österreich das elektronische Kartensystem und kein Netzsystem eingeführt wurde, "weil die Wirtschaft reingespielt hat und das teurere System mit zusätzlich Karten ist eher, als nur ein Netzsystem, ein gutes Geschäft" (Ö01). "Wenn die E-Card ausfällt oder wenn das E-Card-System ausfällt, dann sind wir schon so weit, dass die Ärzte keine Medikamente verschreiben können, keine Krankenstände protokollieren können. Also die Abhängigkeit ist gewaltig. (...) Das ist eine irrsinnige Abhängigkeit. Und genau das wollte die Industrie ja auch mit der Karte. Damit sie auf Dauer Geld machen können" (Ö07).<sup>398</sup>

Ob die Newcomer und damit auch die Einführung der E-Card von wissenschaftlicher Expertise unterstützt wurden, wird im Folgenden analysiert.

### 7.8.2.2 Wissenschaftliche Expertise als Reformmotor

In Österreich stand den politischen Entscheidern wissenschaftliche Expertise zur Verfügung, die die Argumentationslinien der Newcomer unterstützte. Diese Expertise trug somit zusätzlich zur politischen Willensbildung und damit dazu bei, die E-Card einzuführen. Es wurden diverse Studien durchgeführt, die von den Newcomern z. T. in Zusammenarbeit mit den Interessenvertretern des HV in Auftrag gegeben wurden. Es wurden Forschungsinstitute mit den Studien beauftragt und auch Beratungsfirmen. Die tatsächliche Wissenschaftlichkeit dieser Studien ist unklar bzw. fraglich. Die Mehrzahl der Befragten ist der Meinung, dass die Studien nicht wissenschaftlich waren, da sie von der Industrie und den Mitarbeitern des HV beeinflusst wurden. Es wurden nur die positiven Studien veröffentlicht. Dennoch hat diese "Expertise" die positiven Aspekte eines elektronischen Kartensystems bestätigt und die politische Willensbildung beeinflusst, die E-Card einzuführen. Das hat die Auswertung der Interviews ergeben<sup>399</sup>.

Tabelle 82: (Wissenschaftliche) Expertise (Ö)

<b>(Wissenschaftliche) Expertise</b>
Man (Interessenvertreter der Industrie) hat damals auch, um sich abzusichern, gemeinsam mit dem Hauptverband ein Gutachten beauftragt beim Professor Grün, der also für Organisationsentwicklung ein Universitätsprofessor mit eigenem Institut ist. Das hat geholfen, um in der Politik zu überzeugen." (Ö05)
"Das war damals die erste Entwicklung. Da hat man (Interessenvertreter des HV und der Industrie) Studien entwickelt oder entwickeln lassen und dann versucht, die in verschiedenen Foren vorzustellen, um dann sozusagen eine Diskussion in Gang zu bringen. (...) Also ob das jetzt wissenschaftliche Studien waren, da wäre ich eher skeptisch, das war halt von den Interessen initiiert. Aber geholfen hat das trotzdem." (Ö03)

<sup>398</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 8.1.1

<sup>399</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 8.2

"Bezüglich der Einführung von der E-Card gab es wissenschaftliche Studien bezüglich der Wirtschaftlichkeit. (...) Die Studien und Umfragen, die waren ja etwas von (...) dem Hauptverband gesteuert. Die haben also nur gute Ergebnisse zur E-Card gezeigt. (...) Da muss man auch wieder sehr in der Analyse vorsichtig sein. (...) Das ist sehr kompliziert. Also da wurde ja auch sehr viel verdreht in solchen Studien. (...) Die Wissenschaften erarbeiten sozusagen Pläne für die Politiker und erstellen Statistiken und ich weiß nicht was alles. Ich sage es jetzt mal zynisch. Da sitzen lauter Leute mit Birkenstocksandalen und diversen Titeln hinter dem Namen MAS, MSC, BHD und so weiter, die alle Sozialwissenschaft und Soziologie und ich weiß nicht was studiert haben und uns das Gesundheitssystem erklären wollen. (...) Also nehmen Sie es bitte nicht persönlich. Aber was ich damit sagen will ist, solche und ich sage dann immer bewusst, unter Anführungszeichen Experten, Gesundheitsexperten, machen die Gesundheitspolitik. Und wieso? Weil sie von der Industrie und vom Hauptverband beauftragt werden und das dann auch noch jeder in der Politik denen abkauft." (Ö08)

Die Einführung der E-Card wurde durch verschiedene "Expertisen" unterstützt. Ob zusätzlich neue Institutionen – in die die Newcomer eingebunden waren – die Einführung des Kartensystems positiv begleitet haben, wird folgend erklärt.

### 7.8.2.3 Neue Institutionen bieten neue Möglichkeiten

Neben der (wissenschaftlichen) Expertise wirkte auch die Errichtung neuer Institutionen bzw. Verhandlungsforen – wie Gremien – positiv auf die Einführung der E-Card. Denn in diese Institutionen waren die Newcomer einschließlich ihrer Kompetenzen involviert. Somit fiel der Pool an Strategiemöglichkeiten für die "neuen" Akteure größer aus. Die Auswertung der Interviews hat ergeben, dass die Interessenvertreter der Telematikfirmen in neue Verhandlungsarenen integriert waren und dort ihre Interessen vertreten und durchsetzen konnten. Somit wirkte die Einrichtung der neuen Institutionen samt der damit verbundenen Zusammenstellung der verhandelnden Akteure positiv auf die Einführung der E-Card<sup>400</sup>:

Tabelle 83: Neue Institutionen (Ö)

Neue Institutionen
"Da hat man solche Gremien organisiert, um sich zu besprechen. Und die Industrie hat da die technische Expertise dazu gegeben. So konnte man ihre Argumente einbauen." (Ö06)
"Gerade das Thema Gesundheitstelematik, da sind die (Interessenvertreter der Hersteller von Gesundheitstelematik) auch in einem neuen Arbeitskreis mit drin gewesen. Da sind viele viele Projekte von den Telematikfirmen auch drinnen gewesen, die man sich auch angeschaut hat. Die wurden auch eingearbeitet, die Vorschläge." (Ö04)
"Es gab neue Gremien damals und neue Entscheidungsstrukturen. (...) Die politischen Entscheidungsträger hatten dort alles in der Anfangsphase mit externen Consultings zusammen in Projektteams und mit der Industrie vorbereitet. Da waren natürlich auch welche aus der Industrie dabei. (...) In diesem Team sozusagen sind da diese Überlegungen gemacht worden. (...) Die Grundlage des Systems wurde im Rahmen des Teams mit den Leuten aus den Consultings und dem Hauptverband erarbeitet." (Ö05)

Im Folgenden wird analysiert, ob öffentliche oder mediale Aufmerksamkeit die Interessen der Newcomer unterstützte und die Einführung der E-Card in Österreich beeinflusste.

<sup>400</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 8.3

#### 7.8.2.4 Öffentliche und mediale Aufmerksamkeit als Unterstützer der Karte

In Österreich gab es "vor dem Gesetz (...) nicht eine mediale Aufmerksamkeit" (Ö07), die Einfluss auf die Einführung der E-Card hatte. "Eigentlich war das zuvor ein eisiges Schweigen der Medien dazu. (...) Also die Öffentlichkeit, das ist nur nebenher gelaufen" (Ö06). "Das Thema war für die breite Bevölkerung viele Jahre kein Thema. (...) Deshalb kann es da gar keinen öffentlichen Druck gegeben haben", der Einfluss auf die Einführung der E-Card in Österreich nahm (Ö04). Der Grund für die sehr geringe öffentliche Aufmerksamkeit war, dass sich in der Bevölkerung keiner von der E-Card betroffen fühlte. "Der Patient als einzelner Bürger interessiert sich ja erst für Gesundheitspolitik oder Gesundheit, wenn es ihm schlecht geht" (Ö02). Außerdem ist "eine tiefe sachliche Diskussion (...) unverkäuflich in den Medien. Aber eine fünffache Mutter, die am Lipobay gestorben ist, wird wochenlang das Thema am köcheln halten. Und sowas gab es ja in Österreich nicht damals. (...) Ich sage immer, wir können die tollsten Studien, die tollsten Argumente bringen. Aber erst dann, wenn die Hodenprellung vom Bundespräsidenten im Internet steht, weil irgendwer die Gesundheitsakte geknackt hat, dann ist es in den Medien. Das wird dann ein Thema sein, obwohl es völlig egal ist. Also diese Dinge entzündeten sich ja immer an Dingen, die dann jeder versteht. Und deshalb gab es damals bei uns keine Aufmerksamkeit. Das konnte im Geheimen gemacht werden" (Ö07).<sup>401</sup>

Die politischen Entscheider leisteten einen Beitrag dazu, dass der politische Plan – eine E-Card einzuführen – nicht an die Öffentlichkeit gelangte. "Man hat eben versucht das im stillen Kämmerchen auszuhecken und die Absicht gehabt, (...) das allen überzuziehen, ohne zu fragen" (Ö08). "Die Medien mussten nicht überzeugen. Das Thema hat man ja auch flach gehalten, aus datenschutzrechtlichen Gründen" (Ö05). Die politischen Entscheidungsträger fürchteten Kritik von Datenschützern und anderen Interessengruppen bzgl. der möglichen Speicherung von medizinischen Daten auf der Karte. Deshalb setzten sie sich für die Geheimhaltung der Pläne zur Einführung der E-Card ein.<sup>402</sup>

Erst als die E-Card gesetzlich eingeführt war, begannen die Interessenvertreter des HV damit, Akzeptanzmanagement zu betreiben. Jedoch waren die Anzeigen – die dann aufgegeben wurden – vom HV gekauft. "Die guten Nachrichten, die man von Medien haben will, musste man sich erkaufen. Das hat die Sozialversicherung damals dann später gemacht, also solche Inserate. (...) Das Masterpaket ist dann umgesetzt worden, was eben auch aus einem Medienmix bestanden hat. Also man hat geschaut, welche Medien man mit welchen Informationen füllt, damit man da in die Breite kommt. (...) Medien an sich, sozusagen von sich heraus, das ging in dem Fall nicht. Sie werden keine Zeitung finden, die von sich heraus da was Positives geschrieben hat" (Ö05).<sup>403</sup> Die Interessenvertreter des HV inserierten hauptsächlich in "normale(n) Zeitungen. (...) Also primär ist das über die Tageszeitungen gelaufen damals, also über die gedruckten Medien, solche Massenmedien. (...) Damals war das Internet noch nicht so relevant. Ich meine, ich war damals in einer vergleichbaren Position wie heute. Und ich habe das Internet zwar in den 90er Jahren irgendwann einmal begonnen zu benutzen, aber das war unvergleichlich weniger wie heute. (...) Ja also vor dem Gesetz war da nichts Ausschlaggebendes. Eher dann erst danach ist das viel von der Sozialversicherung thematisiert worden, also nach dem eigentlichen Gesetz" (Ö02).<sup>404</sup>

Negative mediale und öffentliche Aufmerksamkeit gab es erst, nachdem die ersten Ausschreibungen für die Implementation der E-Card an ausgewählte Technologiekonzerne vergeben wurden. Es wurden Absprachen zwischen den Interessenvertretern des Hauptverbandes und

<sup>401</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 8.4

<sup>402</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 8.4.1

<sup>403</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 8.4.2

<sup>404</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 8.4.2

denen bestimmter Technologiekonzerne unterstellt. Der Druck war anschließend derart groß, dass die Ausschreibungen wiederholt werden mussten. Das verzögerte die Einführung der E-Card leicht. "Die massivste Präsenz in den Medien gab es im Zusammenhang mit dieser fehlgeschlagenen Ausschreibung. Aber vorher nicht. Das ist dann von den Oppositionsparteien politisch ausgeschlachtet worden. Das wurde der Regierung zum Vorwurf gemacht. Und deswegen gab es da erstmals massive Medienberichterstattung, kritische. (...) Normale Zeitungen waren das, also so Tageszeitungen" (Ö02). "Die öffentliche Aufmerksamkeit war ja dann erst später mit den missglückten Ausschreibungen groß. Aber eine Rolle gespielt, im Sinne dass sie jetzt das Gesetz bewirkt hat, das nicht." (Ö01)<sup>405</sup>

Letztendlich gab es keine öffentliche oder mediale Aufmerksamkeit, die Druck auf die politischen Entscheidungsträger ausübte, die E-Card einzuführen. Erst nach der gesetzlichen Einführung wurden die Medien auf die E-Card aufmerksam. Zum einen, weil die Akteure aus dem Hauptverband positive Inserate in diversen Printmedien und Beiträge im Fernsehen kauften. Und zum anderen gab es negative Berichterstattung in Bezug auf die Vergabe der Ausschreibungen. Diese beeinflusste – wenn überhaupt – die Einführung der E-Card dahingehend, dass die Implementation – wegen der Wiederholung der Ausschreibungen – etwas verzögert wurde.

### 7.8.2.5 Gebundene Rationalität ("bounded rationality")

Wie in Deutschland die Einführung der eGK, kam auch in Österreich die Einführung der E-Card auf Grund gebundener Rationalitäten der politischen Entscheider leichter zustande. Diese gebundenen Rationalitäten unterstützten die Newcomer dabei, ihre Interessen durchzusetzen. Die Auswertung der Interviews ergab, dass **Informationsmangel** die gebundenen Rationalitäten der Entscheider bedingte. Die politischen Akteure konnten ihre Entscheidung nicht rational treffen. Sie hatten ein Defizit an Information. Ihnen fehlte das nötige Wissen über technologische Prozesse und Zusammenhänge, um eine rationale Entscheidung fällen zu können. „Die technische Expertise war minimal unter den Politikern“ (Ö06).<sup>406</sup> Sie waren auf die Informationen angewiesen, welche ihnen die Interessenvertreter der Technologiekonzerne gaben. Diese Informationen wurden von den Telematikfirmen dahingehend gefiltert, dass nur bestimmte Lösungen – Technik in Verbindung mit einem Kartensystem – angeboten wurden und andere nicht. Selbst interessierte Personen innerhalb der politischen Entscheider hatten so kaum die Möglichkeit, sich ein umfassendes technologisches Wissen aufzubauen.

Hinsichtlich ihrer fehlenden technischen Vorbildung hatten die politischen Entscheider nur eine begrenzte Fähigkeit, technologische Informationen aufzunehmen, zu speichern und zu verarbeiten. Die Entscheidungsträger konnten ihre Aufmerksamkeit nur auf ein Objekt bzw. eine Lösung – das elektronische Kartensystem – konzentrieren. Sie konnten somit nur eine Perspektive bzgl. des Objekts "Gesundheitstelematik" einnehmen.

Im HV gab es zwar informierte Personen. Aber auch hier hatten die meisten Mitarbeiter deutlich geringere Kenntnisse als die Interessenvertreter der Technologiekonzerne.

Das Informationsdefizit der politischen Entscheider und die dadurch resultierende Abhängigkeit von den – von den Interessenvertretern der Industrie gelieferten – Informationen, gibt die große Mehrzahl der Experten gleich mehrmals als Grund für die Einführung des elektronischen Kartensystems an<sup>407</sup>:

<sup>405</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 8.4.3

<sup>406</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 8.5

<sup>407</sup> Weitere Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 8.5

Tabelle 84: Gebundene Rationalitäten der politischen Entscheider – Informationsdefizit (Ö)

<b>Gebundene Rationalitäten der politischen Entscheider – Informationsdefizit</b>
"Da hat die Industrie auch einen Informationsvorsprung gehabt, weil die sich einfach im Gegensatz zur Politik und so, gut mit der Technologie auskennen. (...) Die E-Card ist ein wahnsinnig teurer Weg zu einem Ziel, das man hätte viel billiger erreichen können. Aber von den billigeren Möglichkeiten wusste die Politik nichts. Da macht man halt ganz beschränkt das, was die Industrie will. Woher sollen die es denn besser wissen. Sagt ihnen ja keiner. (...) Der weiß ja nichts der Politiker. Die handeln unter vollkommener Unwissenheit." (Ö07)
"Was die Politik betrifft. Da habe ich so meine Zweifel ob die so wirklich immer genau das Technische gewusst haben und was sie da so machen. (...) Es ist ja auch nicht deren (Politiker) Aufgabe, sich mit Technik auszukennen. Das muss man ganz ehrlich sagen." (Ö03)

Unterstützt wurde die gebundene Rationalität der politischen Entscheider neben dem Informationsmangel auch vom **Zeitdruck**, unter dem die Entscheider standen. Sie konnten sich nicht umfassend informieren und alle Vor- und Nachteile bzw. Möglichkeiten rational einbeziehen, weil "irgendwo bestand ein Zeitdruck" (Ö06). "Man (politische Entscheider) hat sich natürlich selber, wie bei jedem Projekt, einen gewissen Zeitrahmen gesetzt, damit etwas weitergeht und damit man es auch umsetzt" (Ö03).<sup>408</sup>

### 7.8.3 Zusammenführung

Im deutschen und im österreichischen Gesundheitswesen wurde das jeweilige Kartensystem eingeführt, weil sich Personen von außerhalb des Subsystems mit der Frage nach qualitativer und wirtschaftlicher Verbesserung des Gesundheitssystems bzw. nach Möglichkeiten der Nutzung von flächendeckender Telematik im Gesundheitswesen beschäftigten. Diese "neuen" Akteure im Policy-Feld Gesundheit waren Interessenvertreter der Hersteller von Telematik. Sie sahen die Möglichkeit, im Gesundheitswesen ihre Produkte verkaufen und dadurch Umsätze generieren zu können. Zuvor waren diese Akteure eher weniger im Gesundheitswesen vertreten, da die technischen Möglichkeiten noch nicht gegeben waren, dort ein flächendeckendes elektronisches Kartensystem einzuführen.

**H 8.1** „Das elektronische Kartensystem wurde eingeführt, weil sich Personen von außerhalb des Subsystems mit der Frage nach Möglichkeiten der Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen beschäftigten und sich für die Einführung des Kartensystems einsetzten“ kann demnach für die Einführung eines elektronischen Kartensystems im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen **vorläufig nicht verworfen werden**.

Die Interessen der Newcomer wurden in Deutschland und in Österreich von (wissenschaftlicher) Expertise konstruktiv unterstützt. Diese unterstützenden Expertisen – z. B. in Form von Studien – wurden in Deutschland von den Newcomern und dem BMG beauftragt, in Österreich wurden sie hauptsächlich von den Akteuren aus dem HV und den Newcomern in Auftrag gegeben. Die Analysen wurden von renommierten Forschungsinstituten, aber auch von Beratungsfirmen durchgeführt. Einige der befragten Experten aus beiden Staaten bezweifeln, dass die Expertise wissenschaftlich war. Sie sei oftmals interessengeleitet gewesen. Dennoch un-

<sup>408</sup> Belege hierzu finden sich auf der beigelegten CD unter Interviewextraktionen, IE Österreich 8.6

terstützte sie die politische Willensbildung und damit die Einführung der elektronischen Kartensysteme in Deutschland und Österreich.

**H 8.2** "*Verfügbare (wissenschaftliche) Expertise untermauerte die Argumentationslinien der `neuen` Akteure und überzeugte somit die politischen Entscheider von der Einführung des elektronischen Kartensystems*" kann demnach für die Einführung eines elektronischen Kartensystems im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen **vorläufig nicht verworfen werden.**

Zusätzlich wurden in Deutschland und Österreich vor der Einführung des jeweiligen elektronischen Kartensystems neue Institutionen – wie Arbeitskreise und Projektgruppen – gegründet. Innerhalb dieser konnten sich die "neuen" Akteure leichter durchsetzen. Denn die Newcomer wurden in die neuen Institutionen integriert, während sie in den Entscheidungs- und Diskussionsprozess der "alten" Institutionen nicht integriert waren. Demzufolge unterstützten die neu gegründeten Institutionen die Einführung der eGK und E-Card.

**H 8.3** "*Es wurden neue Institutionen gegründet, innerhalb derer sich – auf Grund der `neuen` Akteure und Abläufe – das elektronische Kartensystem durchsetzen konnte*" kann demnach für die Einführung eines elektronischen Kartensystems im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen **vorläufig nicht verworfen werden.**

Während (wissenschaftliche) Expertise und neue Institutionen die Newcomer und somit die Einführung eines elektronischen Kartensystems in Deutschland und Österreich unterstützten, hatte die öffentliche und mediale Aufmerksamkeit in Deutschland und in Österreich keinen Einfluss auf die politische Entscheidung, eine eGK oder E-Card einzuführen.

Zwar gab es in Deutschland öffentliche und mediale Aufmerksamkeit auf Grund des Lipobay-Skandals. Jedoch hatte diese Aufmerksamkeit keinen Einfluss auf die politischen Entscheider, die eGK einzuführen. Die politischen Entscheider planten bereits vor dem Skandal und der damit verbundenen öffentlichen und medialen Aufmerksamkeit die Einführung des Kartensystems. Sie nutzten den Skandal, um die elektronische Karte medienwirksam darzustellen und eine breite Zustimmung innerhalb der Gesellschaft und von den Akteuren der gemeinsamen Selbstverwaltung bzw. den Gesellschaftern der Gematik (siehe Kapitel 7.7.3) zu erhalten.

In Österreich gab es – im Gegensatz zu Deutschland – keine öffentliche oder mediale Aufmerksamkeit vor der gesetzlichen Einführung der E-Card. Insofern kann die Aufmerksamkeit auch keinen Einfluss auf die gesetzliche Einführung der E-Card gehabt haben. Ferner setzten sich die "Systempartner" dafür ein, dass die E-Card vor ihrer gesetzlichen Einführung nicht in die mediale Öffentlichkeit geriet, weil sie Gegenstimmen verschiedener Akteure, wie der Datenschützer (Angst vor möglicher Speicherung medizinischer Daten) befürchteten. Erst nach der gesetzlichen Einführung berichteten die Medien teilweise über die Karte. Aber auch diese Berichte hatten keine positive Auswirkung auf die politischen Entscheider, die E-Card einzuführen. Die Inserate waren von den Akteuren aus dem HV finanziert und deren Inhalte von den Interessenvertretern des Hauptverbandes vorgegeben, um eine breite Zustimmung innerhalb der Bevölkerung zu bekommen. Weitere Berichterstattungen behandelten die fehlgeschlagene Vergabe der Ausschreibungen. Diese Beiträge in den Medien führten eher zu einer negativen Wahrnehmung innerhalb der Bevölkerung in Bezug auf die E-Card und verlangsamten die Implementation des Kartensystems. Denn Ausschreibungen mussten angesichts des öffentlichen Drucks wiederholt werden.

Auch in Deutschland war die mediale Berichterstattung im Zuge der Verzögerungen bei der Implementation der eGK eher negativ und hatte keine positive Auswirkung auf die Einführung des Kartensystems.

**H 8.4** *"Öffentliche und mediale Aufmerksamkeit übte Druck auf die Politik aus, das elektronische Kartensystem einzuführen"* kann demnach für die Einführung eines elektronischen Kartensystems im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen **vorläufig verworfen werden**.

Bestätigt hat sich im Gegensatz zur Hypothese 8.4, die Hypothese 8.5. Die politischen Entscheidungsträger in Deutschland und in Österreich handelten gebunden rational. Der Grund dafür war in beiden Staaten das Defizit an technischer Expertise und der Zeitdruck, unter dem die Entscheider standen. Die Entscheider konnten ihre individuelle Aufmerksamkeit nur auf ein Objekt richten und dieses Objekt nur aus einer Perspektive betrachten. Die "neuen" Akteure konnten das elektronische Kartensystem in Deutschland und Österreich durchsetzen, weil bei den Entscheidern eine andere Perspektive (z. B. Einführung ein Netzsystems ohne Karte) gar nicht aufkam.

**H 8.5** *"Die politischen Entscheidungsträger fällten ihre Entscheidung, ein flächendeckendes Kartensystem einzuführen, unter gebundenen Rationalitäten. Sie standen unter Zeitdruck, verfügten über weniger Expertenwissen im Bereich Telematik und waren kognitiv beschränkt aufnahmefähig, was es den `neuen` Akteuren leicht machte, das Kartensystem durchzusetzen"* kann demnach für die Einführung eines elektronischen Kartensystems im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen **vorläufig nicht verworfen werden**.

Nachdem nun alle in Kapitel 5.2 aufgestellten Hypothesen anhand der Reform "Einführung eines elektronischen Kartensystems im Gesundheitswesen" jeweils für Deutschland und Österreich auf ihre Erklärungskraft getestet wurden, werden folgend – in Kapitel 8 – Rückschlüsse aus den Ergebnissen aus diesem 7. Kapitel auf die in Kapitel 5.1 vorgestellten Theorieansätze gezogen. Außerdem wird der Versuch unternommen, ein "neues" Modell zur Erklärung von gesundheitspolitischem Wandel zu entwickeln. Es wird dazu zusammenfassend diskutiert, welche Determinanten der getesteten Theorieansätze den größten Erklärungswert für den gesundheitspolitischen Wandel "Einführung eines elektronischen Kartensystems" in Deutschland und Österreich aufweisen, und welche Determinanten bzw. Ansätze nicht für die Erklärung geeignet sind.

## 8 Diskussion der Ergebnisse

In diesem Kapitel wird diskutiert, welche Implikationen die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit sowohl für die Theorie (Kapitel 8.1) als auch für die Praxis (Kapitel 8.2) ergeben. Auf die Limitationen der durchgeführten Untersuchung wird in Kapitel 8.3 eingegangen.

### 8.1 Theoretische Implikationen

Der empirische Teil der Untersuchung hat eindeutig gezeigt, dass nur eine Kombination mehrerer Theoriemodule sowohl die Genese als auch die Formulierung und Implementation<sup>409</sup> des elektronischen Kartensystems im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen überzeugend und umfassend erklärt. Eine Einbeziehung der Theorieansätze der vergleichenden Staatstätigkeitsforschung und der Policy-Forschung ist sinnvoll und notwendig. Diese zentrale These wird nachfolgend begründet. In diesem Zusammenhang wird auch auf das jeweilige Ergebnis der Überprüfung der einzelnen Hypothesen eingegangen. Bei der Überprüfung der Hypothesen erfolgte die Orientierung an der thematischen Reihenfolge innerhalb des Kapitels 5.1 bzw. 5.2; entsprechend wird auch an dieser Stelle vorgegangen. Folgend wird zudem diskutiert, welche Hypothesen als erklärungsstärker bzw. -schwächer für die Einführung der elektronischen Kartensysteme in Deutschland und Österreich einzuschätzen sind, welche Determinanten die nationale Entscheidung für ein Karten- und gegen ein Netzsystem verantworten und wie die unterschiedlichen durch das nationale Gesetz zur Einführung der Kartensysteme festgelegten Anwendungen in Deutschland und Österreich zu erklären sind.

Nachfolgende Tabelle (Tabelle 85) bildet die Erklärungskraft für die Einführung des elektronischen Kartensystems im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen ab (+ = Hypothesentest positiv; - = Hypothesentest negativ). Sofern eine Hypothese vollständig – also für die Fälle beider Staaten – widerlegt wurde (zwei Minuszeichen), haben die dahinterstehenden Determinanten keinerlei Erklärungskraft. Zwei Pluszeichen bedeuten, dass die Hypothese für die Fälle Deutschland und Österreich durch die empirische Analyse dieser Arbeit nicht verworfen wurde und zeigen somit eine gute Erklärungskraft der entsprechenden Hypothese.

---

<sup>409</sup> Alle Phasen des idealtypischen Policy-Cycles können nicht eindeutig unterschieden werden, sondern überschneiden sich bzw. laufen simultan ab. Deshalb spielen sie in der empirischen Analyse nur an bestimmten Stellen eine Rolle. Die Phase der Evaluierung wurde in der vorliegenden Arbeit nicht analysiert. Die Begründung hierfür ist Kapitel 6.4 zu entnehmen.



Tabelle 85: Synopse der Erklärungen für die Einführung des elektronischen Kartensystems im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen

For- schungs- domäne	Theorieansatz	Hypothese	Hypothesen- test Deutschland	Hypothesen- test Österreich	
Vergleichende Staatsfähigkeitsforschung	Sozioökono- mische Determina- tion	Veränderte gesellschaftliche und wirtschaftliche Entwicklungen (H 1)	+	+	
	Bedeutung von Macht- ressourcen organisierter Interessen	Geänderte Machtverhältnisse (H 2.1)	+	+	
		Durchsetzungskraft abhängig von Machtressourcen (H 2.2)	+	+	
	Lehre der Parteiendiffe- renz	Ideologische Regierungsprägung (H 3.1)	-	-	
		Orientierung an Wählerschaft (H 3.2)	-	-	
	Politisch- institutionali- stischer Erklä- rungsansatz	Fehlen von Schranken, wenig Vetospieler (H 4.1)	+	+	
		Winset (H 4.2)	+	+	
	Internationale Hypothese	Vorgaben/Richtlinien der EU (H 5.1)	-	-	
		Transnationale Kommunikation (H 5.2)	-	-	
		Anpassungsdruck (H 5.3)	-	-	
	Politik-Erbe, Pfadabhängig- keit	Vormals getroffene politische Entscheidung(en) (H 6.1)	+	+	
		Selbstverstärkende Mechanismen (H 6.2)	+	+	
	Policy-Forschung	MSA	Entrepreneur nutzt Zeitfenster (H 7.1)	+	-
			Verbindung der politischen Ströme (H 7.2)	+	+
PET		"Neue" Akteure im Subsystem (H 8.1)	+	+	
		(Wissenschaftliche) Expertise (H 8.2)	+	+	
		Neue Institutionen (H 8.3)	+	+	
		Öffentliche, mediale Aufmerksamkeit (H 8.4)	-	-	
		Gebundene Rationalität der Regierenden (H 8.5)	+	+	

Es ist in Tabelle 85 abzulesen, dass H 3.1 und H 3.2 (Lehre der Parteiendifferenz), H 5.1, H 5.2 und H 5.3 (Internationale Hypothese) sowie H 8.4 (PET) keinen Erklärungswert für die Einführung eines elektronischen Kartensystems in den beiden Staaten aufweisen. Diese Hypothesen werden deshalb im Folgenden vernachlässigt. Für alle vollständig positiv getesteten Hypothesen wird die Erklärungskraft der dahinter stehenden Determinanten im Folgenden veranschaulicht.

Die aus dem Theorieansatz der **sozioökonomischen Determination** abgeleitete **H 1**, wonach gesellschaftliche oder wirtschaftliche Veränderungen zur Thematisierung der Frage der Nutzung eines elektronischen Kartensystems führten, hat sich **vorläufig bestätigt**. Sowohl in Deutschland als auch in Österreich bewirkten steigende Kosten im Gesundheitswesen, die technischen Entwicklungen im Laufe der 90er Jahre, hoher Verwaltungsaufwand, der gesellschaftliche Trend nach Modernisierung, Technisierung und elektronischen Karten, das stärkere Bewusstsein für Datenschutz und das geänderte gesellschaftliche Verständnis über die Rolle des Patienten, dass sich die Politik Gedanken über die Einführung eines elektronischen Kartensystems machte. Wobei hier angemerkt werden muss, dass die Gründe für den Verwaltungsaufwand und das Bewusstsein für Datenschutz in beiden Staaten unterschiedlich waren. In Deutschland entstand zudem ein gesellschaftlicher Druck auf die Politik, die steigenden Informationsmengen an Behandlungsdaten elektronisch zu dokumentieren, der wachsenden Intransparenz der medizinischen Daten zu Lasten der Qualität der Behandlungen entgegen zu wirken und die zunehmenden Medienbrüche zu beseitigen.

Das stärkere Bewusstsein für Datenschutz baute in Deutschland und Österreich zwar erst den Druck auf, ein Kartensystem einzuführen, sorgte dann aber zu einem späteren Zeitpunkt dafür, dass die Implementation der Karten und vor allem der Anwendungen dieser verzögert wurden. Dieses Bewusstsein wirkte somit nicht durchgehend positiv auf die Einführung der Kartensysteme.

Der Trend nach elektronischen Karten, das Bewusstsein für Datenschutz (Kartensystem galt als sicherer als Netzsystem) und die Stärkung der Rolle des Patienten – der seine Daten bei sich tragen und selbst entscheiden sollte, wer die Daten bekommt – sorgten mit dafür, dass in beiden Staaten ein Karten- und kein Netzsystem eingeführt wurde. Alle anderen Faktoren forderten lediglich die elektronische Verarbeitung von Daten bzw. die Nutzung von IT-Technologien zur Kommunikation und Dokumentation, nicht aber explizit die Verwendung von Karten.

Darüber hinaus sind die aus der **Lehre von den Machtressourcen** abgeleiteten Hypothesen (**H 2.1** und **H 2.2**) dafür geeignet, die Einführung eines elektronischen Kartensystems im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen zu erklären (**vorläufig nicht verworfen**). Vor allem die Interessenvertreter der Telematikfirmen (Befürworter) konnten sich in Deutschland und Österreich auf Grund ihrer Machtressourcen – Kapital, Information, interne und externe Organisationskraft – durchsetzen. Sie setzten sich aus dem Profitgedanken heraus dafür ein, dass ein Kartensystem und kein Netzsystem eingeführt wurde und waren damit explizit für die Einführung eines Karten- anstatt eines Netzsystems mitverantwortlich. In Österreich konnten sich zudem die Interessenvertreter der Arbeitgeber und die des HV bzw. der Sozialversicherung (Befürworter) wegen ihrer Machtressourcen durchsetzen. Die Ärzteschaft – als Gegner der eGK bzw. E-Card – konnte sich wegen ihrer geringen Machtressourcen nicht durchsetzen. Es gab eine Verschiebung von Machtressourcen zu Lasten der seit Jahren als stark geltenden Interessengruppe der Ärzteschaft. Zudem kann konstatiert werden, dass die Determinanten aus beiden Hypothesen über den ganzen (untersuchten) Politikzyklus hinweg eine positive Auswirkung auf die Einführung der eGK und E-Card hatten.

Die aus dem **politisch-institutionalistischen Theorieansatz** abgeleiteten Hypothesen (**H 4.1** und **H 4.2**) wurden im Rahmen der empirischen Analyse dieser Arbeit **vorläufig bestätigt**. Es fehlten institutionelle Schranken, welche den begrenzten Korporatismus – in Deutschland aus Mitarbeitern des BMG und wenigen Interessenvertretern der Kostenträger, Leistungserbringer und der Industrie und in Österreich aus den "Systempartnern" und Interessenvertretern der Wirtschaft – verhindern hätten können. Durch diesen begrenzten Korporatismus waren in beiden Staaten wenige Interessengruppen an der Diskussion zur Einführung der eGK und E-Card beteiligt. Dadurch konnte die Entscheidung, ein flächendeckendes E-Health-System gesetzlich einzuführen, leichter und schneller getroffen werden. Ferner fehlten institutionelle Schranken, welche dem Umgehen der Verfassungsinstitutionen in beiden Staaten entgegenwirken hätten können. Die Entscheidung, das Kartensystem einzuführen, fiel bereits im Vorfeld des parlamentarischen Verfahrens. Außerdem war die Einführung in Deutschland und Österreich ein Winset. Denn hinsichtlich der unterschiedlichen Interessen wurde das Gesetz zur Einführung der Systeme sehr offen gestaltet (kleinster gemeinsamer Nenner) und dadurch schneller gesetzlich durchgesetzt.

Anlässlich der Integration weniger Vetospieler in die Diskussion zur Einführung der elektronischen Kartensysteme vor und während des parlamentarischen Verfahrens und der unpräzisen gesetzlichen Vorgaben seitens des Gesetzgebers (Winset), verlangsamte sich die Implementation der Kartensysteme nach der gesetzlichen Einführung. Denn erst nachdem das jeweilige Gesetz in den Staaten verabschiedet war, beteiligten sich weitere Interessengruppen an der politischen Diskussion zum Thema, die sich auch erst dann gegen die Einführung des jeweiligen Kartensystems aussprachen und einsetzten und die Implementation dadurch verzögerten. Durch die Einigung auf ein Winset wurden Diskussionen über die konkrete Umsetzung und Ausgestaltung der Systeme nach hinten verlagert, was die Implementation der Kartensysteme zusätzlich verlangsamte. Somit wirkten die Determinanten aus den Hypothesen des politisch-institutionalistischen Erklärungsansatzes nur bis ausschließlich der Phase der Implementation positiv auf die Einführung der elektronischen Kartensysteme in Deutschland und Österreich.

Des Weiteren muss an dieser Stelle festgehalten werden, dass die Hypothesen aus diesem Erklärungsansatz lediglich die Einführung von E-Health erklären können, nicht aber explizit die Einführung eines elektronischen Kartensystems in Deutschland und Österreich.

Die aus der Lehre vom **Politik-Erbe bzw. von der Pfadabhängigkeit** abgeleitete **H 6.1** wurde durch die empirische Analyse ebenfalls **vorläufig bestätigt**. Es gab in Deutschland eine und in Österreich mehrere vormals getroffene politische Entscheidung(en), welche den Pfad für die Einführung des jeweiligen elektronischen Kartensystems legte(n). Die vormals getroffenen Entscheidungen, in Deutschland eine KVK einzuführen und in Österreich einen Krankenschein, führten dazu, dass die Politik sich für eine elektronische Karte und nicht für ein Netzsystem entschied. Darüber hinaus wurde **H 6.2 vorläufig nicht verworfen**. Selbstverstärkende Mechanismen unterstützten den Plan der jeweiligen Regierung, das Kartensystem nach Beendigung der eigenen Regierungszeit weiter auszubauen und nicht abubrechen. Zu diesen Mechanismen gehörten in Deutschland und Österreich die bereits getätigten hohen Investitionen im Rahmen der Einführung des jeweiligen Kartensystems, welche den Abbruch der beiden Projekte politisch unmöglich machten sowie die Unterstützung der Befürworter des jeweiligen elektronischen Kartensystems nach der gesetzlichen Einführung. Zudem führte die bereits bestehende Infrastruktur (z. B. Kartenlesegeräte) in beiden Staaten dazu, dass ein Abbruch im Laufe der Jahre nach der gesetzlichen Einführung politisch nicht mehr in Erwägung gezogen wurde.

Die Determinanten der Hypothesen wirkten somit über den gesamten (untersuchten) Politikzyklus hinweg positiv – bzw. zumindest nie negativ – auf die Einführung der Kartensysteme.

Der **MSA** hat eine Erklärungskraft für die Einführung der eGK in Deutschland. Denn in Deutschland öffnete sich mit dem Lipobay-Skandal ein politisches Zeitfenster, welches Ursula Schmidt als politischer Entrepreneur nutzte, um die eGK in den Mittelpunkt der öffentlichen Diskussion zu rücken (**vorläufige Bestätigung der H 7.1 für die Einführung in Deutschland**). In Österreich öffnete sich dagegen kein politisches Zeitfenster (**Verwerfen von H 7.1 für die Einführung in Österreich**). Die empirische Analyse hat ergeben, dass die in Kapitel 6.3 (Fallstudientyp und Länderauswahl) dargestellten unterschiedlichen gesundheitspolitischen Entscheidungsstrukturen bzw. Kompetenzverteilungen und politischen Beteiligungschancen von Interessengruppen in beiden Staaten dafür verantwortlich waren, dass in Deutschland ein Zeitfenster nötig war und in Österreich nicht. Die gesundheitspolitischen Kompetenzverteilungen in Deutschland bedingten dort die Zustimmung der Interessenvertreter der gemeinsamen Selbstverwaltung<sup>410</sup>, die durch den Lipobay-Skandal von der Einführung der eGK überzeugt werden sollte. In Österreich mussten diese Akteure nicht überzeugt werden, da vorwiegend die "Systempartner" die Entscheidungen im Gesundheitswesen fällen und für die Einführung der E-Card verantwortlich waren und sind (Dominanz staatlicher Steuerung in Österreich, im Vergleich zu Deutschland). Insofern wurden die **Entscheidungsstrukturen, bzw. Kompetenzverteilungen und Beteiligungschancen auf Makro- und Mesoebene** als weitere **Faktoren** identifiziert, **welche Auswirkungen auf die Einführung des jeweiligen elektronischen Kartensystems hatten** bzw. darauf, ob ein politisches Zeitfenster nötig war, oder nicht.

**H 7.2**, wonach ein politischer Entrepreneur die drei politischen Ströme verbinden muss, damit eine Policy eingeführt wird, hat sich dagegen für Deutschland und Österreich **vorläufig bestätigt**. Allerdings waren es im Fall Österreich mehrere politische Entrepreneur.

Die Determinanten der vorläufig für das jeweilige Land bestätigten Hypothesen wirkten in keiner der (untersuchten) Phasen des Politikzyklus negativ auf die Einführung der elektronischen Kartensysteme. Allerdings können sie nicht erklären, weshalb jeweils ein Karten- und kein Netzsystem eingeführt wurde.

Die aus dem **PET** abgeleiteten **H 8.1, H 8.2, H 8.3** und **H 8.5** können die Einführung der Kartensysteme im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen **vorläufig erklären**. Denn "neue" Akteure von außerhalb des Subsystems – die Hersteller von Telematik und ihre Interessenvertreter – engagierten sich im Policy-Feld Gesundheit beider Staaten. Die Newcomer waren in Deutschland und in Österreich dafür verantwortlich, dass ein Kartensystem und kein Netzsystem eingeführt wurde. Wegen der gebundenen Rationalitäten der Regierenden konnten sie die Karte als beste Lösung der Probleme im Gesundheitswesen durchsetzen. (Wissenschaftliche) Expertise und neue Institutionen – in die die Newcomer eingebunden waren – unterstützten die Interessen der "neuen" Akteure und damit auch die Einführung der elektronischen Kartensysteme anstatt von Netzsystemen. Während die **öffentliche und mediale Aufmerksamkeit keinen Einfluss auf die politischen Entscheider und damit auf die Einführung der Kartensysteme in beiden Staaten** hatte, wirkten die Determinanten der vorläufig bestätigten Hypothesen über den ganzen (untersuchten) Politikzyklus hinweg positiv auf die Einführung.

Es kann konstatiert werden, dass sich für einige der positiv getesteten Hypothesen die Erklärungskraft der dahinter stehenden Determinanten jeweils in Abhängigkeit von weiteren Faktoren zeigt. Einer dieser Faktoren ist die **Entscheidungsstruktur im Gesundheitswesen**, die

<sup>410</sup> Der gemeinsamen Selbstverwaltung obliegt die Implementation der eGK in Deutschland.

Auswirkung auf die Notwendigkeit eines Zeitfensters für politischen Wandel hatte. Und zum anderen ist es der Faktor **Zeit**. Die einzelnen Determinanten der positiv getesteten Hypothesen hatten teilweise nur sequentiell eine unterstützende Wirkung auf die Einführung der elektronischen Kartensysteme in beiden Staaten. Manche Ausprägungen wirkten zu verschiedenen Zeitpunkten im Politikzyklus unterschiedlich. Es liegen komplexe Kausalitäten vor (Blatter et al., 2007a, S. 162). Nachfolgende Tabelle (Tabelle 86) veranschaulicht diejenigen Determinanten einer Hypothese, welche zu verschiedenen Zeitpunkten unterschiedlich wirkten. Während die in Tabelle 86 dargestellten Determinanten auf die Phasen der Problemdefinition, des Agenda Settings und der Politikformulierung (alle drei Phasen erfolgten fließend) in Deutschland und Österreich begründend wirkten, verzögerten sie die Einführung der Kartensysteme in der Phase der Implementation in beiden Staaten (Alle nicht in Tabelle 86 aufgeführten Hypothesen beinhalten Determinanten, die durchgehend eine beschleunigende Wirkung auf die Einführung der Kartensysteme hatten bzw. zumindest zu keinem Zeitpunkt im untersuchten Politikzyklus eine negative). Es sieht deshalb nur im ersten Moment so aus, als wären die elektronischen Kartensysteme zügig eingeführt worden. Tatsächlich aber vollzog sich der politische Wandel "Einführung eines elektronischen Kartensystems" im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen nur bis zur Phase der Implementation zügig. Es gilt deshalb festzuhalten, dass die These der "Reformunmöglichkeiten im Gesundheitswesen" für Deutschland und Österreich auch nach der vorliegenden empirischen Analyse nicht vollständig widerlegt werden kann.

Tabelle 86: Determinanten der Hypothesen mit sich verändernder Wirkung im Zeitablauf auf die Einführung der elektronischen Kartensysteme im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen

<b>Ausprägung/Determinante</b>	<b>Auswirkung auf Problemdefinition, Agenda Setting und Politikformulierung im pol. Prozess zur Einführung der eGK und E-Card</b>	<b>Auswirkungen auf die Implementation im pol. Prozess zur Einführung der eGK und E-Card</b>
Bewusstsein für Datenschutz (H 1 der sozioökonomischen Determination)	positive Wirkung	verzögernde Wirkung
Wenig Vetospieler bei der Entscheidungsfindung (H 4.1 des politisch-institutionalistischen Erklärungsansatzes)	positive Wirkung	verzögernde Wirkung
EGK bzw. E-Card als Winset (H 4.2 des politisch-institutionalistischen Erklärungsansatzes)	positive Wirkung	verzögernde Wirkung

Des Weiteren können zwar alle positiv getesteten Hypothesen die Einführung von E-Health im Gesundheitswesen der beiden untersuchten Staaten (zumindest bis zur Phase der Implementation) erklären. Allerdings sind nur einige Determinanten der Hypothesen ausdrücklich dafür verantwortlich, dass ein elektronisches Kartensystem und kein Netzsystem in Deutschland und Österreich eingeführt wurde. Die Determinanten der Hypothesen, welche explizit dafür verantwortlich sind, dass sich die politischen Entscheidungsträger für ein Karten- und kein Netzsystem entschieden, veranschaulicht Tabelle 87. Alle anderen Determinanten sind streng

genommen lediglich dafür verantwortlich, dass es eine Telematikinfrastruktur bundesweit im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen jeweils geben sollte, nicht aber explizit für die Einführung eines Kartensystems ausschlaggebend. Insofern müssen die zuvor auf Grundlage von Tabelle 85 getätigten Aussagen dahingehend angepasst werden, dass alle nicht in Tabelle 87 dargestellten Faktoren lediglich die Einführung von Gesundheitstelematik erklären können, nicht aber die politische Entscheidung speziell für ein Kartensystem.

Tabelle 87: Determinanten der Hypothesen mit Auswirkung auf die Einführung eines elektronischen Kartensystems anstatt eines Netzsystems im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen

<b>Ausprägungen/Determinanten mit Auswirkung auf die Einführung eines Kartensystems anstatt eines Netzsystems im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen</b>
Trend nach elektronischen Karten, stärkeres Bewusstsein für Datenschutz, verändertes Verständnis über die Rolle des Patienten (H 1 der sozioökonomischen Determination)
Geänderte Machtverhältnisse (H 2.1 aus der Lehre von den Machtressourcen)
Durchsetzungskraft abhängig von Machtressourcen (H2.2 aus der Lehre von den Machtressourcen)
Vormals getroffene politische Entscheidung (H 6.1 aus der Lehre vom Politik-Erbe bzw. von der Pfadabhängigkeit)
Selbstverstärkende Mechanismen (H 6.2 aus der Lehre vom Politik-Erbe bzw. von der Pfadabhängigkeit)
"Neue" Akteure (H 8.1 aus dem PET)
(Wissenschaftliche) Expertise (H 8.2 aus dem PET)
Neue Institutionen (H 8.3 aus dem PET)
Gebundene Rationalität der Regierenden (H 8.5 aus dem PET)

Im Hinblick auf die Beantwortung der fünften Forschungsfrage *"Welche Rückschlüsse können von den Ergebnissen der Arbeit auf die Theorien gezogen werden?"*, ist die Erklärungskraft der Hypothesen der Theorieansätze am aussagekräftigsten<sup>411</sup>,

- welche sowohl die Einführung eines bundesweiten Telekommunikationssystems im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen erklären können (Hypothesen mit zwei Pluszeichen aus Tabelle 85).
- deren Determinanten die Einführung der elektronischen Kartensysteme in Deutschland und Österreich in allen untersuchten Phasen – von der Genese bis einschließlich der Implementation der Politik – unterstützten bzw. zumindest in keiner Phase eine negative Auswirkung auf die Einführung hatten (Hypothesen mit Determinanten, die nicht in Tabelle 86 zu finden sind).

<sup>411</sup> Alle drei im Folgenden genannten Charakteristika sollten gleichzeitig zutreffen.

- deren Determinanten explizit bewirkten, dass in Deutschland als auch in Österreich ein elektronisches Kartensystem anstatt eines Netzsystems eingeführt wurde (Hypothesen mit Determinanten, die in Tabelle 87 dargestellt sind).

Zusammenfassend ergibt sich daraus, dass folgende Theorieansätze einschließlich der aus ihnen abgeleiteten Hypothesen die Einführung des elektronischen Kartensystems in Deutschland und Österreich am besten erklären können:

- Die Lehre von den Machtressourcen organisierter Interessen
- Die Lehre vom Politik-Erbe bzw. von der Pfadabhängigkeit
- PET (mit Ausnahme von Hypothese 8.4(!))

Für die Erklärung des politischen Wandels "Einführung eines bundesweiten E-Health-Systems" sind dagegen mehrere und folgende Theorieansätze einschließlich deren abgeleiteten Hypothesen geeignet (Voraussetzung: positiver Hypothesentest für Deutschland und Österreich; beschleunigende Wirkung – oder zumindest keine negative Wirkung – in den untersuchten Phasen einschließlich der Implementation):

- Die Lehre von den Machtressourcen organisierter Interessen
- Die Lehre vom Politik-Erbe bzw. von der Pfadabhängigkeit
- MSA (Erklärungskraft der H 7.1 abhängig von Entscheidungsstruktur im Gesundheitswesen (!))
- PET (mit Ausnahme von Hypothese 8.4(!))

Die Analyse hat ergeben, dass nur eine Kombination der Theoriemodule aus der vergleichenden Staatstätigkeitsforschung und der Policy-Forschung den politischen Wandel "Einführung eines elektronischen Kartensystems bzw. eines Gesundheitstelematik-Systems" im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen umfassend erklären kann. Die Erklärungskraft des MSA ist allerdings abhängig von den Entscheidungsstrukturen innerhalb des jeweiligen Gesundheitswesens. Der PET müsste auf die Hypothesen H 8.1, H 8.2, H 8.3 und H 8.5 begrenzt werden. Denn die öffentliche und mediale Aufmerksamkeit war nicht ausschlaggebend für die Einführung von Gesundheitstelematik bzw. eines elektronischen Kartensystems im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen.

Überdies kann mit Hilfe der sozioökonomischen Determination und des MSA sowie der unterschiedlichen Entscheidungsstrukturen in Form von komplexen Kausalitäten erklärt werden, weshalb sich die ursprünglich gesetzlich festgelegten Anwendungen<sup>412</sup> der beiden Kartensysteme (Ausgestaltung der Systeme) in Deutschland und Österreich unterscheiden. In Deutschland entstand ein gesellschaftlicher Druck auf die Politik, die steigenden Informationsmengen an Behandlungsdaten elektronisch zu dokumentieren und damit auch der wachsenden Intransparenz der medizinischen Daten zu Lasten der Qualität der Behandlungen entgegenzuwirken. Zudem sollte mit der Speicherung medizinischer Daten im Kartensystem auf die zunehmenden Medienbrüche durch die Speicherung dieser Daten an verschiedenen Orten reagiert werden. Einen solchen Druck gab es in Österreich nicht.

Ferner hat die empirische Analyse gezeigt, dass die politischen Entscheider in Österreich – wie die in Deutschland – bereits vor der gesetzlichen Einführung des elektronischen Kartensystems die Speicherung medizinischer Daten vorsahen. Sie legten dies lediglich – im Gegensatz zu den Entscheidungsträgern in Deutschland – nicht gesetzlich fest. Die Festlegung war nicht notwendig, da die "Systempartner" die Umsetzung des Kartensystems in Österreich

<sup>412</sup> In Deutschland war die Speicherung medizinischer Daten im Gesetz zur Einführung des Kartensystems vorgesehen, in Österreich nicht. Mittlerweile ist in beiden Staaten die Speicherung dieser Daten mit Hilfe der elektronischen Kartensysteme geplant (siehe Kapitel 3.3).

regeln bzw. regelten und diese deshalb nicht auf die Zustimmung anderer Akteure, z. B. der Leistungserbringer bei der nachträglichen Einführung weiterer Anwendungen angewiesen sind bzw. waren. Ein politisches Zeitfenster (MSA), das genutzt wird, um die Öffentlichkeit und z. B. die Akteure der Leistungserbringer von der Karte einschließlich der Speicherung medizinischer Daten zu überzeugen, war deshalb nicht notwendig. Öffentliche Aufmerksamkeit hätte womöglich dazu geführt, dass Datenschützer auf die E-Card und die dadurch zukünftig mögliche Speicherung von medizinischen Daten aufmerksam geworden wären und deshalb die Einführung des Kartensystems versucht hätten zu verhindern. Die Festlegung der Anwendung "Bürgerkartenfunktion", welche für die Akteure im Gesundheitswesen keinerlei Vorteile bringt, war dagegen notwendig, um den Zusatznutzen der Karte – im Vergleich zum Krankenschein – und auch um die für die Speicherung administrativer Daten nicht notwendige Größe des Speicherchips auf der Karte zu rechtfertigen.

In Deutschland musste das politische Zeitfenster genutzt werden, um die Einführung der eGK samt medizinischer Anwendungen zu rechtfertigen. Die gesetzliche Festlegung dieser Anwendungen war notwendig. In Deutschland sind die Akteure der gemeinsamen Selbstverwaltung – als Gesellschafter der Gematik – starke Akteure. Diese Akteure mussten von den Vorteilen der Speicherung der medizinischen Daten überzeugt werden (hierzu nutzte Ursula Schmidt den Lipobay-Skandal), denn sie waren bzw. sind im Anschluss an die gesetzliche Einführung für die Implementation des Kartensystems samt Anwendungen im deutschen Gesundheitswesen verantwortlich und besitzen dementsprechend ein hohes Blockadepotential in der Phase der Implementation.

Weshalb sich die bereits implementierten Anwendungen (Januar 2015) der Kartensysteme in beiden Staaten von den in Deutschland ehemals gesetzlich festgelegten und in Österreich inoffiziell geplanten Anwendungen unterscheiden, wurde bereits ausführlich diskutiert und muss an dieser Stelle deshalb nicht wiederholt werden (Hierfür verantwortlich sind die Determinanten, welche die Verzögerung der Implementation der Kartensysteme erklären).

## 8.2 Praktische Implikationen

Die Vorgehensweise bzw. die Entscheidung innerhalb der vorliegenden Arbeit eine Analyse des Politikprozesses bereits vor der Phase der Politikevaluierung durchzuführen, hat aus praktischer Perspektive ihre Berechtigung. Denn selten werden Ergebnisse der Evaluationsforschung zeitnah in den politischen Entscheidungsprozess aufgenommen. Der von Wahlperioden abhängige Politikzyklus ist zumeist schneller als der Zeitraum der Evaluation. Die politische Dynamik lässt keine Zeit für eine experimentelle Vorbereitung. Wenn Entscheidungsträger bei politischen Entscheidungen wissenschaftliche Expertise berücksichtigen, wenden sie dazu deshalb Literaturreviews an. Die Evidenz, die sich aus Arbeiten zur Übersicht – wie Meta-Untersuchungen – ergibt, kann keine Antwort auf für die Umsetzung wesentliche Fragen geben (Pawson, 2002). Die Ergebnisse dieser Untersuchung bieten Praktikern die Möglichkeit, zeitnah und noch vor der Phase der Evaluation von den politischen Entscheidungsträgern berücksichtigt zu werden.

Aufgenommen werden können z. B. die Hinweise über Interessen und Machtpotentiale von Akteuren und politisch-institutionalistische Gegebenheiten, welche Einfluss auf die Durchsetzung oder das Scheitern von Reformen haben. Auf Basis der Ergebnisse dieser Arbeit können Praktiker einen Strategiepooled entwickeln, der es ihnen ermöglicht, den reform-hinderlichen Faktoren entgegenzuwirken bzw. auf diese zu reagieren, um eine Reform durchzusetzen.



Es hat sich gezeigt, dass vor allem die Phase der Implementation für den Reformstau im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen verantwortlich ist. Grund hierfür sind u. a. die verschiedenen Interessenlagen und deren ausbleibender Einigungswille. Diese Ergebnisse schaffen Anstöße für politische Entscheidungsträger, die Interessengruppen im Gesundheitswesen in der Phase der Implementation zu instrumentalisieren und Anreize einzuführen, welche die Akteure zu einer zügigeren Entscheidungsfindung bewegen und deren Einigungswillen stärken. Nur so kann zukünftig ein zügigerer Implementationsprozess bzw. die Aktivierung des gesundheitspolitischen Institutionensystems gewährleistet werden:

*"Der treibende Stachel solcher sich – von der Idee her – selbst vorantreibender und vom Eigeninteresse der Akteure getragener Prozesse ist ein komparativer: der Wettbewerb um Qualität und Effizienz im Kontext der Suche nach besseren und kostengünstigeren Lösungen. Wettbewerb als Anreizmodell ist das Komplement zur Selbstreflexivität, denn Wettbewerb endogenisiert Qualitätssicherung dadurch, dass der Parameter der Qualität oder Qualitätsverbesserung motivational wirksam wird. Folgt man dieser Argumentation, dann könnte dieser Pfad in der Tat zu einer politikentlastenden Optionensteigerung beitragen."* (Lamping, 2002, S. 60)

Die erarbeiteten Ergebnisse im empirischen Teil dieser Studie haben zudem belegt, dass durch das geringe Wissen der politischen Entscheider über technische Zusammenhänge und Prozesse, diese Praktiker lobbyistischer Einflussnahme besonders aufgeschlossen sind – vor allem der Einflussnahme von Herstellern von Gesundheitstelematik. Diese Einflussnahme führte in beiden Staaten dazu, dass innerhalb der Umsetzung von E-Health eine gesamtwirtschaftlich teurere Lösung – das elektronische Kartensystem – für ein Problem umgesetzt wurde und wird, dessen Lösung günstiger – mit einem Netzsystem – auch hätte erreicht werden können.<sup>413</sup> Auf dieses Ergebnis können die politischen Entscheidungsträger reagieren, sich z. B. technische Kompetenzen aneignen oder sich Experten zur Seite stellen, um sich zukünftig auf interne technische Expertise stützen zu können und damit weniger auf lobbyistische interessengelenkte Informationen angewiesen zu sein.

Darüber hinaus kann die wissenschaftliche Analyse dieser Arbeit – sofern sie von Entscheidern in der Gesundheitspolitik als Argumentationsgrundlage genutzt wird – politische Entscheidungsträger auf der politischen Bühne argumentativ stützen bzw. den politischen Gegner schwächen.

### 8.3 Limitationen der Untersuchung

Um zu gewährleisten, dass die empirischen Ergebnisse valide, reliabel und objektiv sind, ist qualitative Forschung genauso wie quantitative Forschung einer Qualitätsbeurteilung zu unterziehen. Die Qualitätskriterien lehnen sich an Yin (2009, S. 40ff), Kidder und Judd (1986, S. 26ff), Steinke (2002, S. 320ff) und Mayring (2010, S. 116) an.

Die Gütekriterien qualitativer Forschung und wie diese im Rahmen der qualitativen empirischen Analyse dieser Arbeit adressiert wurden, sind in Tabelle 88 dargestellt. Hierbei ist festzustellen, dass die vier Kriterien Reliabilität, interne und externe Validität sowie die Objektivität einigen Verzerrungen unterliegen. Für die größte Limitation der Reliabilität und der Objektivität ist die Gegebenheit verantwortlich, dass ein einziger Forscher für die Durchführung und Codierung der Interviews verantwortlich ist. Um die Korrektheit der Auslegungen zu garantieren,

<sup>413</sup> Dies ist eine auf Grundlage der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit getroffene Hypothese, die einer gesonderten Überprüfung unterzogen werden müsste.

wurde deshalb ein weiterer Forscher mit politikwissenschaftlichem Universitätsabschluss (Master of Arts) stichprobenartig hinzugezogen. Es sei an dieser Stelle aber bemerkt, dass eine komplette Objektivität auch bei einer größeren Anzahl an Forschern nicht gesichert werden kann. Denn Interpretationen differenzieren sich von Forscher zu Forscher. Deshalb ist festzuhalten, dass Reliabilität und Objektivität lediglich größtenteils erfüllt sind.

Vergleichbares ist für die Validitätskriterien festzustellen. Das Auslassen von Suggestivfragen konnte nicht durchgehend garantiert werden. Denn es wurde innerhalb der Interviews auf halboffene Fragestellungen ausgewichen und somit mögliche Faktoren für politischen Wandel bzw. die Antworten im Rahmen der Fragestellung erklärt.

Überdies wurden die Interviews über Ereignisse bzw. Zusammenhänge geführt, die mehrere Jahre zurückliegen. Daraus ergeben sich Bedenken hinsichtlich der Akkuratessse der Erinnerungen der befragten Experten. Da sich die Antworten der interviewten Personen allerdings bis auf äußerst wenige, an entsprechender Stelle im Text diskutierte, Ausnahmen nicht widersprechen bzw. sie größtenteils übereinstimmen, kann davon ausgegangen werden, dass die Korrektheit der Schlussfolgerungen gewährt ist. Zumal sich die befragten Experten aus den unterschiedlichen Institutionen im Vorfeld der Interviews nicht austauschten und somit unabhängig voneinander ihre Aussagen trafen.

Das Ziel der Gleichverteilung der Interviews über alle am politischen Prozess der Einführung beteiligten Interessengruppen wurde zwar angestrebt, jedoch nicht erreicht. Die Akquise mehrerer Interviewpartner aus dem Gesundheitsministerium in Österreich wäre aus Sicht der breiteren Streuung der gegebenen Antworten wünschenswert gewesen. Leider ließ sich trotz Nachfragen nur ein Interviewpartner akquirieren, der vor und nach der gesetzlichen Einführung der E-Card, im für die E-Card zuständigen Ministerium auf Bundesebene tätig war.<sup>414</sup> Die Stichprobe weist aber wenigstens für den öffentlich verwaltenden Sektor eine gute Zusammensetzung von Akteuren unterschiedlicher Interessengruppen auf, sodass zumindest Rückschlüsse auf die Grundgesamtheit der Befragten zulässig sind. Damit sind auch die Validitätskriterien als größtenteils, jedoch nicht vollständig, erfüllt zu bewerten.

Eine weitere Limitation der empirischen Analyse stellt die fehlende Untersuchung der Phase der Politikevaluierung der Einführung der elektronischen Kartensysteme im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen dar. Es ist aus wissenschaftlicher Sicht erst dann valide zu gewährleisten, dass die in der empirischen Studie ermittelten Faktoren ausschlaggebend für politischen Wandel sind, wenn deren Wirkung auch innerhalb der Phase der Politikevaluierung im Politikzyklus analysiert wurde. Denn in der Phase der Evaluierung wird die Zweckmäßigkeit einer Policy demonstriert und sie kann dann evtl. noch verworfen werden. Sollte die Policy verworfen werden, wäre der Wandel terminiert. In Kapitel 6.4 und in Kapitel 8.2 wurde begründet, weshalb es dennoch sinnvoll ist, die Einführung der Policy bereits vor der Phase der Evaluation zu analysieren.

---

<sup>414</sup> Angesichts der mächtigen Stellung des HV im gesundheitspolitischen Entscheidungsprozess verwiesen die Mitarbeiter im Ministerium auf die Ansprechpartner dort.

Tabelle 88: Gütekriterien qualitativer Forschung und deren Adressierung

Kriterium	Berücksichtigt durch
<p><b>Reliabilität (Zuverlässigkeit)</b></p> <p>Wenn andere Forscher die Studie wiederholen, kommen sie zum gleichen Ergebnis.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die der Analyse zugrundeliegenden Ausführungen zur Methodik, zum Design, zur Datenerhebung, zur Auswertung und zur Stichprobenszusammensetzung wurden vorgestellt.</li> <li>• Im Zuge der Auswertung wurden allgemein akzeptierte Vorgehensweisen der qualitativen Inhaltsanalyse genutzt.</li> <li>• Die Dokumente, welche für und im Vorfeld der Interviews angefertigt und verschickt wurden, sind archiviert und im Anhang aufgeführt.</li> </ul>
<p><b>Interne Validität</b></p> <p>Die Veränderung einer abhängigen Variable muss auf der Veränderung einer unabhängigen Variable basieren. Alternativerklärungen sind nicht zulässig.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die befragten Experten aus den unterschiedlichen Institutionen konnten sich nicht austauschen.</li> <li>• Ergebnisse wurden in Form von direkten Zitaten aus den erstellten Transkripten der Interviews charakterisiert.</li> <li>• Aussagen der Experten, die sich widersprochen haben, wurden innerhalb der empirischen Analyse dieser Arbeit diskutiert.<sup>415</sup></li> <li>• Nur in Ausnahmefällen wurden die Antworten auf Suggestivfragen in die Auswertung mit aufgenommen.</li> </ul>
<p><b>Externe Validität</b></p> <p>Die Forschungsergebnisse lassen sich verallgemeinern bzw. auf andere Designs und Kontexte übertragen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Interviews fanden größtenteils in den Räumlichkeiten der Institutionen der interviewten Experten statt.</li> <li>• Die Teilnahme an den Befragungen war vollkommen freiwillig.</li> <li>• Bei der Auswahl der Stichprobe wurde eine größtmögliche Vielfalt beabsichtigt.</li> </ul>
<p><b>Objektivität</b></p> <p>Antworten und Ergebnisse sind unabhängig vom interpretierenden Forscher.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Interviews wurden von einem Forscher durchgeführt, transkribiert und ausgewertet. Deshalb wurde ein weiterer politikwissenschaftlicher Forscher stichprobenartig nach seinen Einschätzungen der Interviews befragt. Anschließend wurden die Ergebnisse ggf. verbessert.</li> </ul>

<sup>415</sup> Widersprüchliche Aussagen kamen aber bis auf äußerst wenige Ausnahmen nicht vor.

## 9 Schlussbetrachtung

Die vorliegende Arbeit beantwortet im Zuge der empirisch bewiesenen "Reformunmöglichkeiten" im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen die leitende Forschungsfrage:

*„Welche Faktoren veranlassten die zügige Einführung der elektronischen Kartensysteme im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen – trotz der allgemein geltenden Reformresistenz in den Gesundheitssystemen der beiden Staaten?“*

Hierzu ist festzuhalten:

1. Der jeweilige politische Wandel in Deutschland und Österreich kann durch eine Kombination von Theoriemodulen aus der vergleichenden Staatstätigkeitsforschung und der Policy-Forschung sinnvoll erklärt werden.
2. Der im Gesundheitswesen attestierte Reformstau ist nur bedingt widerlegt. Denn nur bis ausschließlich zur Phase der Implementation im Politikzyklus war der politische Wandel "Einführung eines elektronischen Kartensystems im Gesundheitswesen" in beiden Staaten zügig möglich. Ab der Phase der Implementation verzögerten verschiedene Faktoren die Umsetzung des politischen Wandels.
3. Deshalb können nur diejenigen Determinanten durchgehend als ausschlaggebend für den gesundheitspolitischen Wandel benannt werden, welche in allen untersuchten Phasen des Politikzyklus eine beschleunigende Wirkung auf die Einführung der elektronischen Kartensysteme in Deutschland und Österreich hatten, oder zumindest in den Phasen bis zur Implementation beschleunigend wirkten und zusätzlich in der Phase der Implementation keine negative Wirkung auf die Einführung hatten.
4. Geänderte Machtverhältnisse bzw. die Verteilung von Machtressourcen zwischen den Interessengruppen im Politikfeld (Lehre von den Machtressourcen organisierter Interessen), vormals getroffene politische Entscheidungen und selbstverstärkende Mechanismen (Lehre vom Politik-Erbe, Pfadabhängigkeiten), das Engagement "neuer" Akteure im Subsystem – die von wissenschaftlicher Expertise unterstützt und in neue Institutionen eingebunden wurden – sowie gebundene Rationalitäten der politischen Entscheider (PET) sind die maßgeblichen Gründe, welche die Einführung des elektronischen Kartensystems im deutschen und im österreichischen Gesundheitswesen veranlassten.

### 9.1 Zentrale Ergebnisse der Arbeit

Die oben allgemein gehaltenen Ergebnisse wurden durch die Beantwortung der fünf aufgeworfenen untergeordneten Forschungsfragen dieser Arbeit abgeleitet.

1

*Welche politischen Entscheidungsstrukturen und Steuerungsformen existierten im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen zum Zeitpunkt der Einführung der elektronischen Kartensysteme?*

Mit der Antwort auf die erste Forschungsfrage sollten die für die spätere empirische Analyse wichtigen Entscheidungsstrukturen und Steuerungsformen in den beiden Gesundheitswesen diskutiert werden.

Unter Verwendung einer argumentativ-deduktiven Analyse wurde ausgehend von den drei Entscheidungsebenen Makro-, Meso-, und Mikroebene das komplexe deutsche und österreichische Gesundheitswesen in eine hierarchische Ordnung gebracht. Die Ergebnisse zeigen, dass im deutschen und im österreichischen Gesundheitswesen die Akteure und Strukturen der Makro- und Mesoebene ausschlaggebend für gesundheitspolitische Reformen auf Bundesebene sind und dass zwischen diesen Ebenen eine beachtliche Vernetzung besteht. Dies bedeutete für den weiteren Verlauf der vorliegenden Arbeit, dass im Rahmen der empirischen Analyse den Akteuren und Entscheidungsstrukturen auf Makro- und Mesoebene Beachtung geschenkt werden musste. Ferner hat die Beantwortung der ersten Forschungsfrage gezeigt, dass im deutschen neokorporatistischen Gesundheitswesen politische Verhandlungen zu meist dezentralisiert unter wettbewerblichen Bedingungen stattfinden und die gemeinsame Selbstverwaltung viele gesundheitspolitische Aufgaben übernimmt. In Österreich finden gesundheitspolitische Verhandlungen zentralisierter, unter wenig Wettbewerb und zwischen den "Systempartnern" statt.

2

*Wie ist der derzeitige Stand der Forschung zur Erklärung von (gesundheits)politischem Wandel und speziell zur Erklärung der Einführung eines elektronischen Kartensystems im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen?*

Zur Ermittlung des derzeitigen Stands der Forschung wurde ein Literaturreview zu dem Themenkomplex "(Gesundheits)politischer Wandel in Theorie und Empirie" durchgeführt. Die als relevant erachtete Literatur wurde systematisiert und wichtige Forschungsergebnisse wurden präsentiert. Dabei lässt sich konstatieren, dass

1. sich der Großteil, der als für das Themenfeld relevant erachteten Beiträge, mit dem Begründen von politischem Wandel bzw. Staatstätigkeit in diversen Politikfeldern beschäftigt, aber nur selten gesundheitspolitischer Wandel aus politikwissenschaftlicher Sicht untersucht wurde, sowie
2. die meisten Arbeiten über gesundheitspolitischen Wandel "Reformresistenz" im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen feststellen und zu begründen versuchen,
3. Wissenschaftler, welche die Gründe für gesundheitspolitischen Wandel bislang untersuchten, eine andere methodische Vorgehensweise, wie in der vorliegenden Arbeit vornahmen,
4. die Erklärung der Einführung von Gesundheitstelematik und speziell der Einführung eines elektronischen Kartensystems im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen aus politikwissenschaftlicher Sicht noch nicht erfolgt ist und
5. es eine relativ große Auswahl an Theorieansätzen gibt, die den Anspruch haben, politischen Wandel zu erklären, allerdings selten gemeinsam angewendet wurden, sowie
6. es kein theoretisches Konzept gibt, das den Anspruch hat, speziell gesundheitspolitischen Wandel zu erklären.

Zusammen mit dem ebenfalls in Kapitel 4 erarbeiteten Systematisierungsrahmen bilden die Ergebnisse der Literaturanalyse die Antwort auf die zweite Forschungsfrage. Es wurden sechs Theorieansätze aus der vergleichenden Staatstätigkeitsforschung und zwei aus der Policy-Forschung identifiziert – die den Anspruch haben, kurzfristigen politischen Wandel zu erklären

– und die somit als Grundlage für die Hypothesenbildung dienten, welche durch Beantwortung der dritten Forschungsfrage vorgenommen wurde.

3

*Welche Hypothesen lassen sich auf Basis der etablierten politikwissenschaftlichen Theorien zur Erklärung von politischem Wandel für die Reform "Einführung eines elektronischen Kartensystem" im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen ableiten?*

Durch die Beantwortung der dritten Forschungsfrage wurden Hypothesen zur Systematisierung der nachfolgenden empirischen Analyse aufgestellt („deriving predictions“). Unter Verwendung einer argumentativ-deduktiven Analyse wurden – ausgehend von den durch Beantwortung der zweiten Forschungsfrage identifizierten, etablierten Theorieansätzen der vergleichenden Staatstätigkeitsforschung und der Policy-Forschung – 19 zentrale Hypothesen abgeleitet, welche innerhalb der empirischen Analyse anhand des Untersuchungsgegenstandes getestet wurden und somit die Basis für Forschungsfrage 4 sind.

4

*Welche der aufgestellten Hypothesen und innerhalb dieser evtl. unbeachteten, weiteren Determinanten können die Realität "Einführung eines elektronischen Kartensystems im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen" abbilden/erklären?*

Zur Erklärung der Einführung der elektronischen Kartensysteme im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen wurde eine "systematic process analysis" durchgeführt („making observations“ und "comparision of observations and predictions", siehe hierzu Kapitel 6.5.2.2). Datengrundlage für die Analyse waren die Ergebnisse der Vorkapitel und somit die Antworten auf die Forschungsfragen eins bis drei, sowie 18 halbstrukturierte Experteninterviews (10 Interviews mit Experten aus Deutschland, 8 Interviews mit Experten aus Österreich). Die Interviews wurden mit den an der politischen Diskussion und Entscheidung beteiligten Akteuren geführt. Im Rahmen der Interviews wurde diskutiert, welche Faktoren einen Einfluss auf die politische Einführung eines bundesweiten elektronischen Kartensystems im deutschen oder österreichischen Gesundheitswesen hatten.

Ausschlaggebend für die Einführung von Gesundheitstelematik in Deutschland und Österreich war eine größere Anzahl an Faktoren als für die Einführung speziell eines elektronischen Kartensystems. Unterstützend für die Einführung eines elektronischen Kartensystems in Deutschland und Österreich waren (in allen politischen Phasen) maßgeblich die (Veränderung der) Verteilung von Machtressourcen zwischen den Befürwortern und den Gegnern des Kartensystems, die ehemals politisch getroffene Entscheidung in Deutschland die KVK einzuführen, in Österreich den Krankenschein, sowie dort das SOLL-Konzept und der Entschließungsantrag. Entscheidend für den Nicht-Abbruch waren die hohen bereits getätigten Investitionen, Interessengruppen, welche das System verteidigten und die bereits bestehende Infrastruktur. Des Weiteren waren "neue" Akteure – die Hersteller von Gesundheitstelematik – und deren Engagement u. a. innerhalb von neuen Institutionen begründend für die Einführung. (Wissenschaftliche) Expertise und gebundene Rationalität der Regierenden unterstützten die Interessen der Newcomer und somit die Einführung der Karte in beiden Staaten.

Mitverantwortlich für die Einführung von Gesundheitstelematik im Allgemeinen – ohne der Unterscheidung zw. Karten- und Netzsystemen – war/waren zusätzlich in beiden Staaten der bzw. die politische(n) Entrepreneur(e), welche(r) es schaffte(n), die drei politischen Ströme zu verbinden und in Deutschland das sich öffnende politische Zeitfenster.

Als Ergebnis der Untersuchung lässt sich festhalten, dass alle auf ihre Erklärungskraft untersuchten Hypothesen, die Einführung der Kartensysteme in beiden oder in keinem der untersuchten Staaten erklären können. Eine Ausnahme bildet die Öffnung und Nutzung eines politischen Zeitfensters durch einen Entrepreneur, welche nur die Einführung in Deutschland erklären kann. Grund hierfür sind die unterschiedlichen gesundheitspolitischen Entscheidungsstrukturen in beiden Staaten.

Die Antworten auf Forschungsfrage vier bilden die Basis für die Beantwortung der fünften Forschungsfrage.

5

*Welche Rückschlüsse können von den Ergebnissen der Arbeit auf die Theorien gezogen werden?*

Mit der Antwort auf die fünfte Forschungsfrage erfolgte im Rahmen einer "systematic process analysis" die letzte Phase („drawing conclusions"). In dieser Phase wurden Rückschlüsse aus den Ergebnissen der Beantwortung von Forschungsfrage vier auf die der Arbeit zugrunde liegenden Theorieansätze geschlossen (Induktion). Dabei zeigte sich, dass nicht alle getesteten Theorieansätze die Einführung der elektronischen Kartensysteme erklären können. Die Lehre von der Parteiendifferenz und die Internationale Hypothese haben keine Erklärungskraft im Untersuchungszusammenhang. Ferner haben der politisch-institutionalistische Theorieansatz und die sozioökonomische Determination nur bis ausschließlich zur Phase der Implementation der Kartensysteme im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen eine Erklärungskraft.

Letztendlich sind zwei Theorieansätze der vergleichenden Staatstätigkeitsforschung – die Bedeutung von Machtressourcen organisierter Interessen und die Lehre vom Politik-Erbe bzw. von der Pfadabhängigkeit – am erklärungsstärksten für die Einführung des elektronischen Kartensystems in Deutschland und in Österreich. Denn alle aus den Ansätzen abgeleiteten Hypothesen erklären die Einführung der Policy in allen untersuchten Phasen des Politikzyklus und in beiden Staaten. Der Erklärungsansatz PET aus der Policy-Forschung ist nur mit Einschränkung dafür geeignet, die Einführung der Kartensysteme zu begründen und deshalb weniger erklärungsstark als die beiden Theorieansätze aus der vergleichenden Staatstätigkeitsforschung. Denn innerhalb des PET haben lediglich die Hypothesen 8.1, 8.2, 8.3 und 8.5 eine starke Erklärungskraft für die Einführung der beiden Kartensysteme. Zur Begründung der Einführung von E-Health – ohne Spezialisierung auf ein Kartensystem – in Deutschland und Österreich ist zudem der MSA mit Einschränkung sinnvoll. Nur eine aus dem MSA abgeleitete Hypothese (H 7.2) kann die Einführung in beiden Staaten erklären. H 7.1 – wie H 7.2 aus dem MSA abgeleitet – kann lediglich die Einführung in Deutschland begründen, nicht aber die in Österreich. Die Theorieansätze PET und MSA müssten dementsprechend für ein Modell zur Erklärung von gesundheitspolitischem Wandel bzw. des politischen Wandels "Einführung eines elektronischen Kartensystems" im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen verändert (erweitert/eingeschränkt) werden.

## 9.2 Implikationen für die Wissenschaft und Praxis

Aus Sicht der **Wissenschaft** liefert diese Arbeit durch ihr qualitatives und empirisches Forschungsdesign Erkenntnisse darüber, wann und warum eine politische Veränderung im Policy-Feld Gesundheit und im Policy-Bereich regulative Politik zustandekommt. Der bisher stark

vertretene Fokus auf normativen und quantitativen Studien innerhalb der Gesundheitspolitologie bzw. Politikwissenschaft, die zusätzlich selten den Policy-Bereich regulative Politik behandeln, wurde damit aufgebrochen und um wesentliche Perspektiven erweitert. Es wurde anhand der Einführung der elektronischen Kartensysteme im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen mikrofundiert herausgearbeitet, dass institutionelle, strukturelle, situative, personelle und zeitliche Faktoren politischen Wandel bedingen und dadurch ein Tiefenverständnis eines komplexen und kontingenten Reformprozesses geschaffen. Damit hat die Untersuchung den Dialog zwischen Theorie und Daten, über den bisher bekannten Forschungsstand hinaus, weiterentwickelt.

Diese Arbeit hat veranschaulicht, dass eine Kombination der Theoriemodule aus den zwei Teilgebieten der Politikwissenschaft, vergleichende Staatstätigkeitsforschung und Policy-Forschung sinnvoll ist, um gesundheitspolitischen Wandel zu erklären. Weiterhin wurde anhand der untersuchten Reform in Deutschland und Österreich ergründet, dass die Theorieansätze der Policy-Forschung neben dem angelsächsischen Raum (mit Einschränkungen, s. o.) auch für die Erklärung von politischen Veränderungen im europäischen Raum geeignet sind. Darüber hinaus wurde gezeigt, dass manche der gängigen Theorieansätze zur Erklärung von politischem Wandel keinen Erklärungswert im Kontext der Untersuchungsfälle aufweisen und demgegenüber bisher innerhalb gewisser Theorieansätze unbeachtete Determinanten, wie Entscheidungsstrukturen, in Form von komplexen Kausalitäten Einfluss auf die Erklärungskraft der theoretischen Ansätze nehmen, die dementsprechend erweitert werden müssten. Die Ergebnisse der Arbeit bilden somit die Basis für die Bildung eines neuen Modells zur Erklärung von gesundheitspolitischem Wandel.

Darüber hinaus liefert die Arbeit Hinweise darauf, dass der Politikprozess kein reiner Top-Down-Verlauf<sup>416</sup> ist und vor allem die Phasen der Problemdefinition, des Agenda Settings und der Politikentwicklung fließend/sich überschneidend verlaufen. Dies impliziert, dass der idealtypische Policy-Cycle die Realität nicht wiedergeben kann und bildet somit die Grundlage für die Weiterentwicklung des Cycles. Ferner zeigen die Ergebnisse der Arbeit, dass dem Faktor Zeit innerhalb des Politikprozesses sehr wohl Beachtung geschenkt werden muss. Denn die im ersten Teil des Politikzyklus policy-begünstigend wirkenden Faktoren können zu einem späteren Zeitpunkt im Politikprozess auch verzögernd wirken. Die empirische Analyse hat gezeigt, dass manche der etablierten Theorieansätze politischen Wandel nicht über den ganzen Politikzyklus hinweg erklären können, sondern deren Variablen die Verzögerung der Einführung einer Policy ab der Phase der Implementation begründen und somit das Gegenteil bewirken. Auch diese Erkenntnis bildet den Ausgangspunkt für die Weiterentwicklung der in der vorliegenden Arbeit verwendeten Theorieansätze.

Außerdem leistet die vorliegende Arbeit aus inhaltlicher Perspektive einen weiteren Beitrag für das Forschungsfeld. Zum ersten Mal wurde die Einführung von Telematik im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen in einer politikwissenschaftlichen Arbeit explizit begründet. Somit nimmt sich die Arbeit einem Themenbereich an, der bislang von anderen Wissenschaftsdisziplinen und somit auch mit einem anderen Erklärungshintergrund behandelt wurde, dem aber hinsichtlich der zunehmenden Nutzung von Telematik im Gesundheitswesen und der dadurch entstehenden Wechselwirkungen zwischen der Telematik und politischen Prozessen, innerhalb der gesundheitspolitologischen Forschung Beachtung geschenkt werden sollte.

---

<sup>416</sup> Der Prozess der Formulierung und Implementation der untersuchten Reformen in Deutschland und Österreich wurde nicht von einem einheitlichen Akteur administrativ durchgesetzt (s. o.).



**Praxisvertreter** erhalten mit dieser Arbeit wertvolle Hinweise darauf, welche Akteure und Mechanismen bei der Einführung von E-Health wirken und welche Faktoren politischen Wandel im Themenbereich beschleunigen oder verzögern. Die Arbeit gibt den Praktikern Anregungen, welche instrumentellen, institutionellen, strukturellen, situativen, personellen und zeitlichen Gegebenheiten sie nutzen können oder beeinflussen/verändern sollten, um die zügige Umsetzung einer Policy und die Durchsetzung ihrer Interessen erreichen zu können. Einschränkend sei dargelegt, dass für eine Veränderung institutioneller Faktoren und Prozesse vielfältige juristische Prüfungen und Abstimmungstätigkeiten notwendig sein werden.

### 9.3 Anregung weiterer Forschungsfragen und Ausblick

Die in Kapitel 8.3 diskutierten Limitationen der durchgeführten qualitativen Inhaltsanalyse zeigen klar die Richtung auf, in welche die Ergebnisse dieser Arbeit weiterverarbeitet werden können: Hinsichtlich der sich um viele Jahre verzögernden Implementation der elektronischen Kartensysteme (einschließlich der medizinischen Anwendungen) im deutschen und österreichischen Gesundheitswesen konnte die Phase der Politikevaluierung der Systeme in beiden Staaten nicht untersucht werden. Dies könnte innerhalb zukünftiger Forschungsarbeiten nachgeholt werden. Durch die Untersuchung der Einflussfaktoren auf die Phasen ab der Implementation der Policy, kann eine Aussage über die Erklärungskraft der identifizierten Theorieansätze über den gesamten Politikzyklus der Einführung der Kartensysteme hinweg getroffen werden.

Nach vollständiger Einführung der elektronischen Kartensysteme lassen sich auch vielfältige weitere Fragen mit erklärungs-wissenschaftlichem Hintergrund anregen: Z. B. könnten im Rahmen von Akzeptanzforschungen<sup>417</sup> Effekte auf Seiten der beteiligten Akteure untersucht werden. Ferner kann die Wirkung des politischen Wandels untersucht werden – z. B. distributive und sozialpolitische Auswirkungen sowie Effekte von Steuerungsinterventionen.

Die vorliegende Arbeit legt dar, dass das deutsche und österreichische Gesundheitswesen eine für Reformen bedeutende Mitregenten- und Vetospielerdichte bzw. viele verschiedene Interessenlagen aufweisen, die den Regierungen keine Gestaltungsmöglichkeiten bei der Implementation einer Policy gestatten. Die Umsetzung von politischen Reformen wird deshalb in der Phase der Implementation erheblich erschwert. Dies bietet den Anstoß für zukünftige politikwissenschaftliche Forschung, sich mit den Fragen zu beschäftigen, wie der strukturelle bzw. ordnungspolitische Rahmen – die Polity Gesundheitswesen – und gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse – die Politics im Gesundheitswesen – gestaltet werden können, damit gesundheitspolitische Reformen nicht unmöglich bleiben.

Durch die Anwendung des Untersuchungsdesigns auf weitere gesundheitspolitische Reformen in Deutschland und Österreich, aber auch in anderen Staaten, ließe sich ein neues Modell zur Erklärung von gesundheitspolitischem Wandel ableiten. Darüber hinaus bilden die in dieser Arbeit ermittelten Ergebnisse die Basis, um die Einführung von Telematik in anderen Policy-Feldern zu untersuchen. Durch diese Grundlage kann erneut geprüft werden, ob Ursula Schmidt mit ihrer Aussage *„Heute stellt sich bei der Verwendung von Computern nicht mehr die Frage nach dem `Ob`, sondern nach dem `Wie`“* Recht oder Unrecht hat.

<sup>417</sup> Es existieren zwar bereits wissenschaftliche Arbeiten aus der Gesundheitsökonomie, welche die Kosten, den Nutzen und die Akzeptanz der eGK analysieren, wie die von Heinz (2009). Diese Arbeiten sind allerdings zu einem Zeitpunkt erstellt worden, zu dem das elektronische Kartensystem noch nicht vollständig implementiert war. Sie können somit keine aktuellen und vollständigen Aussagen treffen.

## Literaturverzeichnis

### A

- Abts, D./Mülder, W. (2009): "Grundkurs Wirtschaftsinformatik: eine kompakte und praxisorientierte Einführung.", Springer-Verlag, Heidelberg.
- AFGIS (2014): "Über afgis", abrufbar unter: <http://www.afgis.de/netzwerk/verein/ueber-afgis> (Stand 04.11.2014).
- Alber, J. (1982): "Vom Armenhaus zum Wohlfahrtsstaat. Bilanzen – Reformen – Perspektiven", Schriftenreihe des Zentrums für Sozialpolitik, 10 (1982), Campus, Frankfurt/New York.
- Alber, J. (1992): „Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland. Entwicklung, Struktur und Funktionsweise“, Campus, Frankfurt/New York.
- Altenstetter, C./Busse, R. (2005): "Health care reform in Germany: patchwork change within established governance structures", in: Journal of Health Politics, Policy and Law, 30 (2005) 1-2, S. 121 - 142.
- Alton, N. (2007): "Die Europäisierung der Gesundheitspolitik durch die Grundfreiheiten des Binnenmarktes", Peter Lang Verlagsgruppe, Wien.
- Amelung, V. E./Sydow, J./Windeler, A. (2009): "Vernetzung im Gesundheitswesen: Wettbewerb und Kooperation", W. Kohlhammer, Stuttgart.
- AOK-Bundesverband (2012): "Das Gesundheitssystem in Österreich", abrufbar unter: [http://www.aok-bv.de/politik/europa/index\\_01398.html](http://www.aok-bv.de/politik/europa/index_01398.html) (Stand 27.04.2014).
- AOK-Bundesverband (2012a): "Gesundheitssysteme", abrufbar unter: [http://www.aok-bv.de/lexikon/g/index\\_00368.html](http://www.aok-bv.de/lexikon/g/index_00368.html) (Stand 30.04.2014).
- AOK-Bundesverband (2012b): "Krankenhausfinanzierung", abrufbar unter: [http://www.aok-bv.de/lexikon/k/index\\_00437.html](http://www.aok-bv.de/lexikon/k/index_00437.html) (Stand 09.01.2015).
- ARGE DATEN – Österreichische Gesellschaft für Datenschutz (2014): "E-Card und ELGA", abrufbar unter: [http://www.argedaten.at/php/cms\\_monitor.php?q=E-CARD](http://www.argedaten.at/php/cms_monitor.php?q=E-CARD) (Stand 05.12.2014).
- Ärztezeitung (2014): "Regierung gibt bekannt: E-Card kostet über eine Milliarde", in: Ärztezeitung vom 21.11.2014, abrufbar unter: [http://www.aerztezeitung.de/praxis\\_wirtschaft/gesundheitskarte/article/873887/regierung-gibt-bekannt-e-card-kostet-milliarde.html](http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/gesundheitskarte/article/873887/regierung-gibt-bekannt-e-card-kostet-milliarde.html) (Stand 30.12.2014).
- A-SIT Zentrum für sichere Informationstechnologie (2015): "Handy-Signatur & Bürgerkarte", abrufbar unter: <http://www.buergerkarte.at/index.html> (Stand 17.01.2015).
- Auel, K. (2006): "Europäisierung nationaler Politik", in: Bieling/Lerch, Theorien der europäischen Integration, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 293 - 318.

### B

- BÄK – Bundesärztekammer (2010): „Glossar zur Telematik im Gesundheitswesen. Kleines Lexikon häufig vorkommender Begriffe“, abrufbar unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/30/eArztausweis/60Glossar/> (Stand 30.01.2014).

- BÄK – Bundesärztekammer (2014): "Bericht des Vorstandes der Bundesärztekammer auf dem 117. Deutschen Ärztetag 2014 in Düsseldorf über die Zusammenarbeit in der Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte - gematik GmbH", Berlin.
- BÄK – Bundesärztekammer (2014a): "Elektronischer Arztausweis – Eintrittskarte in die Gesundheitstelematik", abrufbar unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.134.3416> (Stand 17.04.2014).
- Bandelow, N. C. (2004): „Governance im Gesundheitswesen: Systemintegration zwischen Verhandlung und hierarchischer Steuerung“, in: Lange/Schimank, Governance und gesellschaftliche Integration, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 89 - 107.
- Bandelow, N. C. (2004a): „Akteure und Interessen in der Gesundheitspolitik: Vom Korporatismus zum Pluralismus?“, in: Politische Bildung, 7 (2004) 2, S. 49 - 63.
- Bandelow, N. C. (2004b): "Reformansätze der Allokationssteuerung zwischen Selbstverwaltung, Staat und Wettbewerb", in: Evangelische Akademie, Selbstverwaltung oder Selbstbedienung? Die Zukunft des Gesundheitssystems zwischen Korporatismus, Wettbewerb und staatlicher Regulierung, Dokumentation einer Tagung der Evangelischen Akademie Loccum vom 13. Bis 15. Juni 2003, Loccumer Protokolle; 24 (2004) 3, Evang. Akad., Rehburg-Loccum, S. 125 - 128.
- Bandelow, N. C. (2005): „Ärzteverbände: Niedergang eines Erfolgsmodells?“, in: von Winter/Willems, Interessenverbände in Deutschland, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 271 - 293.
- Bandelow, N. C. (2006): "Gesundheitspolitik: Zielkonflikte und Politikwechsel trotz Blockaden", in: Schmidt/Zohlnhöfer, Regieren in der Bundesrepublik Deutschland, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 159 - 176.
- Bandelow, N. C./Eckert, F./Rüsenberg, R. (2010): „Reform(un)möglichkeiten in der Gesundheitspolitik“, in: Aus Politik und Zeitgeschichte, 45 (2010), S. 6 - 11.
- Bandelow, N. C./Hartmann, A. (2007): "Weder Rot noch grün. Machterosion und Interessenfragmentierung bei Staat und Verbänden in der Gesundheitspolitik", in: Egle/Zohlnhöfer, Ende des rot-grünen Projektes, eine Bilanz der Regierung Schröder 2002-2005, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 334 - 354.
- Bandelow, N.C. (1998): "Gesundheitspolitik. Der Staat in der Hand einzelner Interessengruppen?", Leske + Budrich, Opladen.
- Bandelow, N.C. (2003): "Chancen einer Gesundheitsreform in der Verhandlungsdemokratie", in: Aus Politik und Zeitgeschichte, 33.34 (2003), S. 14 - 20.
- Barnett, M./Duvall, R. (2005): "Power in international politics", in: International Organization, 59 (2005) 1, S. 39 - 75.
- Bates, R. H./Greif, A./Levi, M./Rosenthal, J. L./Weingast, B. R. (1998): "Analytic Narrative", Princeton University Press, Princeton.
- Bates, R. H./Greif, A./Levi, M./Rosenthal, J. L./Weingast, B. R. (2000): "Analytic Narratives Revisited", in: Social Science History, 24 (2000) 4, S. 685 - 696.
- Baum-Ceisig, A. (2008): "Wohlfahrtsstaaten in Mittel-und Osteuropa: Entwicklungen, Reformen und Perspektiven im Kontext der europäischen Integration", Nomos, Baden-Baden.

- Baumgartner, F. R./Breunig, C./Green-Pedersen, C./Jones, B. D./Mortensen, P. B./Nuytemans, M./Walgrave, S. (2009): "Punctuated equilibrium in Comparative Perspective", in: *American Journal of Political Science*, 53 (2009) 3, S. 603 - 620.
- Baumgartner, F./Jones, B. (1991): "Agenda Dynamics and Policy Subsystems", in: *Journal of Politics*, 52 (1991) 4, S. 1044 - 1074.
- Baumgartner, F./Jones, B. (2009): "Agendas and instability in American politics", University of Chicago Press, Chicago.
- Beck, S. (2014): "Lobbyismus im Gesundheitswesen", Nomos, Baden-Baden.
- Behrens, M. (2003): "Quantitative und qualitative Methoden in der Politikfeldanalyse", in: Schubert/Bandelow, *Lehrbuch der Politikfeldanalyse*, Oldenbourg Verlag, München/Wien, S. 203 - 238.
- Beisheim, M./Walter, G. (1997): "Globalisierung – Kinderkrankheiten eines Konzeptes", in: *Zeitschrift für internationale Beziehungen*, S. 153 - 180.
- Benz, A. (1989): "Regierbarkeit im kooperativen Bundesstaat – Eine Bilanz der Föderalismusforschung", in: Bademer/Wewer, *Regierungssystem und Regierungslehre. Fragestellungen, Analysekonzepte und Forschungsstand*, Leske + Budrich, Opladen, S. 181 - 192.
- Benz, A. (2004): „Governance - Regieren in komplexen Regelsystemen“, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Benz, A./Lütz, S./Schimank, G./Simonis, G. (2007): „Handbuch Governance. Theoretische Grundlagen und empirische Anwendungsfelder“, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Berger Kurzen, B. (2004): "E-Health und Datenschutz", Schulthess, Zürich/Basel/Genf.
- Berg-Schlosser, D./Stammes, T. (2003): "Einführung in die Politikwissenschaft", CH Beck, München.
- Beske, F./Hallauer, J. (2001): „Das Gesundheitswesen in Deutschland“, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln.
- Beyme, K. v. (1997): „Der Gesetzgeber. Der Bundestag als Entscheidungszentrum“, Westdeutscher Verlag, Opladen.
- Beyme, K. v. (2010): "Vergleichende Politikwissenschaft", VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- BfArM (2005): "Empfehlung für die Patienten, die Lipobay oder Zenas eingenommen haben", Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Bonn.
- BKK (2014): "Datenschutz – Was gespeichert wird, entscheidet jeder selbst", abrufbar unter: <https://www.bkk-essanelle.de/service/elektronische-gesundheitskarte-egk/datenschutz/> (Stand 18.04.2014).
- Blanke, Bernhard (2005): "Paradigmenwechsel in der deutschen Gesundheitspolitik - Analyse der deutschen Gesundheitspolitik seit Beginn der Kostendämpfungspolitik Ende der 70er Jahre", GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften, Berlin.
- Blankenau, Joe (2001): "The fate of national health insurance in Canada and the United States: A Multiple Streams explanation", in: *Policy Studies Journal* 29 (2001) 1, S. 38 - 55.

- Blatter, J. K./Janning, F./Wagemann, C. (2007a): "Qualitative Politikanalyse. Eine Einführung in Forschungsansätze und Methoden", in: Alemann/Benz/Lütz, Grundwissen Politik, Bd 44, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Blatter, J./Janning, F./Wagemann, C. (2007): "Qualitative Politikanalyse", VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Blomquist, W. (2007): "The Policy Process and Large-N Comparative Studies", in: Sabatier, Theories of Policy Process, Westview Press, Boulder/Colorado, S. 261 - 289.
- bmb+f/BMWI (1999): "Innovation und Arbeitsplätze in der Informationsgesellschaft des 21. Jahrhunderts", Aktionsprogramm der Bundesregierung, Berlin, abrufbar unter: <http://www.bmbf.de/pubRD/inno21d.pdf> (Stand 04.11.2014).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2014): "Elektronische Gesundheitskarte", abrufbar unter: <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/elektronische-gesundheitskarte.html> (Stand 16.04.2014).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2014a): "Glossar elektronische Gesundheitskarte – ABC zur Gesundheitskarte", abrufbar unter: <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/elektronische-gesundheitskarte/glossar-elektronische-gesundheitskarte.html> (Stand 18.04.2014).
- BMGF/BMSG (2006): "Wirkungsbereich der Bundesministerien für Gesundheit und Frauen soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz – Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger: Projekt Chipkarte (e-card)", abrufbar unter: [http://www.rechnungshof.gv.at/fileadmin/downloads/2006/berichte/teilberichte/bund/Bund\\_2006\\_05/Bund\\_2006\\_05\\_2.pdf](http://www.rechnungshof.gv.at/fileadmin/downloads/2006/berichte/teilberichte/bund/Bund_2006_05/Bund_2006_05_2.pdf) (Stand 18.04.2014).
- Böcken, J./Butzlaff, M./Esche, A. (2001): "Reformen im Gesundheitswesen. Ergebnisse einer internationalen Recherche", Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.
- Boix, C. (1997): "Privatizing the Public Business Sector in the Eighties: Economic Performance, Partisan Responses and Divided Governments", in: British Journal of Political Science, 27 (1997), S. 473 - 496.
- Boote, D. N./Beile, P. (2005): "Scholar before researchers: On the centrality of the dissertation literature review in research preparation", in: Educational Research, 34 (2005) 6, S. 3 - 15.
- Bortz, J./Döring, N. (2006): "Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler", Springer, Berlin/Heidelberg.
- Brandhorst, Andreas (2003): "Gesundheitspolitik zwischen 1998 und 2003: Nach der Reform ist vor der Reform", in: Gohr/Seeleib-Kaiser, Sozial- und Wirtschaftspolitik unter Rot-Grün, Westdeutscher Verlag, Wiesbaden, S. 211 - 228.
- Brede, F. (2006): "Politikberatung in der Gesundheitspolitik", in: Falk/Rehfeld/Römmele/Thunert, Handbuch Politikberatung, Springer Science+Business Media S.A., Berlin, S. 437 - 448.
- Brosi, W. H./Hembach K./Peters, G. (1981): "Expertengespräche - Vorgehensweise und Fallstricke", Arbeitspapier Nr. 1. am Schwerpunkt Stadt- und Regionalplanung, Universität Trier, Trier.

- Brosius, H.-B./Koschel, F./Haas, A. (2009): "Methoden der empirischen Kommunikationsforschung: Eine Einführung", VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Buchert, H./Hering, T. (2002): "Gesundheitswirtschaft: Aufgaben und Lösungen", Oldenbourg Wissenschaftsverlag, Oldenbourg.
- Busch, A. (2003): "Staat und Globalisierung. Das Politikfeld Bankenregulierung im internationalen Vergleich", VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Busch, A. (2013): „Die Vergleichende Staatstätigkeitsforschung vor neuen (alten) Herausforderungen“, in: Armingeon, Staatstätigkeiten, Parteien und Demokratie, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 23 - 35.
- Busemeyer, M. (2006): „Der Kampf um knappe Mittel. Die Bestimmungsfaktoren der öffentlichen, privaten und sektoralen Bildungsausgaben im OECD-Vergleich“, in: Politische Vierteljahresschrift (PVS), 47 (2006) 3, S. 393 - 418.
- Busemeyer, M. (2008): „Bildung und die `neue` Sozialdemokratie: eine Analyse aus der Sicht der vergleichenden Staatstätigkeitsforschung“, in: Politische Vierteljahresschrift (PVS), 49 (2008) 2, S. 283 - 308.

## C

- Cairney, P. (2012): "Understanding Public Policy. Theories and Issues", Palgrave Macmillan, New York.
- Campbell, D. (2011): "delayed IT project", in: The Guardian vom 22.11.2011, abrufbar unter: <http://www.theguardian.com/society/2011/sep/22/it-project-abandoned> (Stand 20.09.2014).
- Castles, F.G. (2007): "The Disappearing State?", Edward Elgar Publishing Ltd, Cheltenham.
- Caumanns, J. (2006): "Der Patient bleibt Herr seiner Daten. Realisierung des eGK-Berechtigungskonzepts über ein ticketbasiertes, virtuelles Dateisystem", in: Informatik-Spektrum, 29 (2006) 5, S. 323 - 331.
- CDU /CSU /SPD (2013): " DEUTSCHLANDS ZUKUNFT GESTALTEN", Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, abrufbar unter: <https://www.cdu.de/sites/default/files/media/dokumente/koalitionsvertrag.pdf> (Stand 04.11.2014).
- CDU/CSU/FDP (2009): "WACHSTUM. BILDUNG. ZUSAMMENHALT.", Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP, abrufbar unter: [https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Ministerium/koalitionsvertrag.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Ministerium/koalitionsvertrag.pdf?__blob=publicationFile) (Stand 04.11.2014).
- CDU/CSU/SPD (2005): "Gemeinsam für Deutschland. Mit Mut und Menschlichkeit", Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD, abrufbar unter: [http://www.cdu.de/sites/default/files/media/dokumente/05\\_11\\_11\\_Koalitionsvertrag\\_Langfassung\\_navigierbar\\_0.pdf](http://www.cdu.de/sites/default/files/media/dokumente/05_11_11_Koalitionsvertrag_Langfassung_navigierbar_0.pdf) (Stand 04.11.2014).
- CDU-Bundesgeschäftsstelle HA Öffentlichkeitsarbeit (1998): „1998-2002 Wahlplattform von CDU und CSU“, CDU-Bundesgeschäftsstelle HA Öffentlichkeitsarbeit, Bonn.

- Checkel, J. (2008): "Process Tracing", in: Klotz/Prakash, Qualitative methods in international research. A pluralist guide, Palgrave Macmillan, New York, S. 114 - 129.
- Cohen, M. D./March, J. D./Olsen, J. P. (1972): "A Garbage Can Model of Organizational Choice", in: Administrative Science Quarterly, 17 (1972) 1, S. 1 - 25.
- Colman, A. M. (2001): "Dictionary of Psychology", Oxford University Press, Oxford.
- Cooper, H. M. (1988): "Organizing Knowledge Syntheses: A Taxonomy of Literature Reviews", in: Knowledge in Society, 1 (1998) 1, S. 104 - 126.
- Cooper, H. M./Hedges, L. V. (1994): "Research Synthesis as a Scientific Enterprise", in: Cooper/Hedges, The Handbook of Research Synthesis, Russell Sage Foundation, New York, S. 3 - 14.
- Czada, R. (2003): "Konzertierung in verhandlungsdemokratischen Politikstrukturen", in: Jochen, Konzertierung, Verhandlungsdemokratie und Reformpolitik im Wohlfahrtsstaat. Das Modell Deutschland im Vergleich, Leske + Budrich, Opladen, S. 35 - 69.
- Czada, R. (2005): "Social Policy: Crisis and Transformation", in: Green/Paterson, Governance in Contemporary Germany. The Semisovereign State Revisited, Cambridge University Press, Cambridge/New York, S. 165 - 189.

## D

- De Swaan, A. (1993): "Der Sorgende Staat.: Wohlfahrt, Gesundheit und Bildung in Europa und den USA der Neuzeit", Campus Verlag GmbH, Frankfurt/New York.
- Decker, O. (2005): "Alles auf eine Karte setzen: Elektronisches Regieren und die Gesundheitskarte", in: Psychotherapeutenjournal, (2005) 4, S. 338 - 347.
- DFG – Deutsche Forschungsgemeinschaft (1995): "Deutsche Forschungsgemeinschaft: Gesundheitssystemforschung in Deutschland", Denkschrift, VCH Verlagsgesellschaft, Weinheim.
- Die Welt (2013): "Gesundheitskarte – 728 Millionen Euro Kosten – und bislang kein Nutzen", vom 27.06.2013, abrufbar unter: <http://www.welt.de/wirtschaft/article117511392/728-Millionen-Euro-Kosten-und-bislang-kein-Nutzen.html> (Stand 17.04.2014).
- Die Zeit online (2001): "Mittel die daneben wirken", abrufbar unter: [http://www.zeit.de/2001/34/200134\\_lipobay.xml](http://www.zeit.de/2001/34/200134_lipobay.xml) (Stand 10.09.2014).
- Dierks, C. (2006): "Gesundheits-Telematik – Rechtliche Antworten", in: Datenschutz und Datensicherheit – DuD, 30 (2006), S. 142 - 147.
- Dietzel, G. T. (2000): „Telemedizin & eHealth: Deutsche und Europäische Perspektiven“, LL.M., Bundesministerium für Gesundheit, Leiter Arbeitsgruppe Telematik, Bonn, abrufbar unter: <http://www.wernerschell.de/web/00/telematik.php> (Stand 10.06.2014).
- Dietzel, G. T. (2001): "Gesundheitstelematik, Telemedizin & eHealth – Deutsche und Europäische Perspektiven", in: Telemedizinführer Deutschland, S. 14 - 19.
- Dingwerth, K./Blauberger, M./Schneider, C. (2011): "Regieren jenseits des Staats", in: Dingwerth/Blauberger/Schneider, Postnationale Demokratie: eine Einführung am Beispiel von EU, WTO und UNO, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 27 - 48.

- Döhler, M. (2002): „Gesundheitspolitik in der Verhandlungsdemokratie“, in: Gellner/Schön, Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik, Nomos, Baden-Baden, S. 25 - 39.
- Dolowitz, D./Marsh, D. (1996): "Who Learns What from Whom: A Review of the Policy Transfer Literature", in: Political Studies, 44 (1996), S. 343 - 357.
- Dolowitz, D./Marsh, D. (2000): "Learning From Abroad: The Role of Policy-Transfer in Contemporary Policy-Making", in: Governance, 13 (2000) 1, S. 5 - 23.
- Downs, A. (1968): "Ökonomische Theorie der Demokratie", Mohr Siebeck, Tübingen.
- Dresing, T./Pehl, T. (2013): "Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende", Eigenverlag, Marburg.
- Drobnik, O. (1985): "Was ist Telematik?", in: it-Information Technology, 27 (1985) 1-6, S. 23 - 27.
- Duplaga M./Zielinski K./Ingram D. (2004): "Transformation of Healthcare with Information Technologies", IOS Press, Amsterdam.

## E

- Eberlein, B./Grande, E. (2003): "Entscheidungsfindung und Konfliktlösung", in: Schubert, Lehrbuch der Politikfeldanalyse. Lehr- und Handbücher der Politikwissenschaft, Oldenbourg Verlag, München, S. 175 - 201.
- Eckstein, H. (1975): "Case Study and Theory in Political Science", Addison-Wesley, Boston.
- Egle, C./Zohlnhöfer, R. (2007): "Ende des rot-grünen Projektes. Eine Bilanz der Regierung Schröder 2002-2005", VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- ELGA (2014): "Frequently Asked Questions", abrufbar unter: <http://www.elga.gv.at/index.php?id=faq> (Stand 18.04.2014).
- ELGA (2014a): "ELGA GmbH", abrufbar unter: <http://www.elga.gv.at/index.php?id=39> (Stand 23.08.2014).
- ELGA/BMG (2014): "Die Elektronische Gesundheitsakte – ELGA", abrufbar unter: <https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/ELGA/elga-elektronische-gesundheitsakte.html> (Stand 21.11.2014).
- Esping-Andersen, G. (1990): „The Three Worlds of Welfare Capitalism“, Princeton University Press, Princeton/New York.
- Esping-Andersen, G. (1996): "After the Golden Age? Welfare State Dilemmas in a Global Economy", in: Esping-Andersen: Welfare States in Transition, Sage, London, S. 1 – 31.
- EU – Europäische Union (2003): „BESCHLUSS Nr. 190 vom 18. Juni 2003 betreffend die technischen Merkmale der europäischen Krankenversicherungskarte“, 2003/752/EG vom 27.10.2003, abrufbar unter: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2003:276:0004:0018:DE:PDF> (Stand 02.02.2014).
- EU – Europäische Union (2014): „Die Europäische Krankenversicherungskarte“, abrufbar unter: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=559&langId=de> (Stand 02.02.2014).



EU – Europäische Union (2014a): „Beantragung einer Karte“, abrufbar unter: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=563&langId=de> (Stand 02.02.2014).

Euro-Informationen Berlin (2014): „Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC)“, abrufbar unter: <http://www.krankenkassen.de/ausland/Europaeische-Krankenversicherungskarte/> (Stand 02.02.2014).

Europäische Kommission (2014): "Koordinierung der Sozialversicherungssysteme in der EU", abrufbar unter: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=849&langId=de> (Stand 10.09.2014).

Europäisches Parlament (2014): "Soziale Sicherheit und grenzüberschreitende Mobilität", abrufbar unter: [http://www.europarl.europa.eu/aboutparliament/de/displayFtu.html?ftuId=FTU\\_5.10.4.html](http://www.europarl.europa.eu/aboutparliament/de/displayFtu.html?ftuId=FTU_5.10.4.html) (Stand 03.03.2014).

## F

Faust, J./Lauth, H. J. (2001): "Politikfeldanalyse", in: Mols/Lauth/Wagner, Politikwissenschaft: Eine Einführung, UTB für Wissenschaft, Paderborn/Schöningh, S. 289 - 314.

FDP (1998): „Wahlprogramm zur Bundestagswahl 1998 der Freien Demokratischen Partei `Es ist Ihre Wahl.`“, Beschlossen auf dem Bundesparteitag in Leipzig vom 26.-28. Juni 1998, Friedrich Naumann Stiftung für die Freiheit, Bonn.

Fettke, P. (2006): "State-of-the-Art des State-of-the-Art – Eine Untersuchung der Forschungsmethode `Review` innerhalb der Wirtschaftsinformatik", in: Wirtschaftsinformatik 48 (2006) 4, S. 257 - 266.

Fischer, M. G./Meyer, S. (2010): "Gesundheit und Wirtschaftswachstum. Recht, Ökonomie und Ethik als Innovationsmotoren für die Medizin", Springer, Berlin/Heidelberg.

Fischer, T./Kießling, A./Novy, L. (2008): "Politische Reformprozesse in der Analyse : Untersuchungssystematik und Fallbeispiele", Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.

Frankfurter Allgemeine Zeitung (2001): " Lipobay Weitere Nachwirkungen für Bayer", vom 23.08.2001, abrufbar unter: <http://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/lipobay-weitere-nachwirkungen-fuer-bayer-127866.html> (Stand 10.09.2014).

Friebertshäuser, B./Langer, A. (2010): "Interviewformen und Interviewpraxis", in: Friebertshäuser/Langer/Prengel, Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft, Beltz Juventa, Weinheim, S. 437 - 456.

Fronaschütz, U. (2004): "Einfluss der EU-Gesundheitspolitik auf die österreichische Reformbestrebungen", in: Meggeneder, Reformbedarf und Reformwirklichkeit des österreichischen Gesundheitswesens. Was sagt die Wissenschaft dazu, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, S. 79 – 86.

## G

Geene, R. (2000): "Ziele für die Gesundheitspolitik", in: Greene/Luber, Gesundheitsziele–Planung in der Gesundheitspolitik, Mabuse-Verlag, Frankfurt, S. 49 - 57.

Gellner, W./Hammer, E. (2010): "Policyforschung", Oldenburg Wissenschaftsverlag, München.

- Gematik (2015): "Telematik – Viel mehr als eine Krankenversichertenkarte", abrufbar unter: [https://www.gematik.de/cms/de/egk\\_2/egk\\_3/egk\\_2.jsp](https://www.gematik.de/cms/de/egk_2/egk_3/egk_2.jsp) (Stand 16.01.2015).
- Gematik (2015a): "Anwendungen der eGK – Verfügbare Anwendungen", abrufbar unter: [https://www.gematik.de/cms/de/egk\\_2/anwendungen/verfuegbare\\_anwendungen/verfuegbare\\_anwendungen\\_1.jsp](https://www.gematik.de/cms/de/egk_2/anwendungen/verfuegbare_anwendungen/verfuegbare_anwendungen_1.jsp) (Stand 16.01.2015).
- Gematik (2015b): "Unternehmendorganisation – Historie", abrufbar unter: [http://www.gematik.de/cms/de/gematik/unternehmensorganisation/historie\\_1/historie\\_1.jsp](http://www.gematik.de/cms/de/gematik/unternehmensorganisation/historie_1/historie_1.jsp) (Stand 16.01.2015).
- Gematik (2015c): "Anwendungen der eGK – In Vorbereitung", abrufbar unter: [https://www.gematik.de/cms/de/egk\\_2/anwendungen/vorbereitung/vorbereitung\\_1.jsp](https://www.gematik.de/cms/de/egk_2/anwendungen/vorbereitung/vorbereitung_1.jsp) (Stand 16.01.2015).
- George, A. L./Bennett, A. (2005): "Case Studies and Theory Development in the Social Sciences", MIT Press, Cambridge/Mass.
- Gerlinger, T. (2002): "Zwischen Korporatismus und Wettbewerb: Gesundheitspolitische Steuerung im Wandel", Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Discussion Paper P 02-204.
- Gerlinger, T. (2002a): "Rot-grüne Gesundheitspolitik: eine Zwischenbilanz", Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Discussion Paper P02-205.
- Gerlinger, T. (2003): "Rot-grüne Gesundheitspolitik 1998 – 2003", in: Aus Politik und Zeitgeschichte, 33-34 (2003), S. 6 - 13.
- Gerlinger, T. (2004): "Entwicklung und Perspektiven der Gesundheitspolitik", in: Pflege & Gesellschaft, 9 (2004) 4, S. 133 - 137.
- Gerlinger, T. (2012): "Die Funktionsweise des Gesundheitsfonds", Bundeszentrale für politische Bildung, abrufbar unter: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72991/funktionsweise-des-gesundheitsfonds> (Stand 30.04.2014).
- Gerlinger, T./Burkhardt, W. (2012): „Bismarcks Erbe: Besonderheiten und prägende Merkmale des deutschen Gesundheitswesens“, Bundeszentrale für politische Bildung, abrufbar unter: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72553/deutsche-besonderheiten?p=all> (Stand: 23.12.2013).
- Gerlinger, T./Burkhardt, W. (2012a): "Woher kommt das Geld für die Gesundheit", Bundeszentrale für politische Bildung, abrufbar unter: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72315/einfuehrung-gkv-finanzierung-heute> (Stand 30.04.2014).
- Gerlinger, T./Burkhardt, W. (2014): "Die wichtigsten Akteure im deutschen Gesundheitswesen. Teil 1: Staat und Politik", abrufbar unter: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72565/staat-und-politik?p=0> (Stand 07.05.2014).
- Gesundheitsportal Österreich (2013): "Unser Gesundheitswesen im Überblick", Bundesministerium für Gesundheit – Gesundheitsportal Österreich, abrufbar unter:

- [https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/DasGesundheitswesenimUeberblicktml\\_LN.html](https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/DasGesundheitswesenimUeberblicktml_LN.html) (Stand 26.11.2014).
- Geva-May, I. (2000): "What Prompts Health Care Policy Change? On Political Power Contests and Reform of Health Care Systems (The Case of Canada and Israel)", in: *Journal of Health Politics Policy and Law*, 25 (2000) 4, S. 717 - 742.
- Gaiimo, S./Manow, P. (1999): "Adapting the Welfare State The Case of Health Care Reform in Britain, Germany, and the United States", in: *Comparative Political Studies*, 32 (1999) 8, S. 967 - 1000.
- Gigerenzer, G./Todd, P. M. (1999): "Simple heuristics that make us smart", University Press, New York/Oxford.
- Gigerenzer, G./Selten, R. (2001): "Bounded Rationality: The Adaptive Toolbox", Report of the 85th Dahlem Workshop, held in march 1999 at Freie Universität Berlin, MIT Press, Cambridge/London.
- Gindulis, E. (2003): "Der Konflikt um die Abtreibung. Die Bestimmungsfaktoren der Gesetzgebung zum Schwangerschaftsabbruch im OECD-Ländervergleich", VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Gläser, J./Laudel, G. (2004): "Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen", VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Gläser, J./Laudel, G. (2010): "Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse", VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Goetz, C./Grode, A. (2013): „Thesenpapier zur Gesundheitstelematik. Ziele, Strategien und Impulse wichtiger Stakeholder für eine funktionelle Gesundheitstelematik in Deutschland", in: gematikTeleTrusT – Bundesverband IT-Sicherheit e.V., abrufbar unter: [http://www.all-about-securty.de/fileadmin/micropages/EPublications/TeleTrusT\\_Thesenpapier\\_Gesundheitstelematik\\_01.pdf#page=21](http://www.all-about-securty.de/fileadmin/micropages/EPublications/TeleTrusT_Thesenpapier_Gesundheitstelematik_01.pdf#page=21) (Stand 01.05.2014).
- Gohr, A./Seeleib-Kaiser, M. (2003): "Sozial- und Wirtschaftspolitik unter Rot-Grün", Westdeutscher Verlag, Wiesbaden.
- Goldstein, D. G./Gigerenzer, G. (2002): "Models of ecological rationality: The recognition heuristic", in: *Psychological Review*, 109 (2002), S. 75 - 90.
- Greve, J./Schnabel, A./Schützeichel, R. (2009): "Das Mikro-Makro-Modell der soziologischen Erklärung", Springer Fachmedien, Wiesbaden.
- Greven, M. (2007): "Politik als Problemlösung und vernachlässigte Problemursache: Anmerkungen zum Verhältnis der policy-Forschung und einem veränderten Reformverständnis in Gesellschaft und Politikwissenschaft", in: *Wolf, Staat und Gesellschaft – fähig zur Reform?* 23. Wissenschaftlicher Kongress der Deutschen Vereinigung für Politische Wissenschaft, Nomos, Baden-Baden, S. 329 - 339.
- Groenewegen, P. P./Gress, S. (2000): "Die Auswirkungen der wettbewerbsorientierten Reformen im niederländischen Gesundheitswesen auf die Beziehungen zwischen Hausärzten, Krankenkassen und Versicherten\*", in: *Das Gesundheitswesen*, 62 (2000) 11, S. 568 - 576.
- Gschwend, T./Schimmelfennig, F. (2007): „Forschungsdesign in der Politikwissenschaft“, Campus, Frankfurt a. M./New York.

**H**

- Haas, P. (2006): "Gesundheitstelematik", Springer, Berlin/Heidelberg.
- Häcker, J./Reichwein, B./Turad, N. (2008): „Telemedizin. Markt, Strategien, Unternehmensbewertung“, Oldenbourg Verlag, München.
- Hager, J./Kern, M. (2014): "Politik-Besetzungen. Was ein Ressort-Chef können muss – und warum es bis dato keine Minister-Hearings gibt", in: Kurier Wien vom 20.08.2014, Ressort Politik.
- Hak, T./Dul, J. (2010): "Pattern matching", in: Mills/Eurepos/Wiebe, Encyclo-pedia of Case Study Research, Sage, Thousand Oaks/London/New Dehli, S. 663 - 665.
- Hall, P. A. (2003): "Aligning Ontology and Methodology in Comparative Research", in: Mahoney/Rueschemeyer, Comparative historical analysis in the social sciences, Cambridge University Press, Cambridge, S. 373 - 404.
- Hall, P. A. (2006): "Systematic process analysis. When and how to use it", in: European Management Review, 3 (2006) 1, S. 24 - 31.
- Hall, P. A. (2007): "Systematic process analysis. When and how to use it", in: European Political Science, S. 1 - 14, (Überarbeitete Version des 2006 veröffentlichten Aufsatzes).
- Handelsblatt (2001): "Vier Todesfälle nach Lipobay-Einnahme in Deutschland", vom 09.08.2001, abrufbar unter: <http://www.handelsblatt.com/archiv/bayer-vier-todesfaelle-nach-lipobay-einnahme-in-deutschland/2088400.html> (Stand 10.09.2014).
- Hart, D./Francke, R. (2002): "Patientenrechte und Bürgerbeteiligung. Bestand und Perspektiven", in: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 45 (2002) 1, S. 13 - 20.
- Hartmann, A. K. (2003): „Patientennah, leistungsstark, finanzbewusst? Die Gesundheitspolitik der rotgrünen Bundesregierung“, in: Egle/Ostheim/Zohlnhöfer, Das rot-grüne Projekt. Eine Bilanz der Regierung Schröder 1998-2002, VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 259 - 281.
- Hartmann, J. (1985): „Verbände in der westlichen Industriegesellschaft. Ein international vergleichendes Handbuch“, Campus Verlag, Frankfurt am Main.
- Hartmann, J. (2013): "Das politische System der BRD im Kontext: eine Einführung", Springer, Heidelberg/Berlin.
- Heinz, A. (2009): "Koordination und Kommunikation im Gesundheitswesen: Kosten, Nutzen und Akzeptanz der elektronischen Gesundheitskarte", Tectum Wissenschaftsverlag, Marburg.
- Heinze, R. G./Schmid, J./Strünck, C. (1999): "Vom Wohlfahrtsstaat zum Wettbewerbsstaat. Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik in den 90er Jahren." Westdeutscher Verlag, Opladen.
- Heitzmann, K. (2006): „Armutgefährdung und Armutsbekämpfung in Österreich: Zwischen Stabilität und Wandel“, in: Sozialarbeit in Österreich, 3 (2006), S. 16 - 18.
- Heitzmann, K./Österle, A. (2008): „Lange Traditionen und neue Herausforderungen: Das österreichische Wohlfahrtssystem“, in: Schubert/Hegelich/Bazant, Europäische Wohlfahrtssysteme. Ein Handbuch, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

- Heizmann, C. (2005): "Die Chipkarte im Gesundheitswesen – Internationale Fallbeispiele", in: Jäckel, Telemedizinführer Deutschland, Ober-Mörlen, S. 27 - 32.
- Helfferrich, C. (2011): "Die Qualität qualitativer Daten – Manual für die Durchführung qualitativer Interviews", VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Herber, C. (2007): "Beurteilungsansatz der Umsetzung der Gesundheitsreform 2005", Einrichtung der Bundesgesundheitsagentur bzw. der neun Landesgesundheitsfonds, Gesundheitswissenschaften, Dokumente 14.
- Hértier, Adrienne (1993): "Policy-Analyse- Kritik und Neuorientierung", in: Politische Vierteljahresschrift, Sonderheft 24 (1993), Westdeutscher Verlag, Opladen.
- Hibbs, D. A. (1977): "Political Parties and Macroeconomic Policy", in: American Political Science Review, 71 (1977), S. 1467 - 1487.
- Hirsch, J. (1990): "Kapitalismus ohne Alternative? Materialistische Gesellschaftstheorie und Möglichkeiten einer sozialistischen Politik heute", VSA, Hamburg.
- Hoffmann-Riem, C. (1980): "Die Sozialforschung einer interpretativen Soziologie. Der Datengewinn", in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 32 (1980) 1, S. 339 - 372.
- Hofmarcher, M. (2013): "Das österreichische Gesundheitssystem. Akteure, Daten, Analysen", Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.
- Hofmarcher, M./Rack, H. (2006): "Gesundheitssysteme im Wandel: Österreich", WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, Kopenhagen.
- Holzinger, K./Jörgens, H./Knill, C. (2007a): „Transfer, Diffusion und Konvergenz von Politiken“, PVS-Sonderheft 38 (2007), Wiesbaden.
- Holzinger, K./Knill, C. (2007): „Ursachen und Bedingungen internationaler Politikkonvergenz“, in: Holzinger/Jörgens/Knill, Transfer, Diffusion und Konvergenz von Politiken, PVS-Sonderheft 38 (2007), Wiesbaden, S. 85 - 106.
- Hoppe, J-D. (2002): "Vom Symptom zur Diagnose. Wohin geht die Reise im deutschen Gesundheitswesen?", in: Deutsches Ärzteblatt, 99 (2002) 48.
- Howlett, M./Ramesh, M. (1995): "Studying Public Policy. Policy Cycles and Policy Subsystems", Oxford University Press, Oxford.
- Hurrelmann, K./Laaser, U. (1998): „Handbuch Gesundheitswissenschaften“, Juventa, Weinheim/München.

## I

- IKK (2014): "Elektronische Gesundheitskarte", abrufbar unter: <https://www.ikk-classic.de/leistungen-service/leistungen-von-a-z/elektronische-gesundheitskarte.html> (Stand 12.09.2014).
- Initiative ELGA (2014): "Wie viel kostet uns ELGA?", vom 29. Mai 2014, abrufbar unter: <http://initiative-elga.com/2014/05/29/wie-viel-kostet-uns-elga/> (Stand 02.01.2015).

**J**

- Jahn, D. (2013): "Einführung in die vergleichende Politikwissenschaft", Springer, Berlin/Heidelberg.
- Jähn, K./Nagel, E. (2004): "e-Health", Springer, Berlin/Heidelberg.
- Jakobi, T. (2007): "Akteurzentrierter Institutionalismus und Arenen-Konzept in der Mitbestimmungsforschung", Frankfurter Arbeitspapiere, 47 (2007), abrufbar unter: [http://www.sankt-georgen.de/nbi/fileadmin/redakteure/Dokumente/FAGsFs-/FAGsF\\_47\\_Institutionalismus.PDF](http://www.sankt-georgen.de/nbi/fileadmin/redakteure/Dokumente/FAGsFs-/FAGsF_47_Institutionalismus.PDF), (Stand 20.02.2014).
- Janning, F./Toens, K. (2008): "Einleitung", in: Janning/Toens, Die Zukunft der Policy-Forschung. Theorien, Methoden, Anwendungen, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 7 - 20.
- Jochem, S. (2001): "Reformpolitik im deutschen Sozialversicherungsstaat", in: Schmidt, Wohlfahrtsstaatliche Politik: Institutionen, Prozeß, Performance, Leske + Budrich, Opladen, S. 193 - 226.
- Jones, B. D./Baumgartner, F. R. (2005): "The politics of attention. How government prioritizes problems", Univ. of Chicago Press, Chicago.
- Jones, B. D./Baumgartner, F. R./Breunig, C./Wlezien, C./Soroka, S./Foucault, M./Walgrave, S. (2009): "A General Empirical Law of Public Budgets: A Comparative Analysis", in: American Journal of Political Science, 53 (2009) 4, S. 855 - 873.
- Jones, B./Sulkin, T./Larsen, H. (2003): "Policy Punctuations in American Political Institutions", in: American Political Science Review, 97 (2003) 1, S. 151 - 169.

**K**

- Karlhofer, F./Tálos, E. (2000): "Sozialpartnerschaft unter Druck. Trends und Szenarien", in: Pelinka/Plasser/Meixner, Die Zukunft der österreichischen Demokratie. Trends, Prognosen und Szenarien, Schriftenreihe des Zentrums für Angewandte Politikforschung, Band 22, Signum-Verlag, Wien, S. 381 - 402.
- Kärntner Gebietskrankenkasse (2014): "Geschichtlicher Rückblick", abrufbar unter: <http://www.kgkk.at/portal27/portal/kgkkportal/content/contentWindow?contentid=10007.698706&action=2> (Stand 30.04.2014).
- Katzenstein, P. (1987): "Policy and Politics in West Germany. The Growth of the Semisovereign State", Temple University Press, Philadelphia.
- Kaufmann, F. X. (1997): "Herausforderungen für Sozialstaaten", Suhrkamp, Frankfurt a. M.
- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2011): "Informationen für die Praxis. Elektronische Gesundheitskarte", abrufbar unter: [http://www.kvberlin.de/20praxis/70themen/egk/praxisinfo\\_egk\\_ausgabe.pdf](http://www.kvberlin.de/20praxis/70themen/egk/praxisinfo_egk_ausgabe.pdf) (Stand 18.04.2014).
- Keohane, R. (1984): "After Hegemony. Cooperation and Discord in the World Political Economy", Princeton University Press, Princeton.

- Keohane, R. (1989): "Neoliberal institutionalism: A perspective on world politics", in: Keohane, International Institutions and State Power: Essays in International Relations Theory, S. 1 - 20.
- Kern, M./Leitner, K. (2014): "Skurrile Rochade-Regie der Roten", in: Kurier Wien vom 19.08.2014, Resort Politik.
- Kidder, T./Judd, C. M. (1986): "Research methods in social science", Better World Books Ltd, Austin.
- Kingdon, J. W. (1984): "Agendas, Alternatives, and Public Policies", Little & Brown, Boston/Toronto.
- Kingdon, J. W. (1995): "Agendas, Alternatives, and Public Policy", Harper-Collins, New York.
- Kingdon, J. W. (2003): "Agendas, Alternatives, and Public Policies. Second Edition", Longmann, New York.
- Kirchheimer, O. (1965): "Der Wandel des westeuropäischen Parteiensystems", in: Politische Vierteljahresschrift, 6 (1965), S. 20 - 41.
- Kittel, B. (2003): "Perspektiven und Potenziale der vergleichenden Politischen Ökonomie", in: Obinger/Wagschal/Kittel, Politische Ökonomie. Demokratie und wirtschaftliche Leistungsfähigkeit, Leske + Budrich, Opladen, S. 385 - 414.
- Kittel, B. (2005): "Pooled Analysis in der ländervergleichenden Forschung: Probleme und Potenziale", in: Kropp/Minkenber, Vergleichen in der Politikwissenschaft, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 96 - 115.
- Kittel, B./Obinger, H. (2003): "Political Parties, Institutions, and the Dynamics of Social Expenditure in Times of Austerity", in: Journal of European Public Policy, 10 (2003), S. 20 - 45.
- Kleinschmidt, A. (2006): "Alle profitieren von der Gesundheitskarte in der Lombardei", in: Hempel/Jäckel/Reum, Telemedizinführer Deutschland, 2. Sonderausgabe 2006, S. 111 - 114.
- Köck, C. M/Patera, N. R. (2002): "Vorschläge für eine Reform des österreichischen Gesundheitssystems", Koeck/Ebner & Partner, im Auftrag der Österreichischen Industriellenvereinigung.
- Kohl, J. (1999): "Wohlfahrtsstaatliche Regimetypen im Vergleich", in: Glatzer/Ostner, Deutschland im Wandel", VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 321 - 336.
- Kohler-Koch, B. (1992): "Interessen und Integration. Die Rolle organisierter Interessen im westeuropäischen Integrationsprozeß", VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Kohli, M. (1978): „Offenes und geschlossenes Interview: Neue Argumente zu einer alten Kontroverse", in: Soziale Welt, 29 (1978) 1, S. 1 - 25.
- Korpi, W. (1983): "The Democratic Class Struggle", Routledge & Kegan Paul, London.
- Koschnik, W. (1993): "Standardwörterbuch für die Sozialwissenschaften", Bd. 2, München/London/New York/Paris.
- Kromrey, H. (2009): "Empirische Sozialforschung: Modelle und Methoden der standardisierten Datenerhebung und Datenauswertung", Lucius & Lucius, Stuttgart.

- Krüger, H.-H. (2000): "Stichwort: Qualitative Forschung in der Erziehungswissenschaft", in: Zeitschrift für Erziehungswissenschaft, 3 (2000) 3, S. 323 - 342.
- Krüger, H.-H./Wensierski, H.-J. v. (1995): "Biographieforschung", in: König/Zedler, Bilanz der qualitativen Forschung, Band II, Deutscher Studienverlag, Weinheim, S. 183 - 224.
- Kuckartz, U./Dresing, T. /Rädiker, S./Stefer, C. (2008): "Qualitative Evaluation. Der Einstieg in die Praxis", VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Kurier AT (2014): " Die Werbeschlacht um ELGA. Mit Spots und Inseraten wollen ELGA-Betreiber Patienten und Ärzte überzeugen", vom 04.06.2014, abrufbar unter: <http://kurier.at/chronik/oesterreich/die-werbeschlacht-um-elga/68.716.406> (Stand 02.01.2014).

## L

- Lamping, W. (2002): "Aktivierung des Institutionensystems – Qualitätssicherung als Versuch intelligenter Institutionenpolitik", in: Gellner, Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik?, Nomos, Baden-Baden, S. 41 - 64.
- Lang, A./Leifeld, P. (2008): "Die Netzwerkanalyse in der Policy-Forschung: Eine theoretische und methodische Bestandsaufnahme", in: Janning/Toens, Die Zukunft der Policy-Forschung, Theorien, Methoden, Anwendungen, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 223 - 241.
- Lang, A./Mertes, A. (2010): "Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte in Deutschland: der Einfluss von Interessenpositionen und Sektorzugehörigkeit auf die Entstehung des Implementationsnetzwerks", in: Das Gesundheitswesen, 72 (2010) 2, S. 1 - 9.
- Langer, A. (2010): "Transkribieren – Grundlagen und Regeln", in: Friebertshäuser/Langer/Prengel, Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft, Beltz Juventa, Weinheim, S. 515 - 526.
- Latzer, M. (1997): "Entwicklungsschritte im elektronischen Kommunikationssektor", in: Latzer, Mediamatik – Die Konvergenz von Telekommunikation, Computer und Rundfunk, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 49 - 84.
- Lehmbruch, G. (1988): „Der Neokorporatismus der Bundesrepublik im internationalen Vergleich und die 'Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen'“, in: Gäfgen, Neokorporatismus und Gesundheitswesen, Nomos, Baden-Baden, S. 11 - 32.
- Leiber, S. (2012): "Gesundheitsreformen und grenzüberschreitender Ideentransfer in Deutschland, den Niederlanden, Österreich und Frankreich", GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften, Leibniz.
- Leibfried, S. (1990): "Sozialstaat Europa?", in: Nachrichtendienst des deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, 70 (1990), S. 295 – 305.
- Leibfried, S./Pierson, P (1995): "Halbsouveräne Wohlfahrtsstaaten: Der Sozialstaat in der Europäischen Mehrebenen-Politik", in: Leibfried/Pierson, Standort Europa. Sozialpolitik zwischen Nationalstaat und Europäischer Integration, Suhrkamp, Frankfurt a. M., S. 58 - 99.
- Leisering, L. (2000): "Kontinuitätssemantiken. Die evolutionäre Transformation des Sozialstaates im Nachkriegsdeutschland", in: Leibfried/Wagschal, Der deutsche Sozialstaat.



- Bilanzen – Reformen – Perspektiven, Schriftenreihe des Zentrums für Sozialpolitik, Bd. 10, Campus, Frankfurt/New York, S. 91 - 114.
- Levi, M. (2002): "Modeling Complex Historical Processes with Analytic Narrative", in: Mayntz, Akteure - Mechanismen - Modelle. Zur Theoriefähigkeit makro-sozialer Analysen, Campus, Frankfurt am Main/New York, S. 108 - 127.
- Liebold, R./Trinczek, R. (2009): "Experteninterview", in: Kühl/Strodtholz/Taffertshofer, Handbuch Methoden der Organisationsforschung: Quantitative und Qualitative Methoden, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 32 - 56.
- Lijphart, A. (1971): "Comparative Politics and the Comparative Method", in: The American Political Science Review, 65 (1971) 3, S. 682 - 693.
- Lijphart, A. (1975): "The Comparable-Cases Strategy in Comparative Research", in: Comparative Political Studies, 8 (1975) 2, S. 158 - 177.
- Lißner, L./Wöss, J. (1999): "Umbau statt Abbau: Sozialstaaten im Vergleich, Deutschland-Österreich-Schweden", Bund-Verlag, Frankfurt am Main.
- Lowi, T. J. (1964): "American Business, Public Policy, Case Studies, and Political Theory", in: World Politics 16 (1964) 4, S. 677 - 715.
- Lowi, T. J. (1972): "Four Systems of Policy, Politics and Choice", in: Public Administration Review, 33 (1972), S. 298 - 310.

## M

- Mahoney, J. (2000): "Path dependence in historical sociology", in: Theory and Society, 29 (2000), S. 507 - 548.
- Mahoney, J. (2010): "After KKV: The New Methodology of Qualitative Research", in: World Politics 62 (2000) 1, S. 120 - 147.
- Majone, G. (1996): "Regulating Europe", Routledge, London/New York.
- Manow P./Seils E. (2000): "Adjusting Badly: The German Welfare State, Structural Change, and the Open Economy", in: Scharpf/Schmidt, Welfare and work in the open economy, University Press, Oxford, S. 264 - 307.
- Manow, P./Ganghof, S. (2005): "Mechanismen deutscher Politik", in: Manow, Mechanismen der Politik. Strategische Interaktion im deutschen Regierungssystem, Campus, Frankfurt am Main/New York, S. 9 - 33.
- Maus, J. (1998): „Koalitionsvereinbarung: Zwischen den Zeilen lesen“, in: Deutsches Ärzteblatt, 95 (1998) 44, S.19.
- Mayer, H. O. (2008): "Interview und schriftliche Befragung: Entwicklung, Durchführung, Auswertung", Oldenbourg Verlag, München.
- Mayntz, R. (2009): "Über Governance. Institutionen und Prozesse politischer Regulierung", Campus, Frankfurt.
- Mayntz, R. (2002): "Akteure - Mechanismen - Modelle. Zur Theoriefähigkeit makro-sozialer Analysen", Campus, Frankfurt/New York.

- Mayntz, R./Rosewitz, B. (1988): „Ausdifferenzierung und Strukturwandel des deutschen Gesundheitssystems“, in: Mayntz/Rosewitz/Schimank, Differenzierung und Verselbständigung. Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme, Campus, Frankfurt am Main.
- Mayntz, R./Scharpf, F. W. (1995): "Der Ansatz des akteurzentrierten Institutionalismus", in: Mayntz/Scharpf, Gesellschaftliche Selbstregulierung und politische Steuerung, Frankfurt/New York, S. 39 - 72.
- Mayring, P. (2008): "Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken", Beltz Verlag, Weinheim/Basel.
- Mayring, P. (2010): "Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken", Beltz Verlag, Weinheim/Basel.
- Mayring, P./Gläser-Zikuda, M. (2008): "Die Praxis der Qualitativen Inhaltsanalyse", Beltz, Weinheim.
- Merkel, W./Egle, C./Henkes, C./Ostheim, T./Petring, A. (2006): "Die Reformfähigkeit der Sozialdemokratie. Herausforderungen und Bilanz der Regierungspolitik in Westeuropa", VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Meuser, M./Nagel, U.(2010): "Experteninterviews – wissenssoziologische Voraussetzungen und methodische Durchführung", in: Friebertshäuser/Langer/Prengel, Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft, Beltz Juventa, Weinheim, S. 457 - 473.
- Meyer, H./Schubert, K. (2007): "Vom nationalen Wohlfahrtsstaat zum europäischen Sozialmodell?", in: Bandelow/Bleek, Einzelinteressen und kollektives Handeln in modernen Demokratien, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 29 - 42.
- Ministère de la Santé et des Solidarités (2014): "La Carte Vitale 2", abrufbar unter: [www.ameli.fr/pdf/2749.pdf](http://www.ameli.fr/pdf/2749.pdf) S. 2 (Stand 04.05. 2014).
- Moravcsik, A./Katzenstein, P. J. (1998): "The choice for Europe: social purpose and state power from Messina to Maastricht", Cornell University Press, Ithaca/New York.
- Mosebach, K. (2006): "Patienten auf dem Weg zur Macht? Ergebnisse rot-grüner Gesundheitspolitik", Institut für Medizinische Soziologie der Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main.
- Mosler, R. (2004): "Wie viel Reform braucht die Krankenversicherung?", in: Meggeneder, Reformbedarf und Reformwirklichkeit des österreichischen Gesundheitswesens. Was sagt die Wissenschaft dazu?, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, S. 129 - 148.
- Müller, J. H. (2005): "Gesundheitstelematik und Datenschutz", in: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 48 (2005) 6, S. 629 - 634.
- Murawieck, A. (1990): „Politische Steuerung des Gesundheitswesens“, in: von Beyme/Schmidt, Politik in der Bundesrepublik Deutschland, Leske + Budrich, Opladen, S. 150 - 176.
- Myers, M. D (2009): "Qualitative Research in Business and Management", Sage, London.
- Myers, M. D./Newman, M (2007): "The Qualitative Interview in IS Research: Examining the Craft", in: Information and Organization, 17 (2007), 1, S. 2 - 26.

**N**

- Nagel, A. (2009): „Politische Entrepreneure als Reformmotor im Gesundheitswesen?: Eine Fallstudie zur Einführung eines neuen Steuerungsinstruments im Politikfeld Psychotherapie“, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Naschold, F. (1967): „Kassenärzte und Krankenversicherungsreform. Zu einer Theorie der Statuspolitik“, Rombach, Freiburg.
- Nejad Asl, R. F. (2006): "Die elektronische Patientenkarte in ausgewählten Ländern der Europäischen Union. Frankreich, Deutschland, Slowenien, Österreich und Italien – Eine vergleichende Bestandsanalyse", Grin, Norderstedt.
- Nohlen, D. (1994): „Vergleichende Methode“, in: Kriz/Nohlen/Schulze, Politikwissenschaftliche Methoden, Lexikon der Politik, Bd. 2, Beck, München, S. 507 - 517.
- Nohlen, D./Grotz F. (2007): „Kleines Lexikon der Politik“, Beck, München.
- Nohlen, D./Schultze, R. O. (2002): "Lexikon der Politikwissenschaft. Theorien, Methoden, Begriffe." Bd. 1.: CH Beck, München.
- Noweski, M. (2004): „Der unvollendete Korporatismus: staatliche Steuerungsfähigkeit im ambulanten Sektor des deutschen Gesundheitswesens“, No. SP I 2004-304. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health, Schwerpunkt Arbeit, Sozialstruktur und Sozialstaat, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Berlin.
- Noweski, M. /Engelmann, F. (2006): "Was ist Gesundheitspolitik? Entwicklungsstand und Entwicklungspotenziale des politikwissenschaftlichen Beitrages zur Gesundheitssystemforschung", Wissenschaftszentrum Berlin (WZB).
- Nowotny, E. (1999): "Der öffentliche Sektor", Springer, Berlin/Heidelberg.
- ntv (2001): "Nach dem Lipobay-Skandal – Schmidt für Medikamentenpass", abrufbar unter: <http://www.n-tv.de/politik/Schmidt-fuer-Medikamentenpass-article137559.html> (Stand 11.09.2014).

**O**

- Oberender, P./Fleischmann, J. (2002): "Gesundheitspolitik in der sozialen Marktwirtschaft", Lucius & Lucius, Stuttgart.
- Obinger, H. (2001): "Vetospieler und Staatstätigkeit in Österreich. Sozial- und wirtschaftspolitische Reformchancen für die neue Mitte-Rechts-Regierung", in: Zeitschrift für Parlamentsfragen, 32 (2001), S. 360 - 386.
- Obinger, H. (2002): "Föderalismus und wohlfahrtstaatliche Entwicklung", in: Tálos, Soziale Sicherung im Wandel, Böhlau, Wien.
- Obinger, H. (2008): "Sozialpolitische Bilanz der Großen Koalition in Österreich", Dreiländertagung von DVPW, SVPW, ÖGPW 2008 in Osnabrück, Germany, abrufbar unter: <http://www.dvpw.de/fileadmin/docs/2008WS8Obinger.pdf> (Stand 22.04.2014).
- Obinger, H./Leibfried, S./Castles, F. G. (2005): "Federalism and the Welfare State. New World and European Experiences", Cambridge University Press, Cambridge.

- Obinger, H./Tálos, E. (2006): "Bilanz: Neu regieren mit neuen Inhalten?.", in: Obinger/Tálos, Sozialstaat Österreich zwischen Kontinuität und Umbau: Eine Bilanz der ÖVP/FPÖ/BZÖ-Koalition, S. 201 - 226.
- Odom-Forren, J./Ellen J. H. (2006): "Mandatory reporting of health care-associated infections: Kingdon's multiple streams approach", in: Policy, Politics, & Nursing Practice, 7 (2006) 1, S. 64 - 72.
- OECD (2004): „Das OECD-Gesundheitsprojekt. Auf dem Weg zu leistungsstarken Gesundheitssystemen. Kurzbericht“, OECD, Paris
- Ostheim, T./Schmidt, M. G. (2007): "Die Lehre vom Politik-Erbe", in: Schmidt/Ostheim/Siegel/Zohlnhöfer, Der Wohlfahrtsstaat. Eine Einführung in den historischen und internationalen Vergleich, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 85 - 95.
- Otter, H. (2001): "Die österreichische Bürgerkarte mit Sozialversicherungs- und elektronischer Signaturfunktion", Vortrag des Projektteams „SV-Chipkarte“ auf dem 11. GMD-SC Workshop vom 6. Bis 7. Februar 2001, Wien, abrufbar unter: <http://www.swe.uni-linz.ac.at/teaching/lva/ss04/projektstudium/prost246.556/Literatur-Linz/Otter%202001.pdf> (Stand 18.04.2014).

## P

- Paland, N./Riepe, C. (2005): "Politische Aspekte und Ziele der Gesundheitstelematik", in: Bundesgesundheitsblatt, 48 (2005), S. :623 - 628.
- Patton, M. Q. (1990): "Qualitative evaluation and research methods", Newbury Park, USA.
- Pawson, R. (2002): "Evidence-based Policy: The Promise of `Realist Synthesis`", in: Evaluation, 8 (1990) 3, S. 340 - 358.
- Peschke-Hartmann, C. (1994): "Die doppelte Reform: Gesundheitspolitik von Blüm zu Seehofer", Leske + Budrich, Opladen.
- Petersberg, I. (2005): "Das Scheitern der gesundheitspolitischen Steuerungsversuche der ersten rot-grünen Bundesregierung im Arzneimittelwesen", Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Georg-August-Universität Göttingen.
- Pierson, P. (2000): "Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics", in: American Political Science Review, 94 (2000), S. 251 - 268.
- Pierson, P. (2004): "Politics in Time", Princeton University Press, Princeton.
- PPG (2014): „Die Peering Point Betriebsgesellschaft (PPG)“, abrufbar unter: <http://www.peeringpoint.at/ueber-uns/unternehmen/> (Stand 21.08.2014).
- Pressel, H. (2011): "Die Entstehung und Einführung des Gesundheitsfonds: eine kausale Rekonstruktion der Neuordnung der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung", Universität Konstanz.
- Probst, J. (2004): "Reformstau im Gesundheitswesen", in: Meggeneder, Reformbedarf und Reformwirklichkeit des österreichischen Gesundheitswesens: was sagt die Wissenschaft dazu?, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, S. 107 - 128.

Przeworski, A./Teune, H. (1970): "The logic of comparative social inquiry", JohnWiley, New York.

Przyborski, A./Wohlrab-Sahr, M. (2008): "Qualitative Sozialforschung", Oldenbourg Verlag, München.

## R

Randolph, J. J. (2009): "A Guide to Writing the Dissertation Literature Review", in: Practical Assessment, Research & Evaluation, 14 (2009) 13, S. 1 - 13.

Rauskolb, C. (1976): „Lobby in Weiß. Struktur und Politik der Ärzteverbände“, Europ. Verlagsanstalt, Frankfurt am Main.

Rebscher, H./Kaufmann, S. (2009): „Gesundheitssysteme im Wandel“, Verlagsgruppe Hühig Jehle Rehm, Heidelberg.

Redford, E. S. (1969): "Democracy in the administrative state", Oxford University Press, USA.

Regione Lombardia (2014): "Alla Carta Nazionale Dei Servizi", abrufbar unter: <http://www.crs.regione.lombardia.it/ds/Satellite?c=Page&childpagename=CRS%2FCRSHomeLayout&cid=1213346611964&pagename=CRSWrapper> (Stand 03.09.2014).

Reilly, R. C. (2010): "Process Tracing", in: Mills/Eurepos/Wiebe, Encyclopedia of Case Study Research, Sage, London/New Dehli, S. 733 - 736.

Rienhoff O./Laske C./Eecke, P. v. (2000): "A legal framework for security in European health care telematics", 74 (2000), IOS Press, Amsterdam.

Rienhoff, O./Verhey, J. (2005): "Europäische Perspektive der Gesundheitstelematik", in: Bundesgesundheitsblatt, 28 (2005) 48, S. 663 - 668.

Riesberg, A./Weinbrenner, S./Buse, R. (2003): "Gesundheitspolitik im europäischen Vergleich", in: Aus Politik und Zeitgeschichte, 33 (2003) 34, S. 29 - 38.

Rittberger, V./Zangl, B. (2003): "Internationale Organisationen-Politik und Geschichte. Europäische und weltweite internationale Zusammenschlüsse", Leske + Budrich, Opladen.

Rittberger, V./Zangl, B./Kruck, A. (2013): "Internationale Organisationen", Springer, Heidelberg/Berlin.

Roland Berger & Partner GmbH (1997): „Telematik im Gesundheitswesen – Perspektiven der Telemedizin in Deutschland“, Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie in Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Gesundheit, München.

Rose, R. (1982): "Do Parties Make A Difference?", Chatman House Publishers, Chatham.

Rose, R. (1991): "What is Lesson-Drawing?", in: Journal of Public Policy, 11 (1991), S. 3 - 30.

Rose, R. (1993): "Lesson Drawing in Public Policy. A Guide to Learning across Time and Space", Chatham House Publishers, Chatham.

Rosenbrock, R./Gerlinger, T. (2004): "Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung", Hans Huber Verlag, Bern.

Rosenbrock, R./Schaeffer, D./Moers, M./Dubois-Arber, F./Pinell, P./Setbon, M. (2002): "Die Normalisierung von Aids in Westeuropa – Der Politikzyklus am Beispiel einer Infektions-

krankheit", in: Rosenbrock/Schaeffer, Die Normalisierung von Aids, WiSo-Publikationen, Osnabrück, S. 11 - 68.

Rosewitz, B./Webber, D. (1990): „Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen“, Campus, Frankfurt a. M./New York.

Rüb, F. W. (2006): "Die Zeit der Entscheidung: Kontingenz, Ambiguität und die Politisierung der Politik – Ein Versuch", in: Hamburg review of social sciences, 1 (2006) 1, S. 1 - 34.

Rüb, F. W. (2009): „Multiple-Streams-Ansatz: Grundlagen, Probleme und Kritik“, in: Bandelow/Schubert, Lehrbuch der Politikfeldanalyse 2.0, Oldenbourg, München, S. 348 - 376.

Rudda, J. (2002): "Moderne und zukunftsorientierte Alterssicherung in Österreich", in: Soziale Sicherheit, 3 (2002), S. 116 - 126.

Rudorfer, S./Dannhauser, C. (2011): "Handbuch Gesundheitspolitik Österreich", LIT Verlag, Münster.

## S

Sabatier, P. A. (2007): "Theories of the policy process", Westview Press, Boulder.

Sabatier, P. A./Jenkins-Smith, H. C. (1993): „Policy Change and Learning. An Advocacy Coalition Approach“, Boulder, Co.

Safran, W. (1967): "Veto-Group Politics. The Case of Health Insurance Reform in West Germany", Chandler Pub. Co., San Francisco.

Sambale, M. (2005): "Empowerment statt Krankenversorgung: Stärkung der Prävention und des Case Management im Strukturwandel des Gesundheitswesens", Schlütersche, Hannover.

Saretzki, T. (2006): "Policy-Analyse und Politikwissenschaft", in: Buchstein/Schmalz-Bruns, Politik der Integration. Symbole, Repräsentation, Institution, Nomos, Baden-Baden, S. 229 - 246.

Saretzki, T. (2007): "The Policy Turn in German Political Science", in: Public Administration and public policy – New York, 125 (2007), S. 587 - 602.

Schächinger, U./Stieglitz, S. P./Kretschmer, R./Nerlich, M. (1999): "Telemedizin und Telematik in der Notfallmedizin", in: Notfall & Rettungsmedizin, 2 (1999) 8, S. 468 - 477.

Scharpf, F. W. (1987): "Sozialdemokratische Krisenpolitik in Europa", Campus, Frankfurt am Main/New York.

Scharpf, F. W. (1993): "Positive und negative Koordination in Verhandlungssystemen", in: Hértier, Policy Analyse. Kritik und Neuorientierung, Politische Vierteljahresschrift, Sonderheft 24, Westdeutscher Verlag, Opladen, S. 57 - 83.

Scharpf, F. W. (1996): "Negative and Positive Integration in the Political Economy of European Welfare States", in: Marks/Scharpf/Schmitter/Streeck, Governance in the European Union, Sage, London, S. 15 - 39.

Scharpf, F. W. (1997): "Games real Actors Play. Actor-Centered Institutionalism", in: Policy Research, 55 (1997), Westview Press, Boulder.

- Scharpf, F. W. (1998): "Balancing Positive and Negative Integration. The Regulatory Options for Europe", in: Dettke, The Challenge of Globalization for Germany's Social Democracy. A Policy Agenda for the Twenty-first Century, Berghahn Books, Oxford/ New York, S. 29 - 57.
- Scharpf, F. W. (2000): „Interaktionsformen. Akteurzentrierter Institutionalismus in der Politikforschung“, Leske + Budrich, Opladen.
- Schattschneider, E. E. (1957): "Intensity, Visibility, Direction and Scope", in: The American Political Science Review, 51 (1957) 4, S. 933 - 942.
- Schimmelfennig, F. (2006): "Prozessanalyse", in: Behnke et al., Methoden der Politikwissenschaft. Neuere qualitative und quantitative Analyseverfahren, Nomos, Baden-Baden, S. 263 - 272.
- Schlager, E. (2007): "A Comparison of Frameworks, Theories, and Models of Policy Processes", in: Sabatier, Theories of the Policy Process, Westview Press, Boulder/Colorado, S. 293 - 319.
- Schmid, J. (1996): "Wohlfahrts-Staaten im Vergleich", Leske + Budrich, Opladen.
- Schmid, J./Niketta, R. (1998): "Wohlfahrtsstaat: Krise und Reform im Vergleich", Metropolis, Marburg.
- Schmidt, M. G. (1982): „Wohlfahrtsstaatliche Politik unter bürgerlichen und sozialdemokratischen Regierungen. Ein internationaler Vergleich“, Campus, Frankfurt am Main/New York.
- Schmidt, M. G. (1996): „When parties matter: A review of the possibilities and limits of partisan influence on publik policy“, in: European Journal of Political Research, 30 (1996), S. 155 - 183.
- Schmidt, M. G. (1998): "Sozialpolitik in Deutschland. Historische Entwicklung und internationaler Vergleich", Leske + Budrich, Opladen.
- Schmidt, M. G. (1999): "Warum die Gesundheitsausgaben wachsen. Befunde des Vergleichs demokratisch verfasster Länder", in: Politische Vierteljahresschrift, 40 (1999), S. 229 - 245.
- Schmidt, M. G. (2000): "Reformen der Sozialpolitik in Deutschland", in: Leibfried/Wagschal, Der deutsche Sozialstaat. Bilanzen – Reformen – Perspektiven, Schriftenreihe des Zentrums für Sozialpolitik, Bd. 10, Campus, Frankfurt/New York, S. 153 - 170.
- Schmidt, M. G. (2000a): "Vergleichende Demokratieforschung: empirisch-analytische Demokratietheorien", in: Schmidt, Demokratietheorien, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 307 - 487.
- Schmidt, M. G. (2001): „Einleitung“, in: Schmidt, Wohlfahrtsstaatliche Politik. Institutionen, politischer Prozess und Leistungsprofil, Leske + Budrich, Opladen, S. 7 - 29.
- Schmidt, M. G. (2002): "Parteien und Staatstätigkeit", in: Gabriel/Niedermayer/Stöss, Parteidemokratie in Deutschland, Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn, S. 528 - 550.
- Schmidt, M. G. (2005): "Sozialpolitik in Deutschland. Historische Entwicklung und internationaler Vergleich", VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

- Schmidt, M. G., (1993): "Theorien in der international vergleichenden Staatstätigkeitsforschung", in: Hértier, Policy-Analyse. Kritik und Neuorientierung, Leske + Budrich, Opladen, S. 371 - 393.
- Schmidt, M. G./Ostheim, T. (2007): "Einführung", in: Schmidt/Ostheim/Siegel/Zohlnhöfer, Der Wohlfahrtsstaat. Eine Einführung in den historischen und internationalen Vergleich, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 21 - 28.
- Schmidt, M. G./Ostheim, T. (2007a): "Die Sozioökonomische Schule", in: Schmidt/Ostheim/Siegel/Zohlnhöfer, Der Wohlfahrtsstaat. Eine Einführung in den historischen und internationalen Vergleich, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 29 - 39.
- Schmidt, M. G./Ostheim, T./Siegel, N. A./Zohlnhöfer, R. (2007): "Wohlfahrtsstaatliche Politik im Vergleich. Eine Einführung", VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Schmidt, M. G./Ostheim, T./Siegel, N. A./Zohlnhöfer, R. (2007b): "Der Wohlfahrtsstaat. Eine Einführung in den historischen und internationalen Vergleich", VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Schmidt, S. K. (2001a): "Die Einflussmöglichkeiten der Europäischen Kommission auf die europäische Politik", in: Politische Vierteljahresschrift, 42(2001) 2, S. 173 - 192.
- Schmidt, U. (2009): "Geleitwort der Bundesministerin für Gesundheit", in: Telemedizinführer Deutschland, 10 (2009) 1, abrufbar unter: [http://www.telemedizinfuhrer.de/index.php?option=com\\_content&task=view&id=467&Itemid=83](http://www.telemedizinfuhrer.de/index.php?option=com_content&task=view&id=467&Itemid=83) (Stand 07.08.2014).
- Schnapp, K./Schindler, D./Gschwend, T./Behnke, J. (2006): "Das Methoden-`Schisma` in der empirischen Sozialwissenschaft", in: Behnke/Gschwend/Schindler/Schnapp, Methoden der Politikwissenschaft. Neuere qualitative und quantitative Analyseverfahren. Forschungsstand Politikwissenschaft, Nomos, Baden-Baden, S. 11 - 26.
- Schneider, V. (2003): "Komplexität und Policy-Forschung: Über die Angemessenheit von Erklärungsstrategien", in: Mayntz/Streeck, Die Reformierbarkeit der Demokratie. Innovationen und Blockaden, Festschrift für Fritz W. Scharpf, Campus, Frankfurt am Main, S. 291 - 317.
- Schneider, V./Janning, F. (2006): „Politikfeldanalyse. Akteure, Diskurse und Netzwerke in der öffentlichen Politik“, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Schneider, V./Kenis, P. (1996): „Verteilte Kontrolle: Institutionelle Steuerung in modernen Gesellschaften“, in: Kenis/Schneider, Organisation und Netzwerk: Institutionelle Steuerung in Wirtschaft und Politik, Campus, Frankfurt am Main, S. 9 - 43.
- Schölkopf, M. (2010): "Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich: Gesundheitssystemvergleich und die europäische Gesundheitspolitik", Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.
- Schubert, K (1991): "Politikfeldanalyse", Leske + Budrich, Opladen.
- Schubert, K. (2003): "Pragmatismus, Pluralismus, Policy Analysis: Ursprüngliche und theoretische Verankerung der Policy-Analyse", in: Schubert, Lehrbuch der Politikfeldanalyse, Lehr- und Handbücher der Politikwissenschaft, Oldenbourg Verlag, München, S. 37 - 70.



- Schubert, K./Bandelow, N. C. (2003): "Politikdimensionen und Fragestellungen der Politikfeldanalyse", in: Schubert, Lehrbuch der Politikfeldanalyse. Lehr- und Handbücher der Politikwissenschaft, Oldenbourg Verlag, München, S. 1 - 22.
- Schubert, K./Bandelow, N. C. (2009): "Lehrbuch der Politikfeldanalyse 2.0", Oldenbourg Verlag, München.
- Schubert, K./Bandelow, N. C. (2009a): "Politikfeldanalyse: Dimensionen und Fragestellungen", in: Schubert/Bandelow, Lehrbuch der Politikfeldanalyse 2.0, Oldenbourg Verlag, München, S. 1 - 24.
- Schubert, K./Klein, M. (2011): "Das Politiklexikon", Dietz, Bonn.
- Schug, S. H. (2000): „Europäische und internationale Perspektiven von Telematik im Gesundheitswesen“, Studie im Auftrag der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und –gestaltung e.V., Ausschuss „Telematik im Gesundheitswesen“ und in Zusammenarbeit mit dem Zentrum für Telematik im Gesundheitswesen, Köln.
- Schug, S. H./Redders, M. (2005): "Gesundheitstelematik-Projekte in Deutschland aus Ländersicht", in: Bundesgesundheitsblatt, 48 (2005), S. 649 - 656.
- Schwartz, F. W./Kickbusch, I./Wismar, M. (1998): "Gesundheitspolitische Ziele und Strategien", in: Schwartz/Badura/Leidl/Raspe/Siegrist, Das Public-Health-Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen, Urban und Schwarzenberg, München/Wien/Baltimore, S. 172 - 188.
- Schweim, H. G. (2007): "Die unerträgliche Geschichte der Gesundheitskarte in Deutschland", in: GMS Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie, 3 (2007) 1 Doc 04, Bonn.
- Seeleib-Kaiser, M. (2003): "Politikwechsel nach Machtwechsel?", in: Gohr/Seeleib-Kaiser, Sozial- und Wirtschaftspolitik unter Rot-Grün, Westdeutscher Verlag, Wiesbaden, S. 11 - 28.
- Sesam-Vitale (2014): "Sesam-Vitale", abrufbar unter: [www.sesam-vitale.fr](http://www.sesam-vitale.fr) (Stand 06.11.2014).
- Sibbel, R. (2011): "Rahmenbedingungen für mehr Patientensouveränität – das Arzt-Patienten-Verhältnis als Ausgangspunkt", in: Fischer/Sibbel, Der Patient als Kunde und Konsument, Gabler, Wiesbaden, S. 187 - 205.
- Siegel, N. (2002): "Baustelle Sozialpolitik. Konsolidierung und Rückbau im internationalen Vergleich", Schriftenreihe des Zentrums für Sozialpolitik, Bd. 14, : Campus, Frankfurt/New York.
- Siegel, N. (2007): "Moving Beyond Expenditure Accounts: The Changing Contours of the Regulatory State, 1980-2003", in: Castles, The Disappearing State?, Edward Elgar Publishing Ltd, Chaltenham, S. 245 - 272.
- Siegel, N./Jochem, S. (2003): "Konzertierung im Wohlfahrtsstaat", in: Jochem/Siegel, Konzertierung, Verhandlungsdemokratie und Reformpolitik im Wohlfahrtsstaat, Leske + Budrich, Opladen, S. 331 - 359.
- Simon, H. (1957): "Models of Men", Wiley, New York.
- Simon, H. (1959): "Theories of decision making in economics and behavioral science", in: American Economic Review, 49 (1959) 3, S. 253 - 283.

- Simon, H. (1983): "Reason in Human Affairs", Stanford University Press, Stanford.
- Simon, H. (1987): "Politics as Information-Processing", in: LSE Quarterly, 1 (1987) 4, S. 345 - 370.
- Simon, M. (2000): "Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik Deutschland. Historische Entwicklung und Probleme der politischen Steuerung stationärer Krankenversorgung", VS Verlag für Sozialwissenschaften, Opladen/Wiesbaden.
- Sood, S. P./Negash, S./Mbarika, V. W./Kifle, M./Prakash, N. (2007): "Differences in public and private sector adoption of telemedicine", in: Indian case study for sectoral, 2. Adoption, Studies in Health Technology and Informatics, 130 (2007), S. 257 - 268.
- Souhrada, J. (2005): "Datenschutz und E-Card", in: österreichische Fachzeitschrift Soziale Sicherheit, S. 194.
- SPD (1998): „Arbeit, Innovation und Gerechtigkeit. SPD-Programm für die Bundestagswahl 1998“, Friedrich-Ebert-Stiftung, 17. April 1998, Leipzig/Bonn.
- SPD/Bündnis90/Die Grünen (2002): "Erneuerung – Gerechtigkeit – Nachhaltigkeit. Für ein wirtschaftliche starkes, soziales und ökologisches Deutschland. Für eine lebendige Demokratie", Koalitionsvertrag von SPD und Bündnis 90/Die Grünen vom 16. Oktober 2002, Berlin, abrufbar unter: [http://www.nrwspd.de/db/docs/doc\\_576\\_20021016121535.pdf](http://www.nrwspd.de/db/docs/doc_576_20021016121535.pdf) (Stand 27.10.2014).
- Spiegel online (2014): "IT-Projekt: Kassen warnen vor Millionengrab Gesundheitskarte", abrufbar unter: <http://www.spiegel.de/wirtschaft/soziales/kassen-warnen-vor-millionengrab-elektronische-gesundheitskarte-a-908211.html> (Stand 17.04.2014).
- Stadlin, P. (2008): "Versichertenkarte: Philosophie und Umsetzung des Konzeptes", in: Die Volkswirtschaft – Das Magazin für Wirtschaftspolitik, 12 (2008), S. 59 - 60.
- Stahlberg, D./Sczesny, S. (2001): "Effekte des generischen Maskulinums und alternativer Sprachformen auf den gedanklichen Einbezug von Frauen", in: Psychologische Rundschau, 52 (2001) 3, S. 131 - 140.
- Steinke, I. (2002): "Gütekriterien qualitativer Forschung", in: Flick/Kardorff/Steinke, Qualitative Forschung. Ein Handbuch, Rowohlt, Reinbek, S. 319 - 331.
- Steyer, G. (2005): "Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur zur integrierten Versorgung – Wo geht der Weg in Deutschland hin?", in: Hempel/Jäckel/Reum, 1. Sonderausgabe Telemedizinführer Deutschland, S. 45 - 47.
- Stiglitz, Joseph (2004): "Die Schatten der Globalisierung", Goldmann Verlag, München.
- Stiglitz, Joseph (2008): "Die Chancen der Globalisierung", Siedler Verlag, München.
- Streissler, A. (2005): "Auswirkungen der Liberalisierung des Gesundheitswesens in Österreich", in: Wirtschaft und Gesellschaft Wien, 31 (2005) 3, S. 385 - 405.
- Stritzke, P./Eissing, U. (2005): „Konvergenz der Systeme im Gesundheitswesen: Paradigma für die Integration Radiologischer Bilder und Befunde in die Gesundheitsakte“, in: Jäckel, Telemedizinführer Deutschland, Ober-Mörlen, S. 302 - 310.
- SV – Österreichische Sozialversicherung (2015): "E-Card - Ihr Schlüssel zu einer gesunden Zukunft", abrufbar unter:

- <https://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/ecardportal/content/contentWindow?action=2&viewmode=content&contentid=10007.678574> (Stand 17.01.2015).
- SV – Österreichische Sozialversicherung (2015a): "E-Card", abrufbar unter: <https://www.sozialversicherung.at/portal27/sec/portal/esvportal/content/contentWindow?contentid=10007.683666&action=2&viewmode=content> (Stand 17.01.2015).
- SV – Österreichische Sozialversicherung (2015b): "Datenschutz", abrufbar unter: <https://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/ecardportal/content/contentWindow?action=2&viewmode=content&contentid=10007.678566> (Stand 17.01.2015).
- SV – Österreichische Sozialversicherung (2015c): "Service-Entgelt (Gebühr für die E-Card)", abrufbar unter: <http://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/esvportal/content/contentWindow?action=2&viewmode=content&contentid=10007.683980> (Stand 17.01.2015).
- SV – Österreichische Sozialversicherung (2015d): "IT-Ausstattung", abrufbar unter: <http://www.chipkarte.at/portal27/portal/ecardportal/content/contentWindow?contentid=10007.678636&action=2&viewmode=content> (Stand 18.01.2015).
- SV – Österreichische Sozialversicherung (2015e): "Europäische Krankenversicherungskarte (EKVK)", abrufbar unter: [http://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/esvportal/channel\\_content/cmsWindow?action=2&p\\_menuid=64537&p\\_tabid=2](http://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/esvportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=64537&p_tabid=2) (Stand 18.01.2015).
- SVC – SV-Chipkarten Betriebs- und Errichtungsgesellschaft (2014): "Das Unternehmen", abrufbar unter: <http://www.svc.co.at/de-de/unternehmen.aspx> (Stand 30.12.2014).

## T

- Tálos, E. (2001): "Sozialpolitik zwischen konservativer Tradition und neoliberaler Orientierung. Eine Einjahresbilanz der ÖVP/FPÖ-Regierung", in: Kurswechsel, 16 (2001), S. 17 - 29.
- Tálos, E. (2001a): "Ende der Sozialpartnerschaft? Zäsuren in österreichischer Interessenpolitik", in: Karlhofer/Sickinger, Anlassfall Österreich. Die EU auf dem Weg zur Wertegemeinschaft, Nomos, Baden-Baden, S. 35 - 45.
- Tálos, E. (2002): "Soziale Sicherung in Österreich: Zwischen Kontinuität und radikaler Neujustierung?", Zes-Arbeitspapier 7/2002, Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen.
- Tálos, E. (2005): "Die Krankenversicherung in Österreich. Ein Erfolgsmodell der solidarischen Finanzierung von Gesundheitsausgaben?", Institut für Sozialwissenschaften der Universität Wien.
- Tálos, E. (1998): "Soziale Sicherung im Wandel. Österreich und seine Nachbarstaaten im Vergleich", Böhlau, Wien.
- Tálos, E., (1988): "Sozialpolitik im Austrofaschismus", in: Tálos/Neugebauer, Austrofaschismus, Verlag für Gesellschaftskritik, Wien, S. 161 - 178.
- Tálos, E./Badelt, C. (1999): "The welfare state between new stimuli and new pressures: Austrian social policy and the EU", in: Journal of European Social Policy, 9 (1999) 4, S. 351 - 361.

- Tálos, E./Fink, M. (2001): "Der österreichische Wohlfahrtsstaat: Entwicklung und Herausforderungen", Wien, abrufbar unter: <http://www.demokratiezentrum.org/fileadmin/media/pdf/wohlfahrtsstaat.Pdf> (Stand 15.10.2015).
- Tálos, E./Obinger, H. (1998): "Sozialstaaten nach dem `goldenen` Zeitalter. Eine Einleitung", in: Tálos, Soziale Sicherung im Wandel. Österreich und seine Nachbarstaaten im Vergleich, Böhlau, Wien, S. 7 - 30.
- Tálos, E./Wörister, K. (1994): "Soziale Sicherung im Sozialstaat Österreich", Nomos, Baden-Baden.
- Tálos, E./Wörister, K. (1998): "Soziale Sicherung in Österreich", in: Tálos, Soziale Sicherung im Wandel. Österreich und seine Nachbarstaaten im Vergleich, Böhlau, Wien, S. 209 - 288.
- Telemedizinführer Deutschland (2014): "gematik", abrufbar unter: [http://www.telemedizinfuhrer.de/index.php?option=com\\_rd\\_glossary&task=view&id=17](http://www.telemedizinfuhrer.de/index.php?option=com_rd_glossary&task=view&id=17) (Stand 16.04.2014).
- Teune, H (1990): „Comparing Countries: Lessons Learned“, Sage, London, S. 38 - 62.
- Thelen, K. (2006): „Institutionen und sozialer Wandel: Die Entwicklung der beruflichen Bildung in Deutschland“, in: Beckert/Ebbinghaus/Hassel/Manow, Transformation des Kapitalismus. Festschrift für Wolfgang Streeck zum sechzigsten Geburtstag, Schriften aus dem Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung, Köln, Campus, Frankfurt am Main, S. 399 - 424.
- Theurl, E. (2001): "Die österreichische Gesundheitspolitik der letzten Jahre im Lichte der internationalen Entwicklung", in: Theurl, Der Sozialstaat an der Jahrtausendwende, Physica-Verlag, Heidelberg, S. 135 - 170.
- True, J./Jones, B./Baumgartner, F. (2007): "Punctuated-Equilibrium Theory. Explaining Stability and Change in Public Policymaking", in: Sabatier, Theories of the policy process, Westview Press, Boulder, S. 155 - 188.
- Tsebelis, G. (1995): "Decision Making in Political Systems. Veto Players in Presidentialism, Multicameralism, and Multipartism", in: British Journal of Political Science, 25 (1995), S. 289 - 325.
- Tsebelis, G. (2002): "Veto Players. How Political Institutions Work", Princeton University Press, Princeton.

## U

- Urban Pappi, F. (1995): "Entscheidungsprozesse in der Arbeits- und Sozialpolitik: Der Zugang der Interessengruppen zum Regierungssystem über Politikfeldnetze; ein deutsch-amerikanischer Vergleich", Campus, Frankfurt am Main.
- Urban, H. J. (2001): "Wettbewerbskorporatistische Regulierung im Politikfeld Gesundheit: Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen und die gesundheitspolitische Wende", Wissenschaftszentrum Berlin (WZB), S. 1 - 51.
- Urban, H. J. (2003): "Wettbewerbskorporatismus und soziale Politik. Zur Transformation wohlfahrtsstaatlicher Politikfelder am Beispiel der Gesundheitspolitik", Philipps-Universität Marburg.

**W**

- Wagschal, U. (1996): "Staatsverschuldung. Ursachen im internationalen Vergleich", Leske + Budrich, Opladen.
- Wagschal, U. (2000): "Besonderheiten der gezügelten Sozialstaaten", in: Obinger/Wagschal, Der gezügelte Wohlfahrtsstaat, Sozialpolitik in reichen Industrienationen, Campus, Frankfurt/New York, S. 37 - 72.
- Wagschal, U. (2005): "Steuerpolitik und Steuerreformen im internationalen Vergleich. Eine Analyse der Ursachen und Blockaden", LIT, Münster.
- Webber, D. (1988a): „Krankheit, Geld und Politik. Zur Geschichte der Gesundheitsreformen in Deutschland - Teil 1.“, in: Leviathan, 16 (1988), S. 156 - 203.
- Webber, D. (1988b): „Krankheit, Geld und Politik. Zur Geschichte der Gesundheitsreformen in Deutschland - Teil 2“, in: Leviathan, 17 (1988), S. 262 - 300.
- Webber, D. (1992): "Die kassenärztlichen Vereinigungen zwischen Mitgliederinteressen und Gemeinwohl", in: Mayntz, Verbände zwischen Mitgliederinteressen und Gemeinwohl, Bertelsmann-Stiftung, Gütersloh, S. 211 - 272.
- Webster, J./Watson, R. T. (2002): "Analyzing the Past to Prepare for the Future: Writing a Literature Review", in: MIS Quarterly, 26 (2002) 2, S. xiii - xxiii.
- Weichert, T. (2004): "Die Gesundheitskarte", in: DuD Datenschutz und Datensicherheit, 28 (2004) 7, S. 391 - 403.
- Weichert, T. (2008): „Medizinische Telematik und Datenschutz“, 111. Deutscher Ärztetag in Ulm vom 20. bis 23.05.2008, abrufbar unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.2.20.5711.6204.6240> (Stand 01.09.2014).
- Wendt, C. (2005): „Der Gesundheitssystemvergleich: Konzepte und Perspektiven“, Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung, Mannheim.
- Wendt, C. (2006): „Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich“, Das Gesundheitswesen, 68 (2006) 10, S. 593 - 599.
- Wendt, C./Rothgang, H. (2007) : „Gesundheitssystemtypen im Vergleich: konzeptionelle Überlegungen zur vergleichenden Analyse von Gesundheitssystemen“, TranState working papers, 61 (2007).
- WHO – World Health Organization (1998): "A health telematics policy in support of WHO's Health-For-All strategy for global health development", report of the WHO group consultation on health telematics, 11–16 December, Geneva.
- WHO – World Health Organization (2009): "TELEMEDICINE in Member States", abrufbar unter: [http://www.who.int/goe/publications/goe\\_telemedicine\\_2010.pdf?ua=1](http://www.who.int/goe/publications/goe_telemedicine_2010.pdf?ua=1) (Stand 30.01.2014).
- WHO – World Health Organization (2009a): "Essential Health Technologies. eHealth for Health Care Delivery", abrufbar unter: <http://www.who.int/eht/eHealthHCD/en/> (Stand 01.05.2013).
- WHO – World Health Organization (2014): "National eHealth Strategy Toolkit", abrufbar unter: <http://www.who.int/ehealth/brochure.pdf?ua=1> (Stand 30.01.2014).

- Wiehr, H. (2001): "Elektronische Gesundheitskarte. Akzeptanz Ja – Einführung zäh", in: CIO vom 08.08.2011, abrufbar unter: <http://www.cio.de/healthcareit/analysen/2284530/index2.html> (Stand 11.09.2014).
- Wiesenthal, H. (2002): "Reformakteure in der Konjunkturfalle – Zur gegenläufigen Entwicklung von theoretischem `Wissen` und praktischem Wollen", in: Nullmeier/Saretzki, Jenseits des Regierungsalltags, Strategiefähigkeit politischer Parteien, Campus, Frankfurt am Main, S. 57 - 84.
- Windhoff-Hértier, A. (1987): "Policy-Analyse: Eine Einführung", Campus, Frankfurt am Main.
- Witt, D./Seufert, G./Emberger, H. (1996): "Typologisierung und Eigenarten von Verbänden", in: Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen (ZögU/Journal for Public and Nonprofit Services), S. 414 - 427.
- Wittmann, W./Nübling, R./Schmidt, J. (2002): „Evaluationsforschung und Programmevaluation im Gesundheitswesen“, in: Zeitschrift für Evaluation, 1 (2002), S. 39 - 60.
- Workman, S./Jones, B./Jochim, A. (2009): "Information Processing and Policy Dynamics", in: Policy Studies Journal, 37 (2009) 1, S. 75 - 92.

## Y

- Yin, R. (2003): "Case Study Research: Design and Methods", Sage, London.
- Yin, R. (2009): "Case Study Research: Design and Methods", Sage, London.

## Z

- Zahariadis, N. (1999): "Ambiguity, Time and Multiple Streams", in: Sabatier, Theories of the Policy Process, Westview Press, Boulder/Colorado, S. 73 - 93.
- Zahariadis, N. (2007): "The Multiple Streams Framework: Structure, Limitations, Prospects", in: Sabatier, Theories of the Policy Process, Westview Press, Boulder/Colorado, S. 65 - 92.
- Zentner, A. (2005): "Wie beeinflussen andere Gesundheitssysteme die Gesundheitsreformenentwicklung 2003 in Deutschland?", Diskussionspapiere der Technischen Universität Berlin, Fakultät Wirtschaft und Management, 1 (2005).
- Zohlnhöfer, R. (2003): "Der Einfluss von Parteien und Institutionen auf die Staatstätigkeit", in: Obinger/Wagschal/Kittel, Politische Ökonomie. Demokratie und wirtschaftliche Leistungsfähigkeit, Leske+ Budrich, Opladen, S. 47 - 80.
- Zohlnhöfer, R. (2008): "Stand und Perspektiven der vergleichenden Staatstätigkeitsforschung", in: Janning/Toens, Die Zukunft der Policy-Forschung. Theorien, Methoden, Anwendungen, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 157 - 174.
- Zohlnhöfer, R./Obinger, H. (2005): "Ausverkauf des `Tafelsilbers`. Bestimmungsfaktoren der Privatisierungserlöse in EU- und OECD-Staaten 1990-2000, in: Politische Vierteljahresschrift, 46 (2005), S. 602 - 628.
- Zorko, M. (2006): "eHealth Solutions in Europe – Slovenian Experience", in: Hempel/Jäckel/Reum, Telemedizinführer Deutschland, 2. Sonderausgabe 2006, S. 105 - 108.

- Zürn, M. (1992): "Interessen und Institutionen in der internationalen Politik: Grundlegung und Anwendungen des situationsstrukturellen Ansatzes", Leske+ Budrich, Opladen.
- Zylka-Menhorn, V. (2001): "Bayer/Lipobay: Ringen um die Arzneimittelsicherheit", in: Deutsches Ärzteblatt, 98 (2001) 33, S. 25.
- ZZZS (2014): "Card Data", abrufbar unter: <http://www.zzzs.si/zzzs/internet/zzzseng.nsf/o/FE0F77E424C1C9EEC1256EC8002A345C> (Stand 06.11.2014).
- ZZZS (2014a): "Timeline Milestones", abrufbar unter: <http://www.zzzs.si/zzzs/internet/zzzseng.nsf/o/ED9E6DA7858D9F93C1256EC80029F6BF> (Stand 06.11.2014).
- ZZZS (2014b): "HIC System Technical Components", abrufbar unter: <http://www.zzzs.si/zzzs/internet/zzzseng.nsf/o/1A4ACD74ABDDAEC4C1256EC8002A79DD> (Stand 06.11.2014).

## Anhang

### Anhang 1: Ausgewählte Suchmaschinen

- Es wurden allgemeine Suchmaschinen, wie Windows Live Academic, und Google Scholar genutzt.
- Außerdem dienten speziell politikwissenschaftliche Suchmaschinen, wie vivapol und Worldwide political science abstracts der Literatursuche.
- Die Politikwissenschaft ist eine Teildisziplin der Sozialwissenschaften. Deshalb wurden zudem sozialwissenschaftliche Suchmaschinen für die Literatursuche verwendet. Zu diesen gehören u. a. gesis sowiport, ScienceDirect, und scirus (bis Ende Januar 2014) und Social Science Research Network (ssrn), Socsciresearch, Jstor und Wiso (Wissenschaften deutschsprachige Literatur für die Wirtschafts- und Sozialwissenschaften) sowie Econstor (Wissenschaften deutschsprachige Literatur für die Wirtschafts- und Sozialwissenschaften) und Econbiz.
- Des Weiteren wurden Bestandskataloge deutscher Universitäten durchforstet, wobei das Augenmerk auf den Gemeinsamen Verbundkatalog (GVK) und die Elektronische Zeitschriftendatenbank (EZB) gerichtet war.



## Anhang 2: Suchbegriffe zum Forschungsbereich

Folgende Begriffe wurden im Rahmen der Suche einzeln und in Kombination miteinander oder mit weiterführenden – sich durch die Recherche ergebenden – Begriffen angewendet:

- (Vergleichende) Politikwissenschaft
- Staatstätigkeit, vergleichende Staatstätigkeit, Staatstätigkeitsforschung
- Politikfeld, Politikfeldforschung, Policy-Forschung
- Wandel (politischer Wandel, gesundheitspolitischer Wandel, institutioneller Wandel, Wandel politischer Inhalte etc.)
- (Gesundheits)politische Veränderung
- Politische Maßnahme
- Policy, Policy-Chance, Politikwechsel
- Gesundheitspolitik
- Gesundheitswesen
- Gesundheitssystem
- Sozialsystem, Sozialpolitik
- Reform (Reformveränderung, Gesundheitsreform, gesundheitspolitische Reformen)
- Health Care (Reform)
- Gesundheitspolitologie
- Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung, GKV-Modernisierungsgesetz, GMG
- 56. ASVG-Novelle
- Gesundheitstelematik, E-Health, Telematik, health telematic, telehealth
- Elektronische(s) Kartensystem(e), Elektronische Patientenkarte, E-Card, SV-Chipkarte, eGK, elektronische Gesundheitskarte, ELGA
- Elektronische(s) Netzsystem(e)
- SPÖ, ÖVP, große Koalition
- Rot-grün, SPD, Bündnis90/Die Grünen

### Anhang 3: Berücksichtigte Akteure und erhobene Dokumente

#### Die drei Gruppen im Detail:

- **Politik/Entscheidungsträger:** Bundeskanzleramt, Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bundeswirtschaftsministerium, Bundestagsfraktionen, Gesundheits- bzw. Sozialministerien der Bundesländer, Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages
- **Praktiker aus Verbänden/Kammern/Unternehmen:** Verbände/Kammern der Leistungserbringer (Ärzte und Zahnärzte, Krankenhäuser, Apotheker, Pharmazeuten etc.), Krankenkassen und Patienten sowie Hersteller von Gesundheitstelematik (Telematikunternehmen bzw. Technologiekonzerne) und deren Verbände
- **Wissenschaft/Fachjournalisten:**
  - Wissenschaftler, die als Regierungsberater zumindest *mittelbar an der* Einführung der eGK bzw. E-Card *beteiligt* waren
  - Experten aus dem Bereich Gesundheitspolitik, -ökonomie und -telematik, die die Einführung elektronischer Karten im Gesundheitswesen aus einer *beobachtenden Rolle* begleitet haben.

#### Zu den erhobenen Dokumenten gehören:

- **offizielle Drucksachen** des Deutschen Bundestages, Bundesrats und des österreichischen Nationalrates, sowie Protokolle der Plenarsitzungen und der öffentlichen Ausschusssitzungen. (Vor allem durch die Analyse der öffentlichen Ausschusssitzungen konnten Policy-Präferenzen und Überzeugungen der beteiligten Akteure ermittelt werden.)
- **Print- und Onlinemedien**
  - **Statements, Konferenzbeiträge, Pressemitteilungen** und **Studien** der im Gesundheitswesen tätigen Verbände und Institute sowie der Ministerien
  - **gesundheitspolitische Fachdienste** (z. B. Agentur Lehr, Observer, Der Gelbe Dienst, Gesundheits- und Sozialpolitik - Nachrichten, Analysen, Hintergrund, Dienst für Gesellschaftspolitik (dfg), Highlights: Fakten und Hintergründe - Das Onlinemagazin zur Gesundheitspolitik, Politikblog des AOK-Bundesverbandes, • Presseagentur Gesundheit)
  - **Fachzeitschriften und Onlineangebote** aus dem Bereich Politikwissenschaft, Gesundheits- und Sozialpolitik, Telematik und Telemedizin
  - **Gutachten** des **Sachverständigenrates** für die Begutachtung der Situation im Gesundheitswesens und des Sachverständigenrates für die Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung
  - **relevante große Tages- und Wochenzeitungen bzw. Zeitschriften**, wie Frankfurter Allgemeine Zeitung, Frankfurter Rundschau, Handelsblatt, Financial Times Deutschland, Süddeutsche Zeitung, Der SPIEGEL, STERN, Wirtschaftswoche, Die Zeit

## **Anhang 4: Interviewleitfaden**

### **Block 1 – Begrüßung, Vorstellung, Rahmenbedingungen**

- Vorstellen der beteiligten Personen am Interview
- Vorstellen des Forschungsvorhabens
- Explizites Aufklären über Datenschutz und Aufzeichnung des Interviews

>>Aufnahmegerät ein<<

### **Block 2 – Themenhinführung**

- Wann haben Sie persönlich sich zum ersten Mal mit der elektronischen Gesundheitskarte befasst?
- Halten Sie das elektronische Kartensystem in seiner jetzigen Form für sinnvoll oder für weniger sinnvoll? Bitte begründen Sie Ihre Antwort kurz.
- Welche Akteure waren/sind maßgeblich an der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte beteiligt?
- In welchen Gremien bzw. an welchen Orten wurde/wird die elektronische Gesundheitskarte diskutiert?
- Welche Rolle nahm/nimmt die Institution in der Sie arbeiten bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte ein?

### **Block 3 – Prozessablauf – Makroperspektive**

#### **Sozioökonomische Bedingungen:**

- Welche sich verändernden gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Entwicklungen haben die Regierung zur Einführung des elektronischen Kartensystems veranlasst, bzw. mit welchen langfristigen Fehlentwicklungen haben die politischen Entscheider das System gerechtfertigt?

>>Falls die folgenden Aspekte in der Antwort auf die erste Frage des 3. Blocks noch nicht enthalten waren, werden sie sodann gesondert angesprochen<<

- Inwiefern spielten
  - die steigende Kosten im Gesundheitswesen
  - der demographische Wandel
  - neue technische Entwicklungen
  - steigende Informationsmengen
  - Intransparenz

- Die Globalisierung
- ... eine Rolle bei der Einführung der elektronischen Karte im Gesundheitswesen?

**Machtressourcen:**

- Welche Interessenzusammenschlüsse (*können Verbände oder Fraktionen sein*) setzten sich für die zügige Einführung des elektronischen Kartensystems ein?
- Welche dieser Akteure setzten sich durch?
- Über welche besonderen Machtressourcen<sup>418</sup> verfügten diese Akteure (im Gegensatz zu Verbänden oder Fraktionen, welche sich nicht durchgesetzt haben)?
- Welche veränderten Machtverhältnisse zwischen den Interessenzusammenschlüssen haben sich (kurz) vor der Einführung des elektronischen Kartensystems ergeben?
- Inwiefern waren diese (veränderten) Machtverhältnisse ausschlaggebend dafür, welche Interessengruppe sich durchgesetzt hat?

**Parteiendifferenz:**

- Welche Auswirkung hatte die parteipolitische Zusammensetzung der Regierung auf die Einführung des elektronischen Kartensystems?
- Welche Auswirkungen hatte der Regierungswechsel vor Einführung des Kartensystems auf die Einführung?
- Wäre das elektronische Kartensystem unter einer anderen Regierungsführung genauso eingeführt worden? Wenn ja, warum/ wenn nein, warum nicht?
- Welche Rolle spielte der Parteiwettbewerb?
- Haben sich die Regierungsparteien und -fraktionen an den Wünschen ihrer Wählerschaft orientiert? Und wenn ja/nein warum?

**Politisch-institutionalistische Faktoren:**

- Welche politischen Entscheidungsträger waren an der Reformdiskussion beteiligt?
- Welche politischen Entscheidungsträger haben sich nicht oder waren nicht an der Reformdiskussion beteiligt?
- Weshalb haben sich /waren diese Akteure nicht beteiligt?

<sup>418</sup> Falls das Wort "Machtressourcen" vom Interviewten nicht verstanden wird, wird der Begriff vom Interviewer wie folgt erklärt: Machtressourcen sind Faktoren die eine Interessengruppe mächtig bzw. stark machen, z. B. Der Besitz von viel Kapital, eine gute Organisationsfähigkeit innerhalb eines Interessenverbandes, gute Kontakte zu den politischen Entscheidern, Überzeugungskraft, Informationsvorsprung, oder die Veränderung von Stimmenanteilen verschiedener Fraktionen

- Wie würden Sie die Interessenlage der beteiligten politischen Akteure an der Diskussion über die Einführung des elektronischen Kartensystems beschreiben? (Waren die Interessen der verschiedenen Parteien und zwischen Bund und Ländern eher homogen oder heterogen?)
- Hatte die Nichtbeteiligung der von Ihnen genannten Akteure eine Auswirkung auf die Einführung des Kartensystems?
- Welche machtvollen institutionellen Schranken bzw. typischen institutionellen Blockaden hätten die Einführung des elektronischen Kartensystems Ihrer Meinung nach verhindern können?
- Inwiefern ist das elektronische Kartensystem ein "Winset" – also eine Schnittmenge aller möglichen Veränderungen – auf die sich die politischen Entscheidungsträger geeinigt haben?

#### **Internationale Faktoren:**

- Welche Entwicklungen außerhalb der deutschen/österreichischen Staatsgrenzen hatten Einfluss auf die Einführung des nationalen Kartensystems?

>>Falls die folgenden Aspekte in der Antwort auf die vorherige Frage noch nicht enthalten waren, werden sie sodann gesondert angesprochen.<<

- Welchen Einfluss hatte:
  - die inter- und transnationale Verflechtung?
  - die Globalisierung?
  - andere Staaten?
  - die Europäische Integration, die EU?
  - internationale Organisationen?

>>Falls die folgenden Aspekte in der Antwort auf die vorherige Frage noch nicht enthalten waren, werden sie sodann gesondert angesprochen.<<

- Welche einheitlichen Vorgaben oder Richtlinien auf internationaler oder supranationaler Ebene – z. B. auf EU-Ebene oder UN-Ebene – existieren, welche die Einführung eines elektronischen Kartensystems für alle Mitgliedstaaten verbindlich machten?
- Welche Rolle spielte der Wettbewerb zwischen Regierungen bei der Einführung der eGK/E-Card?
- Welche Rolle spielte der Druck auf die Regierung sich anderen Staaten anzupassen bei der Einführung der eGK/E-Card in Deutschland/Österreich?

- Inwiefern hat Deutschland/Österreich die eGK/E-Card auf Grund von Modellprojekten oder Reformen anderer Staaten eingeführt? (Haben die nationalen Regierenden von Reformen anderer Staaten gelernt oder freiwillig Teile des Systems übernommen?)
- Inwiefern hat Deutschland/Österreich die eGK/E-Card auf Grund der Ergebnisse transnationaler E-Health-Projekte eingeführt bzw. aus diesen Projekten gelernt?

### **Politik-Erbe:**

Im Jahr 2003 hat die Rot-Grüne Regierung (in Deutschland)/Im Jahr 1998 hat die Regierung aus ÖVP und SPÖ (in Österreich) die Reform zur Einführung des elektronischen Kartensystems verabschiedet. Anschließend gab es zunehmend kritische wissenschaftliche Studien zum Thema, das Kartensystem sei u. a. aus technischen und ökonomischen Gründen nicht mehr tragfähig.

- Weshalb unterstützten die Regierungen nach dem Regierungswechsel 2005 zur großen Koalition und die Nachfolgeregierung ohne Sozialdemokraten (Deutschland)/2000 zur Regierung aus ÖVP und FPÖ und deren Nachfolgeregierungen (Österreich) die Einführung des elektronischen Kartensystems dennoch weiter?
- Welche Faktoren oder Mechanismen wirkten in den Jahren nach der Einführung stabilisierend auf die einmal getroffene Entscheidung zur Einführung des elektronischen Kartensystems im Jahr 2003 (Deutschland)/1998 (Österreich)?
- Stimmen Sie folgender Hypothese im Hinblick auf die eGK/E-Card zu: "Der eingeschlagene Pfad hat sich derart verfestigt, dass ein Abbruch des "Projekts" eGK/E-Card auch zukünftig nicht mehr möglich ist"?
- Halten Sie einen evtl. Abbruch des "Projekts" eGK/E-Card in Zukunft für realistisch? Wenn ja/nein, weshalb halten Sie ihn für unrealistisch/realistisch?
- Welche politischen Entscheidungen in den Jahren vor der Einführung des Kartensystems beeinflussten die Reform zur Einführung der eGK/E-Card?
- Wie beeinflussten diese Entscheidungen die Einführung des Kartensystems?

### **Block 4 – Prozessablauf – Mikroperspektive**

#### **MSA:**

- Welcher politische Entscheider ("policy entrepreneur") übernahm die Koordination und Diskussionsführung bei der Einführung des Kartensystems, weil ihm oder ihr die Durchsetzung der eGK/E-Card (aus diversen Gründen) besonders wichtig war?
- Welche Maßnahmen hat er/sie genutzt um die Karte in den Mittelpunkt der Diskussion und Verhandlung zu rücken?

- Inwiefern ist diese Person durch ihr Handeln mit dafür verantwortlich, dass die eGK/E-Card eingeführt wurde?
- Welches einmalige Ereignis übte Druck auf die Politik aus die eGK/E-Card einzuführen und öffnete somit ein politisches Zeitfenster ("policy window") für die Karte?
- Inwiefern hat die von Ihnen gerade genannte Person dieses Zeitfenster genutzt, um das elektronische Kartensystem einzuführen?

**PET:**

- Welche Akteure von außerhalb des Subsystems Gesundheit begannen sich vor der Einführung der eGK/E-Card für die Einführung dieser Karte zu interessieren?
- Wieso war diesen "neuen" Akteuren gerade die Einführung des elektronischen Kartensystems wichtig (im Gegensatz zu einem Netzsystem z. B.)?
- Welche Maßnahmen nutzten diese (externen) Akteure, um die eGK/E-Card in den Mittelpunkt der politischen Diskussion zu stellen? („Subsystems“ → „Macropolitics“)
- Inwiefern waren diese "neuen" Akteure mit dafür verantwortlich, dass das elektronische Kartensystem eingeführt wurde?
- Welche wissenschaftliche Expertise hat die Argumente der neuen Akteure und damit das elektronische Kartensystem unterstützt?
- Von wem wurde diese wissenschaftliche Expertise in Auftrag gegeben?
- Welche neuen Institutionen wurden gegründet, in denen das elektronische Kartensystem diskutiert wurde?
- Waren die neuen Akteure in diese Institutionen integriert/eingebunden? Konnten die "neuen" Akteure ihre Interessen innerhalb dieser neuen Verhandlungsorte und –prozesse besonders effektiv anbringen? Wenn ja wieso/wenn nein wieso nicht?
- Wie groß war die öffentliche bzw. mediale Aufmerksamkeit für die eGK/E-Card kurz vor der damaligen Entscheidung das elektronische Kartensystem einzuführen?
- Welche Medien thematisierten damals die positiven Aspekte der eGK/E-Card?
- Welchen Einfluss hatte die öffentliche und mediale Aufmerksamkeit auf den Vorgang der Einführung bzw. auf die Politik, das Kartensystem einzuführen?
- Inwiefern gab es damals gebundene Rationalitäten der Entscheider?  
>>"gebundene Rationalitäten" bei Bedarf erklären<<
- Inwiefern wurde das elektronische Kartensystem auf Grund gebundener Rationalitäten der politischen Entscheider leichter eingeführt?

**Block 5 – Vergleich mit den Gesundheitstelematiksystemen anderer Staaten**

>>Die Fragen des 5. Blocks werden nur gestellt, sollten sie nicht vorher schon vom Interviewten in Zusammenhang mit den anderen Fragen beantwortet worden sein.<<

- Warum wurde in Deutschland/Österreich ein elektronisches Kartensystem und kein Netzsystem – wie in anderen europäischen Staaten wie Großbritannien – eingeführt?
- Auch andere europäische Staaten haben elektronische Kartensysteme eingeführt. Die Funktionen bzw. Anwendungen dieser unterscheiden sich teilweise gravierend von denen der eGK/E-Card. Warum hat die eGK in Deutschland/die E-Card in Österreich gerade diese verfügbaren Anwendungen?

**Block 6 – Abschluss, Verabschiedung**

- In der Politikwissenschaft wird immer von "Reformunmöglichkeiten im Gesundheitswesen" gesprochen. Erst Ende der 90er waren die technischen Voraussetzungen halbwegs entwickelt, um ein elektronisches Kartensystem im Gesundheitswesen einzuführen. Welche Faktoren waren Ihrer Meinung nach nun die ausschlaggebendsten Gründe für die zügige Einführung der eGK in Deutschland/E-Card in Österreich?
- Bevor wir das Interview schließen, möchte ich gerne wissen, ob aus Ihrer Sicht eine wichtige Frage ungestellt blieb? Ist Ihnen während des Interviews irgendein offener Punkt aufgefallen, den ich beachten sollte?

>>Aufnahmegerät aus<<

- Dürfte ich ggf. bei ergänzenden Fragen erneut auf Sie zukommen?
- Sind Sie an den Ergebnissen der Studie interessiert?



**Anhang 5a: Informationsblatt zum Experteninterview**

Georg-August-Universität  
Göttingen

Sozialwissenschaftliche Fakultät  
Institut für Politikwissenschaft  
Geschäftsführender Direktor

Universität Göttingen, Platz der Göttinger Sieben 3, 37073 Göttingen

Stefanie Beck

Tel.: 0176 22961886

stefanie.beck@sowi.uni-goettingen.de

**Informationsblatt zum Experteninterview**

Wir informieren Sie über das Interview, welches wir im Rahmen unseres Forschungsprojekts gerne mit Ihnen führen möchten. Die Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes verlangen Ihre ausdrückliche und informierte Einwilligung, dass wir das Interview für wissenschaftliche Zwecke speichern und auswerten dürfen.

Die Durchführung des Projekts obliegt dem Institut für Politikwissenschaft der Georg-August-Universität Göttingen unter Leitung von Prof. Dr. Andreas Busch. Das Projektteam besteht aus Herrn Prof. Dr. Andreas Busch und Frau Stefanie Beck.

In dem Forschungsprojekt soll die Einführung elektronischer Kartensysteme in den korporativen Wohlfahrtsstaaten Deutschland und Österreich vergleichend aus politikwissenschaftlicher Sicht analysiert werden. Befragt werden Experten aus den Spitzenverbänden von Leistungserbringern, Kostenträgern und Patienten, sowie Unternehmensvertreter aus Telematik-Firmen und Verbänden, sowie Politiker und Beamte, welche sich an der politischen Diskussion zur Einführung der elektronischen Kartensysteme in Deutschland oder Österreich beteiligt haben oder unmittelbar in die Implementierung eines der Systeme eingebunden waren/sind. Diese Personen gelten dementsprechend als Experten.

Das Interview unterliegt der Schweigepflicht und ist auf das Datengeheimnis verpflichtet. Die Arbeit dient allein wissenschaftlichen Zwecken.

Wir sichern Ihnen folgendes Verfahren zu, welches gewährleistet, dass Ihre Angaben nicht mit Ihrer Person in Verbindung gebracht werden können. Konkret bedeutet dies:

- Wir gehen sorgfältig mit dem Erzählten um: Die Gespräche werden auf Tonband bzw. digital aufgenommen. Im Anschluss wird das Gespräch abgetippt und danach entweder gelöscht oder Ihnen zur Verfügung gestellt. Auch eine Abschrift können Sie auf Wunsch erhalten.
- Wir anonymisieren, d. h. wir verändern alle Personen und personenbezogenen Angaben.
- Die von Ihnen unterschriebene Einwilligungs- und Datenschutzerklärung wird in einem gesonderten Ordner am Institut für Politikwissenschaft der Georg-August-Universität Göttingen aufbewahrt. Sie dient dazu, bei einer Überprüfung durch den Datenschutzbeauftragten nachweisen zu können, dass Sie mit der Auswertung einverstanden sind.
- Die gesamte Abschrift ist nur projektintern für die Auswertung zugänglich in Veröffentlichungen gehen aber einzelne Zitate ein, selbstverständlich ohne dass erkennbar ist, von welcher Person sie stammen.

Die Datenschutzbestimmungen verlangen auch, dass wir Sie ausdrücklich darauf hinweisen, dass aus einer Nichtteilnahme keine Nachteile entstehen. Sie können Antworten – auch bei einzelnen Fragen – verweigern.

Vielen Dank für Ihre Bereitschaft, uns Auskunft zu geben!

**Anhang 5b: Datenschutzerklärung zum Experteninterview**

Georg-August-Universität  
Göttingen

Sozialwissenschaftliche Fakultät  
Institut für Politikwissenschaft  
Geschäftsführender Direktor

Universität Göttingen, Platz der Göttinger Sieben 3, 37073 Göttingen

Stefanie Beck

Tel.: 0176 22961886

stefania.beck@sowi.uni-goettingen.de

**Datenschutzerklärung**

Die in diesem freiwillig geführten Interview erhobenen Daten und personenbezogenen Angaben werden vertraulich behandelt und dienen ausschließlich wissenschaftlichen Forschungszwecken. Alle gemachten Angaben werden vollständig anonymisiert, d. h. Daten werden in der weiteren Auswertung so verändert, dass ein Rückschluss auf die Person bzw. die zugehörige Institution nicht erfolgen kann.

Die Aufbewahrung der Daten (Audio und deren schriftliche Version) übernimmt das Institut für Politikwissenschaft der Georg-August-Universität Göttingen. Die Daten sind nur für Projektmitglieder zugänglich. Eine gewerbliche Nutzung oder Weitergabe der Daten an Dritte erfolgt nicht.

**Einwilligungserklärung:**

Ich bin über das Vorgehen bei der Auswertung der persönlichen, halbstrukturierten Interviews mit einem Informationsblatt informiert worden. Es gelten obige Angaben der Datenschutzerklärung.

Ich bin damit einverstanden, dass Ausschnitte des Interviews zur Auswertung verwendet und als Material für wissenschaftliche Zwecke und die Weiterentwicklung der Forschung genutzt werden. Diese Daten werden ausschließlich in anonymisierter Form dargestellt, so dass eine Rückführung auf meine Person oder meine zugehörige Institution nicht möglich ist.

Unter diesen Bedingungen erkläre ich mich bereit, das Interview zu geben und bin damit einverstanden, dass es aufgenommen, abgetippt, anonymisiert und ausgewertet wird. Sie besitzen jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung zu widerrufen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

Für die Georg-August-Universität Göttingen:

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

**Anhang 6: Kategoriensystem**

Ober-Kategorie/ Theoretische Grundlage	1. Ausdifferenzierung	2. Ausdifferenzierung (ggf.)	3. Ausdifferenzierung (ggf.)	
Gesellschaftliche und wirtschaftliche Veränderungen	steigende Kosten im Gesundheitswesen			
	steigende Informationsmengen			
	steigender Verwaltungsaufwand			
	wachsende Intransparenz			
	Medienbrüche	Zunehmende Arztwechsel/Spezialisierung der einzelnen Ärzte		
		Abwanderung von Ärzten aus ländlichen Regionen		
	technische Entwicklungen			
	Gesellschaftlicher Trend			
Gesellschaftliches Bewusstsein für Datenschutz				
Gesellschaftliches Verständnis über die Rolle des Patienten				
Veränderte Machtverteilung	Ausweiten der Machtressourcen (MR) der Befürworter	Ausweitung der politischen Mehrheiten in der Regierung		
		Ausweitung der MR der Hersteller von Gesundheitstechnik/Arbeitgeber	Ausweitung Kapital	
			Ausweitung Information	
			Ausweitung brancheninterne Organisationskraft	
			Ausweitung externe Organisationskraft	
		Ausweitung der MR der Kostenträger	Ausweitung Kapital	
			Ausweitung Information	
		Ausweitung interne Organisationskraft		
		Ausweitung externe Organisationskraft		
	Gegner mit geringen Machtressourcen	Geringe MR der Ärzteschaft	Geringes Kapital	
			Geringe Information	
			Geringe interne Organisationskraft	
			Geringe externe Organisationskraft	
Drohpotential				
Weitere Akteure	MR der pharmazeutischen Industrie/Arzneimittelhersteller			
	MR der Krankenhausträger			
	MR der Apotheker			
	MR der Pflegeberufe			
	MR der Patienten/Verbraucher			
	MR der Datenschützer			
Politische Färbung der Regierung	parteipolitische Zusammensetzung/ideologische Prägung der Regierung			

	Orientierung der Regierungspolitik an Anhängerschaft		
Institutionelle Gegebenheiten	Begrenzter Korporatismus		
	Umgehen von Verfassungsinstitutionen		
	Keine Einbindung supranationaler Organisationen		
	Winset		
Internationale Einflüsse	Einheitliche verbindliche Vorgaben oder Richtlinien auf supranationaler Ebene		
	Transnationale Kommunikation/Lernen		
	Wettbewerb zw. Regierungen		
Politik-Erbe	Vergangenheit: Erbe aus vergangenen politischen Entscheidungen		
	Zukunft: verstärkende Mechanismen nach gesetzlicher Einführung	von den politischen Entscheidern gewollter Inkubator für Weiterentwicklungen	
		hohe Kosten, Rechtfertigung des Abbruchs politisch riskant	
		Interessengruppen verteidigen die getroffene politische Entscheidung	
		bereits ein IT-System aufgebaut/vorhanden	
MSA	politisches Zeitfenster "policy window"	Krise/Skandal	
		anstehende Neuwahlen	
	"policy entrepreneur"	nützt das politische Zeitfenster	
		Verbindet die drei Ströme	
PET	"neue" Akteure von außerhalb des Subsystems setzen sich ein		
	Wissenschaftliche Expertise		
	Neue Institutionen (Einbindung der "neuen" Akteure)		
	Erhöhte öffentliche bzw. mediale Aufmerksamkeit		
	Gebundene Rationalität der Regierenden	technische Ungewissheit/ Informationsmangel	
		kognitive Beschränktheit/Unsicherheit	
		Zeitdruck	

## **Anhang 7: Stellungnahmen der Pharmaindustrie und Arzneimittelhersteller – E-Mails vom BPI, BAH und VFA**

### E-Mail vom 18. November 2013 (BPI):

Sehr geehrte Frau Beck,

das Thema „elektronische Gesundheitskarte“ war zu keinem Zeitpunkt ein Thema in der externen Kommunikation des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie e.V. Ich bitte Sie deswegen vielmals um Verständnis, dass wir Ihnen bei diesem Thema nicht weiterhelfen können.

Trotzdem wünschen wir Ihnen viel Erfolg bei Ihrer Analyse.

Mit freundlichen Grüßen

>>*anonymisiert*<<

Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V.  
Friedrichstraße 148  
10117 Berlin

### E-Mail vom 21. November 2013 (BAH):

Sehr geehrte Frau Beck.

Herr >>*anonymisiert*<< hat mir Ihre Anfrage weitergeleitet, da ich hier in unserem Verband den Bereich elektronische Verfahren betreue.

Bezüglich Ihrer Anfrage muss ich Ihnen mitteilen, dass unser Verband hinsichtlich den von Ihnen genannten Themen in diesem Zeitraum nicht zu den beteiligten Fachkreisen gehörte. Die Diskussion fand hauptsächlich zwischen Apothekern, den Krankenkassen und besonders den Ärzteschaften statt. Pharmaindustrie und Arzneimittel-Hersteller wurden nicht hinzu gebeten da hierbei keine Betroffenheit gesehen wurde.

Ich persönlich habe mich lediglich etwa um die Jahrtausendwende mit dieser Thematik beschäftigt, da auch das Thema elektronische Signaturen eine Rolle spielte. Dieses damals neue Thema beschäftigte auch die Pharmaindustrie, da es wesentliche Auswirkungen auf Sicherheit und Authentizität beim elektronischen Datenaustausch hatte und immer noch hat.

Ich habe aus diesem Grund auch die weitere Entwicklung der Gesundheitskarte verfolgt und über die Zeit einen Ordner mit entsprechenden Informationen, Artikeln und Veröffentlichungen angelegt. Aktiv hat sich unser Verband jedoch zu keiner Zeit an den Diskussionen beteiligt.

Sollten Sie weitere Informationen benötigen, zögern Sie bitte nicht mich per eMail oder telefonisch zu kontaktieren.

E-Mail vom 20. November 2013 (VFA):

Sehr geehrte Frau Beck,

die Fragen um die Gesundheitskarte haben seinerzeit vor allem die Politik, dann die Kassen und schließlich die Ärzte betroffen und zwar mit ganz unterschiedlichen Intentionen. Aber das wissen Sie sicher bereits. Für die Pharma-Industrie war das ein sehr marginales Thema und hat entsprechend nie eine tragende Rolle in unseren Argumentationen und Positionspapieren gespielt. Davon habe ich mir gerade noch einmal einen Eindruck verschafft. Diese Papiere sind allerdings intern und nicht zur Veröffentlichung gedacht. Ich hoffe, Ihnen damit weiter geholfen zu haben.

Mit freundlichen Grüßen

>>*anonymisiert*<<

vfa

>>*anonymisiert*<<

[www.vfa.de](http://www.vfa.de)

Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V.  
Amtsgericht Charlottenburg, VR 20153 B

**Anhang 8: Stellungnahme der Apotheker – Email vom ABDA**

E-Mail vom 19. November 2013:

Sehr geehrte Frau Beck,

vielen Dank für Ihre Anfrage. In der Tat ist auf der ABDA-Webseite derzeit keine eigene Rubrik für eGK, gematik oder Telematik eingerichtet. Als Gesellschafter der gematik trägt der DAV derzeit die Pressemitteilungen und Entscheidungen der gematik natürlich mit.

Mit freundlichen Grüßen aus Berlin

>>*anonymisiert*<<

-----

>>*anonymisiert*<<

ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände

>>*anonymisiert*<<

**Anhang 9: Stellungnahme der Pflegeberufe – Email vom Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe (DBfK)**E-Mail vom 26. November 2013:

Sehr geehrte Frau Beck,

bitte verzeihen Sie, dass ich Sie so lange warten ließ auf eine Antwort. Ich habe im Kollegenkreis nachgefragt und zuletzt noch auf die Antwort eines unserer Experten dazu gewartet, der ist nun aber krank geworden.

Das Thema elektronische Gesundheitskarte haben wir als DBfK eigentlich überhaupt nicht bearbeitet oder kommentiert. (...) Denn aus Sicht der Pflegeberufe verknüpft sich die elektronische Gesundheitskarte immer mit Fragen zur Registrierung/Selbstverwaltung/Verkammerung, dem Heilberufausweis, dem Zugriff auf Patientendaten, Qualitätssicherung, Abrechnung auch pflegerischer Leistungen usw.

Mit freundlichen Grüßen

>>*anonymisiert*<<  
Bundesverband e.V.  
[www.dbfk.de](http://www.dbfk.de)



**Anhang 10: Stellungnahmen der Patienten – E-Mails von der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. und vom Deutschen Diabetiker Bund**

E-Mail vom 19. Dezember 2013 (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe):

Sehr geehrte Frau Beck,

unter Bezugnahme auf Ihre untenstehende Nachfrage teilen wir mit, dass der DBR seinerzeit hierzu leider keine Stellungnahmen abgegeben hat.

Mit freundlichen Grüßen

>>anonymisiert<<

Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von  
Menschen mit Behinderung und chronischer  
Erkrankung und ihren Angehörigen e.V.  
Kirchfeldstr. 149  
40215 Düsseldorf  
>>anonymisiert<<

E-Mail vom 19. November 2013 (Diabetiker Bund):

Sehr geehrte Frau Beck,

es ist richtig, dass Sie dazu nichts finden können. Der Deutsche Diabetiker Bund hat sich nicht dagegen ausgesprochen, da die elektronische Gesundheitskarte für Diabetiker nicht nachteilig ist, sofern die datenschutzrechtlichen Gesichtspunkte eingehalten werden.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr >>anonymisiert<<

**Anhang 11: Stellungnahmen der Verbraucherverbände – E-Mails von Ver.di und der Verbraucher Initiative e.V.**E-Mail vom 23. Januar 2014 (Verdi):

Liebe Frau Beck,

(...) Eine Positionierung in ver.di Beschlüssen gibt es dazu nicht.

Grüße aus Berlin  
>>anonymisiert<<

>>anonymisiert<<  
beim ver.di Bundesvorstand  
Paula-Thiede-Ufer 10  
10179 Berlin  
>>anonymisiert<<  
Internet <http://gesundheitspolitik.verdi.de>

E-Mail vom 15. Dezember 2013 (Verbraucher Initiative):

Sehr geehrte Frau Beck,

(...) Die VERBRAUCHER INITIATIVE beschäftigt sich – Unterschied zu den Verbraucherzentralen - nur mit einer begrenzten Zahl von Verbraucherthemen, hauptsächlich im Themenfeld Ernährung sowie Nachhaltigkeit/CSR. Die genannten Themen gehören nicht zu den Themenschwerpunkten des Bundesverbandes, von daher können wir Ihnen leider nicht weiterhelfen.

Mfg aus Berlin

>>anonymisiert<<

Die VERBRAUCHER INITIATIVE e. V. (Bundesverband)  
Elsenstraße 106, 12435 Berlin  
>>anonymisiert<<

**Anhang 12: Stellungnahmen der Datenschützer – E-Mail vom BvD und der DVD**E-Mail vom 13. Dezember 2013 (BvD):

Liebe Frau Beck,

der BvD hat zu diesem Thema bisher keine Stellungnahme abgegeben. (...)

Mit freundlichen Grüßen

>>*anonymisiert*<<

Berufsverband der Datenschutzbeauftragten Deutschlands (BvD) e.V.

Budapester Straße 31

10787 Berlin

>>*anonymisiert*<<

web: [www.bvdnet.de](http://www.bvdnet.de)

E-Mail vom 15. Januar 2014 (DVD):

Sehr geehrte Frau Beck,

(...) Zur elektronischen Gesundheitskarte hat die DVD keine Stellungnahmen herausgegeben. Die einzige Presseerklärung zu diesem Thema vom 22. Juli 2003 finden Sie im PE-Archiv unter

<https://www.datenschutzverein.de/pressemitteilungen/archiv/>

Mit freundlichen Grüßen,

>>*anonymisiert*<<

**Anhang 13: Presseerklärung der DVD vom 22.7.2003**

**DVD** Deutsche Vereinigung  
für Datenschutz e. V.

Bonner Talweg 33-35  
53113 Bonn

Presseerklärung der DVD  
Bonn, 22.7.2003

Telefon: 0228/22 24 98  
Telefax: 0228/24 38 470

dvd@datenschutzverein.de  
www.datenschutzverein.de

**Missbrauch des Datenschutzes durch die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)**

Einen skandalösen Datenschutzvorfall ganz besonderer Art hat derzeit die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), die gesetzliche Vertretung aller Kassenzahnärzte, zu verantworten: In ganzseitigen Anzeigen wendet sich die KZBV mit der Parole "Wir finden, Datenschutz ist genauso wichtig" an die Öffentlichkeit. Sie protestiert damit gegen die Pläne des Bundesgesundheitsministeriums, eine neue Gesundheitschipkarte einzuführen. Sie behauptet: "Ihre kompletten Gesundheitsdaten sollen auf einer Karte erfasst werden" und unterstellt, dadurch würden die Menschen zu "gläsernen Patienten".

Dazu erklärt der Vorsitzende der Deutschen Vereinigung für Datenschutz, Dr. Thilo Weichert:

"Die Wahrung des Patientengeheimnisses ist absolut wichtig. Die KZBV missbraucht aber den Datenschutz zur Durchsetzung zahnärztlicher Standesinteressen. Wider besseres Wissen werden die Planungen für mehr Transparenz im Gesundheitswesen falsch dargestellt und unbegründet Angst geschürt. Und diese Desinformation wird letztlich von den Kassenbeiträgen der Patienten finanziert. Wer im Glaushaus sitzt - und dies tun viele Zahnärzte, was den Datenschutz in deren Praxis angeht - sollte nicht mit Steinen werfen. Nie war geplant, sämtliche Patientendaten auf eine Chipkarte zu speichern. Wohl ist geplant, mit dieser Chipkarte das Verordnungsverhalten transparenter zu machen. Derartiges kann nur im Interesse der Patienten sein. Es ist traurig, dass die KZBV sich mit ihrer irrationalen Kampagne als Gesprächspartner für eine datenschutzgerechte Gestaltung der Telematik im Gesundheitswesen disqualifiziert. Eine neue chipbasierte Gesundheitskarte muss nicht Missbrauch, sondern kann bei richtiger Gestaltung eben gerade mehr Datensicherheit zur Folge haben.

Die "Datenschützer", auf die sich die KZBV bezieht, lassen sich jedenfalls nicht vor den Lobby-Karren der Zahnärzte spannen. Den Zahnärzten geht es "um die Substanz". Damit scheinen sie aber weniger den Datenschutz oder die Patienteninteressen im Blick zu haben als die eigenen Bankkonten.

## **Anhang 14: Stellungnahme der Pharmaindustrie und Arzneimittelhersteller – E-Mail vom Pharmig (Österreich)**

E-Mail vom 12. September 2014:

Sehr geehrte Frau Beck!

Zur Einführung der e-card gab es die ersten Gesetzesentwürfe und Begutachtungsverfahren Ende der 90er Jahre (1998/1999). Wir konnten jedoch keine Unterlagen finden, wonach sich die Pharmig – Verband der pharmazeutischen Industrie damals an dem Begutachtungsverfahren beteiligt hat. Über die Motive darüber können wir Ihnen leider keine Auskunft erteilen; der nunmehr tätige Generalsekretär „erst“ seit 2004 tätig ist.

Im Rahmen des Begutachtungsverfahrens zur Elektronischen Gesundheitsakte ELGA (ELGA-Gesetz) hat die Pharmig in Ihrer Stellungnahme nur kurz auf die geplante Einführung von ELGA Bezug genommen, nämlich dass es grundsätzlich positiv zu sehen ist, wenn Möglichkeiten geschaffen werden, die helfen, die vorhandenen Mittel besser einzusetzen sowie Doppel- und Mehrfachbefundungen zu vermeiden.

Im Rahmen unserer Stellungnahme haben wir aber auch darauf hingewiesen, dass es sich bei Gesundheitsdaten um sensible Daten handelt und daher auch das individuelle Recht auf Datenschutz berücksichtigt werden muss. Die entsprechende Stellungnahme finden Sie unter [http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIV/ME/ME\\_00260/index.shtml](http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIV/ME/ME_00260/index.shtml) .

Grundsätzlich steht die Pharmig Maßnahmen, die darauf abzielen die Strukturen im Gesundheitswesen effizienter und transparenter zu gestalten sowie die Qualität des Gesundheitswesens in Österreich zu erhöhen, positiv gegenüber.

Für weitere Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

>>*anonymisiert*<<