

Die digitale Zukunft des Gesundheitswesens – Solidarität vs. Individualisierung?

Von *Gabriele Buchholtz* und *Martin Scheffel-Kain*

I. Einleitung – Die Zukunft des Gesundheitswesens ist digital

Die Zukunft des Gesundheitswesens ist digital. Der Gesetzgeber glaubt an die Potenziale der Digitalisierung für das Gesundheitswesen¹ und setzt zunehmend auf innovative digitale medizinische Anwendungen. Von diesem Trend zeugen im Krankenversicherungsrecht etwa die Einführung des eRezepts in §§ 360 f. SGB V², die elektronische Patientenakte (ePA) in §§ 341 ff. SGB V³ und die digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) nach § 33a SGB V⁴. Ein starker Impetus zur Digitalisierung des Gesundheitswesens kommt auch von EU-Ebene. Ein aktuelles Beispiel ist die geplante Verordnung für einen europäischen Raum für Gesundheitsdaten.⁵ Wie wichtig Daten für den Gesundheitssektor sind, belegen auch die jüngeren Bemühungen um ein Gesundheitsdatennutzungsgesetz.

„Digital Health“ soll, so das Versprechen, die Gesundheitsversorgung individueller und effizienter gestalten.⁶ Das klingt verheißungsvoll. Tatsächlich ergeben sich mit der Digitalisierung zahlreiche Möglichkeiten, „eine flächendeckend gute Versorgung zu organisieren [...], Fachkräfte zu entlasten, Ressourcen besser zu nutzen und das Gesundheitswesen“ zukunftsfähig zu gestalten, heißt es etwa im Gesetzesent-

¹ Vgl. etwa die Bundesregierung zum Entwurf eines Gesetzes zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur (Patientendaten-Schutz-Gesetz – PDSG): BT-Drs. 19/18793, S. 1.

² Basierend auf dem Gesetz zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur (Patientendaten-Schutz-Gesetz – PDSG) vom 14. 10. 2020 (BGBl I 2020, 2115).

³ Basierend auf dem Gesetz zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur (Patientendaten-Schutz-Gesetz – PDSG) vom 14. 10. 2020 (BGBl I 2020, 2115).

⁴ Basierend auf dem Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz) v. 09. 12. 2019 (BGBl I 2019, 2562).

⁵ Proposal for a REGULATION OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL on the European Health Data Space, COM/2022/197 final, abrufbar unter: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:52022PC0197>.

⁶ Vgl. etwa die Bundesregierung zum Entwurf eines Gesetzes zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur (Patientendaten-Schutz-Gesetz – PDSG): BT-Drs. 19/18793, S. 1.

wurf zum Patientendatenschutzgesetz.⁷ Diese Entwicklung bringt aber auch Herausforderungen mit sich, die es hier näher zu beleuchten gilt: Mit „Digital Health“ hält „Big Data“ Einzug in das Gesundheitswesen. Ermöglicht wird damit eine ständige digitale „Vermessung“ der Patientinnen und Patienten. Inwiefern durch die neuen digitalen Individualisierungsmöglichkeiten im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eine Verwässerung des Solidaritätsprinzips droht, wird im Folgenden näher erörtert und anhand sog. „Pay-as-you-live“-Programme exemplifiziert. Dabei handelt es sich um eine Initiative der Krankenkassen zur Förderung risikoaversen Verhaltens der Versicherten. Die Funktionsweise dieser Programme ist leicht erklärt: Mithilfe eines technischen Geräts, etwa eines Fitnessarmbandes, erfolgen umfassende Datenanalysen zum Verhalten der Versicherten. Auf dieser Grundlage lassen sich individuelle Fitnessziele definieren. Wer die Ziele erreicht, erhält einen Bonus.⁸ Normativer Anknüpfungspunkt ist § 65a SGB V, wonach ein „Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten“ gezahlt werden kann. Die Vorschrift stärkt den Aspekt der Eigenverantwortung der Versicherten und steht damit ganz im Zeichen der Komplementarität von „Solidarität und Eigenverantwortung“ nach § 1 SGB V.

Die existierenden Bonusprogramme stellen ein Aliud zur in der Regel einkommensabhängigen Beitragsfinanzierung dar,⁹ indem sie verhaltensbezogene Elemente aufweisen. Es fehlt nicht viel Fantasie, um sich vorzustellen, welche Szenarien der GKV drohen. So stellt sich die Frage, ob Beiträge künftig gänzlich risikoabhängig erhoben werden könnten und Kosten für „vermeidbare“ Behandlungen, die auf eine „ungesunde“ Lebensweise zurückzuführen sind, gar nicht mehr von der GKV erstattet werden. Wäre dies rechtlich zulässig und wünschenswert? Um dieser Frage nachzuspüren, werden zunächst die „Pay-as-you-live“-Programme näher definiert, um sodann aus verfassungs- und einfachrechtlicher Sicht auf das Verhältnis von Solidarität und Eigenverantwortung einzugehen. Abschließend ist zu klären, wie eine digitale Neuausrichtung des Solidaritätsprinzips gelingen kann. Dabei wird sich der Fokus auf die wertvolle Ressource „Daten“ richten.

II. Neue Individualisierungsmöglichkeiten im Zuge von „Digital Health“ am Beispiel von „Pay-as-you-live“-Programmen

In der digitalisierten Welt lassen sich Daten in größerem Ausmaß als je zuvor erheben, sammeln und auswerten. Denn jede Online-Aktivität hinterlässt eine Datenspur, einen „digitalen Fußabdruck“. Algorithmen sind längst in der Lage, auf dieser

⁷ BT-Drs. 19/18793, S. 1.

⁸ Vgl. N. Wulff/S. Betz, Daten-Ökosysteme wider Willen: Herausforderungen des Pay-as-you-live-Geschäftsmodells im Kontext deutscher Krankenversicherungen, HMD 2021, S. 494 (494).

⁹ Zu erwähnen ist jedoch, dass die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung zudem gem. Art. 120 Abs. 1 S. 4 GG, §§ 221 ff. SGB V durch Beteiligung des Bundes über Steuergelder erfolgt.

Grundlage die Bedürfnisse des Einzelnen präzise zu erfassen. Die KI-basierte Nutzung von Daten ist für die medizinische Forschung ein großer Gewinn; so belegen zahlreiche Studien, etwa im Bereich der Augenheilkunde oder Onkologie, dass sich die Heilungschancen von Patienten unter Einsatz der neuen Technik signifikant erhöhen.¹⁰ Deutlich wird: Gesundheitsdaten sind ein wichtiges Gut, aus dem wir lernen können, Krankheiten besser zu heilen und die Forschung voranzutreiben. Das gesamte Gesundheitswesen kann davon profitieren. Gesundheitsgefahren lassen sich im Sinne des Präventionsauftrags der gesetzlichen Krankenversicherung präziser erkennen und frühzeitig bannen.¹¹ Dadurch werden Mittel frei, die wiederum eingesetzt werden können, um medizinische Innovationen voranzutreiben.¹²

Allerdings birgt die Entwicklung auch Risiken. Kritiker fürchten eine „radikale Individualisierung“.¹³ Skeptisch heißt es, „Digital Health“ stehe erst am Anfang einer Neuausrichtung der Krankenversicherung in Abkehr vom Solidaritätsgedanken hin zu einer allein „am Gesundheitszustand bemessenen Beitragshöhe“.¹⁴ Technisch ist es längst möglich, Krankenversicherungsbeiträge risikoabhängig festzulegen.¹⁵ Studien belegen auch, dass Menschen im Zuge der digitalen „Selbstsingularisierung“¹⁶ eine wachsende Bereitschaft aufweisen, sich zu entsolidarisieren.¹⁷ Eine fitnessbezogene App-Nutzung erhöht nachweislich die Wahrscheinlichkeit, einer Einschränkung des Solidarprinzips zuzustimmen. Wie ist dieser Trend zu bewerten?

Schauen wir uns die „Pay-as-you-live“-Programme näher an. Sie sind das krankenversicherungsrechtliche Pendant zum seit einiger Zeit in den Kfz-Versicherungen üblichen „Pay-as-you-drive“, d.h. eine besondere Autoversicherung, bei der sich die Prämienhöhe danach richtet, wie das Fahrzeug genutzt wird.¹⁸ „Pay-as-you-live“ meint dagegen „die kontinuierliche Erfassung von Gesundheitsdaten mithilfe tech-

¹⁰ Vgl. D. Byrne, Artificial Intelligence for Improved Patient Outcomes, 2024; G. Buchholtz/A. Brauneck/L. Schmalhorst, Gelingensbedingungen der Datentreuhand – rechtliche und technische Aspekte, NVwZ 2023, S. 206 (206).

¹¹ P. Bitter/S. Uphues, ABIDA-Dossier September 2017, S. 1, abrufbar unter <https://www.abida.de/sites/default/files/13%20Entsolidarisierung.pdf>.

¹² Scholz, in: BeckOK SozR, § 65a SGB V, Rn. 1.

¹³ *Süddeutsche Zeitung*, Gestern noch Versprechen, heute schon Bedrohung, 19.5.2018, abrufbar unter <https://www.sueddeutsche.de/kultur/digitalisierung-und-gesellschaft-heute-hoffnung-morgen-schrecken-1.3985144>.

¹⁴ *Tagesspiegel*, Software und Wearables: Datenschützer warnen vor Fitness-Apps, abrufbar unter <https://www.tagesspiegel.de/gesellschaft/panorama/software-und-wearables-daten-schuetzer-warnen-vor-fitness-apps/12162152.html>.

¹⁵ Bitter/Uphues (Fn. 11), S. 1.

¹⁶ A. Reckwitz, Die Gesellschaft der Singularitäten: Zum Strukturwandel der Moderne, 5. Aufl., 2017, S. 257.

¹⁷ S. Böning /R. Maier-Rigaud/S. Micken, Gefährdet die Nutzung von Gesundheits-Apps und Wearables die solidarische Krankenversicherung, FES-Studie 13/2019.

¹⁸ L. Rudkowski, Anreizsysteme in der privaten Krankenversicherung und das Leitbild der freien Lebensgestaltung des Versicherungsnehmers, VersR 2020, 1016, Fn. 35.

nischer Geräte und die Übermittlung dieser Daten an Versicherungen“.¹⁹ Typischerweise setzen die Krankenkassen bei „Pay-as-you-live“-Programmen auf den Einsatz sog. Wearables oder Fitness-Tracker. Diese am Körper getragenen technischen Anwendungen können Vitalzeichen und Trainingsleistungen der Versicherten erfassen und diese Daten bspw. auf ein Smartphone übertragen; mit Hilfe einer Gesundheits-App werden sie dann an die Krankenversicherungen weitergegeben.²⁰ Die Programme definieren bestimmte Fitnessziele. Erreichen die Nutzenden diese, erhalten sie einen Bonus. Charakteristisch für ein „Pay-as-you-live“-Programm sind demnach in der Regel fünf Kriterien: die Erhebung von Körperdaten ohne Selbsteingabe (1.), die Vermessung mithilfe von digitalen Informations- und Kommunikationssystemen (Hard- und Software) (2.), eine kontinuierliche Datenerfassung (3.), vordefinierte Fitnessziele bzw. Schwellenwerte (4.) sowie bei Zielerreichung der Erhalt einer Belohnung (5.).²¹ Die „Belohnung“ kann vielseitig gestaltet werden; so kann etwa eine Geldzahlung in Form einer (Zu-)Zahlungen beim Erwerb von Fitnessgeräten oder auch eine Tarifierduzierung erfolgen.²² „Pay-as-you-live“ bietet somit Einsparungspotenziale.

Der Trend kommt, wie so oft, aus den USA. „Sag mir, wie du lebst – und ich sage dir, wie viel Prämie du zahlst“, lautet dort schon seit längerem die Devise. Mit John Hancock etwa ist der erste große US-Versicherer bereits 2015 dazu übergegangen, ausschließlich Versicherungspolicen anzubieten, die vom Verbraucher die Weitergabe sensibler Gesundheitsdaten fordern. Auch hierzulande erfreuen sich „Pay-as-you-live“-Bonusprogramme großer Popularität. Alle Krankenkassen nutzen sie. Die Gestaltung der Programme kann allerdings sehr unterschiedlich ausfallen. In der Satzung der „AOK Plus – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen“ etwa findet sich unter § 19a²³ eine solche „Pay-as-you-live“-Regelung. Nach § 19 Abs. 3 lit. i der Satzung erhalten Teilnehmende zunächst 3.000 Bonuspunkte für den Erwerb eines Fitnesstrackers zur sportlichen Betätigung. Weitere 100 Bonuspunkte je Aktivität – gedeckelt auf 15 Aktivitäten im Kalendermonat – erhalten Teilnehmende gem. § 19 a Abs. 4 der Satzung, wenn sie die „AOK Bonus-App“ über ihr eigenes Smartphone nutzen und mindestens einen Kalorienverbrauch von 150 kcal in 30 Minuten oder eine durchschnittliche Herzfrequenz von 120 Schlägen/Minute über einen Zeitraum von mindestens 30 Minuten oder 10.000 Schritte pro Tag nachweisen können. Der Nachweis erfolgt durch automatische Messung mit geeigneten Fitnesstrackern und/oder Apps. Dies kann sich lohnen. So entsprechen 100 Bonuspunkte gem.

¹⁹ Wulf/Betz (Fn. 8) S. 494.

²⁰ Wulf/Betz (Fn. 8) S. 496.

²¹ Wulf/Betz (Fn. 8) S. 496.

²² Wulf/Betz (Fn. 8) S. 496.

²³ AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen, Satzung i.d.F. v. 18. Februar 2022, gültig ab: 01.01.2022.

§ 19 Abs. 5 der Satzung einem Euro. Laut Angaben der AOK Plus können allein darüber 180 Euro Aktivitätsbonus pro Jahr erreicht werden.²⁴

Ermöglicht werden „Pay-as-you-live“-Programme durch § 65a SGB V, der mit „Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten“ überschrieben ist. Nach § 65a Abs. 1 Satz 1 SGB V soll die Krankenkasse in ihrer Satzung bestimmen, unter welchen Voraussetzungen Versicherte, die Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25, 25a und 26 SGB V oder Leistungen für Schutzimpfungen nach § 20i SGB V nutzen, Anspruch auf einen Bonus haben. Der Bonus ist zusätzlich zu der in § 62 Abs. 1 Satz 2 SGB V genannten abgesenkten Belastungsgrenze zu gewähren. § 65a Abs. 1a SGB V erstreckt diese Bonusregelung auf Leistungen der Krankenkassen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V oder auf vergleichbare, qualitätsgesicherte Angebote zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens. Das ist der normative Anknüpfungspunkt für „Pay-as-you-live“-Programme. Um den Nachweis über das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen erbringen zu können, dürfen die Krankenkassen die von ihnen rechtmäßig erhobenen und gespeicherten versicherungsbezogenen Daten mit schriftlicher oder elektronischer Einwilligung der betroffenen Versicherten im erforderlichen Umfang verarbeiten (§ 65 Abs. 1a i. V. m. Abs. 1 S. 2 SGB V, § 284 Abs. 1 SGB V). Die konkrete Ausgestaltung der Bonusprogramme, d. h., auch die Frage, welche Aktivitäten honoriert werden sollen und wie der erforderliche Nachweis zu erbringen ist, bleibt den Krankenkassen überlassen.²⁵ Diese sollen Einzelheiten dazu in ihren Satzungen bestimmen, die wiederum der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde bedürfen (§ 195 Abs. 1 SGB V).

Gewissen Einschränkungen unterliegen die Krankenkassen dabei allerdings doch: So darf die „Erhebung weiterer Daten, z. B. über die Lebensführung der Versicherten“ nicht Gegenstand einer Bonusregelung sein, heißt es in der Gesetzesbegründung.²⁶ Diese Formulierung mag auf den ersten Blick widersprüchlich anmuten, da die Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V bei den Versicherten gerade eine Änderung der Lebensgewohnheiten und Lebensverhältnisse unterstützen sollen.²⁷ Konkret geht es dabei allerdings um die Erhebung von Daten über den aktuellen Gesundheitszustand: So dürfen die Krankenkassen keine Daten aus dem Privatleben der Versicherten nutzen, um daran Bonuszahlungen zu knüpfen.²⁸ Allerdings gibt es auch schwierige Grenzfälle. Wie etwa Boni für das Einhalten eines bestimmten Gewichts oder die Nichtraucherereignis zu bewerten

²⁴ AOK Plus, abrufbar unter <https://www.aok.de/pk/bonus-praemienprogramme/punkte-sammeln/>.

²⁵ Scholz (Fn. 12), § 65a SGB V, Rn. 2a.

²⁶ BT-Drs. 15/1525, 95; *Welti*, in: Becker/Kingreen, § 65a SGB V, Rn. 5a.

²⁷ E. Schneider, Das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention, SGB 2015, S. 599 (601).

²⁸ BT-Drs. 15/1525, 95.

sind, ist umstritten.²⁹ In der Praxis sind solche Regelungen gang und gäbe. So hat die Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen e. V. in einer Studie aus dem Jahr 2015 ermittelt, dass sogenannte gesunde Einzelwerte, d. h. Messwerte, die nur den „positiven Gesundheitsstatus“ der Versicherten abbilden (aber kein gesundheitsförderndes Verhalten honorieren), etwa bei einem Drittel aller Tarife anzutreffen sind.³⁰ Nach vorzugswürdiger Ansicht und insbesondere vor dem Hintergrund der Gesetzesbegründung dürften solche Regelungen jedoch unzulässig sein. Für unzureichend hält auch das frühere Bundesversicherungsamt, das heutige Bundesamt für soziale Sicherung, den Nachweis von Gesundheitswerten im Normbereich; verlangt wird stattdessen eine Kombination aus Gesundheitszustand und beispielsweise einer sportlichen Aktivität.³¹ Auch politisch sind solche Bonuszahlungen umstritten, die nur einen positiven Gesundheitszustand honorieren.³²

III. Vereinbarkeit mit dem Solidaritätsprinzip

1. Verfassungsrechtlicher Ausgangspunkt: Sozialstaatsprinzip aus Art. 20 Abs. 1 GG

Solidarität ist ein vorrechtlicher Begriff, der zunächst die Bereitschaft meint, füreinander einzustehen. Solidarität ist also notwendigerweise gemeinschaftsbezogen.³³ Der Begriff ist per se kein Rechtsbegriff, er hat aber schon seit vielen Jahrhunderten einen rechtlichen Bezug. Im römischen und im französischen Recht verstand man unter Solidarität die gemeinschaftliche Haftung aller für eine Schuld. Ab dem 18. Jahrhundert veränderte der Topos chamäleonartig seine Bedeutung.³⁴ Erinnerung sei dabei vor allem an den Leitspruch der französischen Revolution. „Liberté – Égalité – Fraternité“ steht für die Forderung nach einer Beseitigung sozialer Ungleichheit. Seither weist der Solidaritätsbegriff eine politische, eine moralphilosophische, eine theologische, eine soziologische und auch eine verfassungsrechtliche Dimension auf.³⁵ Im Grundgesetz sucht man allerdings vergeblich nach dem „Solidaritätsbegriff“.³⁶ Naheliegend ist jedoch eine normative Verankerung im Sozialstaatsprinzip nach Art. 20 Abs. 1 GG. Diese Staatszielbestimmung erteilt dem Gesetzgeber den

²⁹ Scholz (Fn. 12), § 65a SGB V, Rn. 2a. Anderer Ansicht sind hingegen R. Vesper-Reich, Bonusmodelle in der gesetzlichen Krankenversicherung – Ein innovativer Ansatz zur Steuerung des Versichertenverhaltens, BKK 2004, S. 399 (401); HessLSG, BeckRS 2010, 67346.

³⁰ Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen e. V., Untersuchung Bonusprogramme der gesetzlichen Krankenkassen, 14. September 2015.

³¹ Bundesversicherungsamt, Sonderbericht zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung, 2018, S. 71.

³² Kleine Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen, BT-Drs. 18/9058, S. 1.

³³ U. Becker/T. Kingreen, Becker/Kingreen-SGB V, § 1, Rn. 4.

³⁴ R. Zuck, in: Quaas/Zuck/Clemens, Medizinrecht, 4. Aufl. 2018, § 2, Rn. 77.

³⁵ Zuck (Fn. 34), § 2, Rn. 77.

³⁶ R. Schlegel/U. Knispel, jurisPK-SGB V, § 1, Rn. 39.

Auftrag zum Ausgleich sozialer Gegensätze und zur Schaffung einer gerechten Sozialordnung. Mittel hierfür ist das einfache Gesetz.³⁷

„Der Schutz in Fällen von Krankheit ist in der sozialstaatlichen Ordnung des Grundgesetzes eine der Grundaufgaben des Staates“.³⁸ So ergibt sich aus dem Sozialstaatsprinzip gem. Art. 20 Abs. 1 GG die Aufgabe des Gesetzgebers, ein funktionierendes Gesundheitswesen zur Absicherung des Krankheitsrisikos zu schaffen³⁹ und dabei für sozialen Ausgleich unter bestmöglicher Berücksichtigung der Interessen aller Beteiligten zu sorgen. Damit ist das sozialstaatliche Umverteilungsprinzip angesprochen, das den Gesetzgeber dazu verpflichtet, soziale Gegensätze auszugleichen und wirtschaftlich Schwächeren Schutz zu bieten.⁴⁰ Die staatliche Gemeinschaft trägt – so das BVerfG – in der Regel die Lasten mit, „die aus einem von der Gesamtheit zu bewältigenden Schicksal entstanden sind und mehr oder weniger zufällig nur einzelne Bürger oder bestimmte Gruppen von ihnen getroffen haben“.⁴¹ Bei der Ausgestaltung der gesetzlichen Krankenversicherung hat der Gesetzgeber allerdings einen weiten Regelungs- und Gestaltungsspielraum.⁴² So bestimmt das Sozialstaatsprinzip zwar das „Ziel einer sozialen Ordnung; den Weg dorthin muss der Gesetzgeber vor dem Hintergrund der je aktuellen sozialpolitischen Herausforderungen finden und beschreiten“.⁴³ Mit Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung als öffentlich-rechtlicher Pflichtversicherung ist der deutsche Gesetzgeber seiner Grundaufgabe nachgekommen und sorgt somit für den Krankenschutz eines Großteils der Bevölkerung.⁴⁴

Der weite Regelungs- und Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers ist – angesichts des stetigen Wandels der gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse⁴⁵ – sinnvoll und berechtigt. Damit steht es dem Gesetzgeber frei, das Verhältnis von Solidarität und Eigenverantwortung näher zu konkretisieren bzw. den Krankenkassen Raum dafür zu belassen. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass die Legislative bei der Ausgestaltung des Sozialstaatsprinzips dazu angehalten ist, unnötige Kosten für die Solidargemeinschaft zu vermeiden. Um einen schonenden Ausgleich dieser widerstreitenden Interessen hat sich der Gesetzgeber mit § 65a SGB V bemüht.

³⁷ *Schlegel/Knispel* (Fn. 36), § 1, Rn. 47.

³⁸ BVerfG v. 31. 10. 1984, 1 BvR 35/82, Rn. 43.

³⁹ *Becker/Kingreen* (Fn. 33), § 1, Rn. 5.

⁴⁰ BVerfGE 100, 271, Rn. 59; C. Röhner, *Ungleichheit und Verfassung*, 2019, S. 52.

⁴¹ BVerfG v. 22. 11. 2000, 1 BvR 2307/94, Rn. 238.

⁴² BVerfG v. 22. 11. 2000, 1 BvR 2307/94, Rn. 239.

⁴³ A. Voßkuhle/T. Wischmeyer, *Grundwissen – Öffentliches Recht: Das Sozialstaatsprinzip*, JuS 2015, S. 693 (693 f.).

⁴⁴ BVerfG v. 31. 10. 1984, 1 BvR 35/82, Rn. 43.

⁴⁵ S. Huster/J. Rux, *BeckOK-GG*, Art. 20 GG, Rn. 210.

2. Einfachgesetzliche Vorgaben

In der gesetzlichen Krankenversicherung findet das Solidaritätsprinzip seine Ausprägung vor allem in den §§ 1, 3, 220 ff. SGB V. So trägt bereits § 1 SGB V die „Solidarität“ im Titel und Satz 1 der Norm betont die Eigenschaft der Krankenversicherung als Solidargemeinschaft. Auch § 3 SGB V konkretisiert mit der Formulierung „solidarische Finanzierung“ das Solidaritätsprinzip⁴⁶: Demnach werden die Leistungen der Krankenkasse durch Beiträge finanziert (S. 1), die sich in der Regel nach den beitragspflichtigen Einnahmen – und nicht nach dem individuellen Risiko – der Mitglieder richten (S. 2). Die Solidargemeinschaft formiert sich aus den Versicherten und dient dem finanziellen Ausgleich zur Absicherung des Lebensrisikos „Krankheit“.⁴⁷ Ziel dieser Solidargemeinschaft ist es, ein Mindestmaß an sozialer Sicherheit zu gewährleisten.⁴⁸ Grundvoraussetzung für die Solidargemeinschaft ist der Versicherungszwang.⁴⁹ Daneben kommt dem Solidaritätsprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung eine Ausgleichsfunktion zu, die sich als einfach-gesetzliche Konkretisierung des sozialstaatlichen Umverteilungsprinzips darstellt.⁵⁰ Vor allem durch den Umstand, dass die Beiträge in Abhängigkeit von der finanziellen Leistungsfähigkeit, d. h. dem Einkommen der Versicherten bemessen werden, die Leistungen aber für alle Versicherten gleich sind, trägt die GKV zur sozialen Umverteilung bei.⁵¹

Neben dem Solidaritätsprinzip betont das SGB V auch die Eigenverantwortung. Sie findet sich gemeinsam mit der Solidarität in der Überschrift des § 1 SGB V. Hier ist bereits das potenzielle Spannungsverhältnis zwischen den beiden Grundsätzen angelegt. Konkret normiert Satz 2 SGB V die Aufgabe der Solidargemeinschaft, die gesundheitliche Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten zu fördern und Satz 3 SGB V betont die Mitverantwortung der Versicherten für ihre Gesundheit. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass daraus keine Pflicht für die Versicherten erwächst.⁵² Vielmehr stellt die Norm einen Programmsatz dar, dessen Nichtbeachtung rechtlich folgenlos bleibt.⁵³ In ihrer Gesetzesbegründung kommentiert die Bundesregierung die von ihr vorgeschlagene Einführung des Begriffs „Eigenverantwortung“ wie folgt:

„Diese Vorschrift betont als Einweisungsvorschrift des SGB V sowohl die Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung als Solidargemeinschaft als auch die Eigenverantwortung der Versicherten. Diese beiden Aspekte stehen in einem engen Zusammenhang zueinander.

⁴⁶ K. Peters, BeckOGK, § 3 SGB V, Rn. 3.

⁴⁷ Becker/Kingreen (Fn. 33), § 1 SGB V, Rn. 4.

⁴⁸ Huster/Rux (Fn. 46), Art. 20 GG, Rn. 211.

⁴⁹ R. Schlegel, Editorial, SGb 06.17, S. I.

⁵⁰ Schlegel/Knispel (Fn. 36), § 1 SGB V, Rn. 49.

⁵¹ Becker/Kingreen (Fn. 33), § 1 SGB V, Rn. 4.

⁵² R. Geene/J. Heberlein/G. Buchholtz, in: BeckOK SozR, § 1 SGB V, Rn. 12.

⁵³ J. Prütting, Rechtsgebietsübergreifende Normenkollisionen, S. 5.

Die Funktionsfähigkeit der Solidargemeinschaft der GKV wird gestärkt, wenn diejenigen, die diese Gemeinschaft in Anspruch nehmen, ihre Gesundheit erhalten.“⁵⁴

Über den sich aus § 1 SGB V ergebenden Förderauftrag zur Eigenverantwortung hinaus ist das SGB V – mit Ausnahme der sehr eng gefassten Regelungen zur Leistungsbeschränkung bei Selbstverschulden und zum Leistungsausschluss nach §§ 52, 52a SGB V – hinsichtlich der Eigenverantwortung sehr zurückhaltend.⁵⁵ Insgesamt lässt sich festhalten, dass Solidarität und Eigenverantwortung nach der Konzeption des SGB V keine Gegenbegriffe sind; vielmehr stehen sie in einer – mitunter recht spannungsreichen – Wechselbeziehung.

Im Spannungsfeld zwischen Solidarität und Eigenverantwortung bewegen sich auch die „Pay-as-you-live“-Programme der gesetzlichen Krankenkassen. Dabei ist zunächst festzuhalten, dass eine risikobasierte Beitragsfestsetzung und entsprechende „Pay-as-you-live“-Tarife nicht mit der solidarischen Finanzierung vereinbar wären.⁵⁶ Allerdings bewirken auch „Pay-as-you-live“-Programme eine gewisse Verschiebung im Zusammenspiel von Solidarität und Eigenverantwortung, indem sie den letztgenannten Aspekt stärker in den Fokus rücken. So hatte es auch der Gesetzgeber bei Schaffung des § 65a SGB V im Sinn, der ja gerade Anreize zu gesundheitsbewusstem Verhalten schaffen und zugleich die Wirtschaftlichkeit der Krankenversicherung durch Einsparungen und Effizienzsteigerungen fördern soll; Absatz 3 der Vorschrift betont diesen sogleich näher zu erörternden Wirtschaftlichkeitsaspekt.⁵⁷

Dass Bonusprogramme, die lediglich einen positiven Gesundheitszustand honorieren, nach vorzugswürdiger Ansicht unzulässig sind, ist bereits betont worden. Gerade bei chronisch kranken Menschen hätte ein solches Bonusprogramm besonders gravierende Folgen. In einer kleinen Anfrage der Grünen zu verhaltensbasierten Versicherungstarifen in der gesetzlichen Krankenversicherung aus dem Jahr 2016 heißt es:

„Wenn der bloße positive Gesundheitszustand mit Prämien belohnt wird, welche sich im Endeffekt als Beitragsreduzierung auswirken, anstatt alle Versicherte gleichermaßen für ein gesundheitsförderndes Verhalten zu belohnen, schließt dies chronisch Kranke per se von der Erfüllung der Programmvorgaben und ergo von einer Bonuszahlung aus.“⁵⁸

Somit muss der Bezug von Boni grundsätzlich auch chronisch Kranken offenstehen. Sie sind zwar naturgemäß nicht in der Lage, ihren chronischen Krankheitszustand im Wege einer Verhaltensänderung zu beeinflussen. Ihnen sind aber entsprechende Angebote oder Kompensationsmöglichkeiten zu unterbreiten, andernfalls

⁵⁴ BT-Drs. 18/4282, S. 32.

⁵⁵ Becker/Kingreen (Fn. 33), § 1, Rn. 8; Teilweise werden etwaige Zuzahlungen wie z. B. bei Arznei- und Verbandsmitteln nach § 31 Abs. 3 SGB V ebenso der Eigenverantwortung zugeordnet, vgl. Schlegel/Knispel (Fn. 36), § 1 SGB V, Rn. 80.

⁵⁶ Deutscher Ethikrat, Stellungnahme, Big Data und Gesundheit, 2017, S. 234.

⁵⁷ M. Roters, BeckOGK, § 65a SGB V, Rn. 4.

⁵⁸ BT-Drs. 18/9058, S. 1.

entstünden auch Verwerfungen mit Blick auf den allgemeinen Gleichbehandlungsgrundsatz nach Art. 3 Abs. 1 GG.⁵⁹ Das bedeutet, dass Boni beispielsweise auch für die Teilnahme an Funktionstraining oder Selbsthilfegruppen gezahlt werden müssen.⁶⁰ Personen, die diese Angebote aus unterschiedlichen Gründen nicht erreichen, sind gesondert zu adressieren, um auch ihnen jedenfalls die Möglichkeit der Teilnahme einzuräumen. Gerade dieses Anliegen verfolgt der Gesetzgeber mit § 65a SGB V. Er sorgt dafür, dass die Beitragserhebung weitgehend von der finanziellen Leistungsfähigkeit abhängig bleibt. Außerdem sind die Aufwendungen für die Boni nach § 65a Abs. 3 S. 1 SGB V⁶¹ mittelfristig aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die durch diese Maßnahmen erzielt wurden, zu finanzieren. Somit werden die Beitragsreduzierungen mittelfristig nicht zulasten der Solidargemeinschaft finanziert, worauf noch näher einzugehen sein wird.

IV. Weitere rechtliche Implikationen

Es konnte gezeigt werden, dass „Pay-as-you-live“-Programme aufgrund ihrer stärkeren Ausrichtungen am Einzelnen Spannungen zwischen Solidarität und Eigenverantwortung verursachen. Rechtliche Implikationen haben diese Programme aber auch für das Recht auf informationelle Selbstbestimmung nach Art. 2 Abs. 1 und Art. 1 Abs. 1 GG sowie auf das Wirtschaftlichkeitsgebot nach dem SGB V.

1. Vereinbarkeit mit dem Recht auf informationelle Selbstbestimmung aus Art. 2 I i. V. m. Art. 1 I GG

Verfassungsrechtlich problematisch können „Pay-as-you-live“-Bonusprogramme mit Blick auf das allgemeine Persönlichkeitsrecht aus Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG in Gestalt des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung sein. Als solches trägt es „Gefährdungen und Verletzungen der Persönlichkeit Rechnung, die sich unter den Bedingungen moderner Datenverarbeitung aus informationsbezogenen Maßnahmen ergeben“, formuliert das BVerfG.⁶² Von der Gewährleistung des Grundrechts umfasst ist „die Befugnis des Einzelnen, grundsätzlich selbst über die Preisgabe und Verwendung seiner persönlichen Daten zu bestimmen“.⁶³ Allerdings wird das Recht auf informationelle Selbstbestimmung nicht schrankenlos gewährleistet. So hat der Einzelne in den Worten des BVerfG kein

⁵⁹ W. Kluth/S. Bauer, Grundlagen und Grenzen von Mitwirkungssystemen der Versicherten und Anreizsystemen für Prävention in der Gesetzlichen Krankenversicherung, VSSR 2010, 341 (358); C. Gebert, Verhaltens- und verhältnisbezogene Primärprävention und Gesundheitsförderung im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung, 2020, S. 217 ff.

⁶⁰ Welti (Fn. 33), § 65a SGB V, Rn. 5a.

⁶¹ Auf etwaige Probleme hinsichtlich der Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots nach §§ 2 Abs. 1, Abs. 4, 12 SGB V wird im Folgenden gesondert eingegangen.

⁶² BVerfG v. 24.01.2012, 1 BvR 1299/05, Rn. 122.

⁶³ BVerfG v. 15.12.1983, 1 BvR 209/83, Rn. 147.

„Recht im Sinne einer absoluten, uneinschränkbaren Herrschaft über ‚seine‘ Daten; er ist vielmehr eine sich innerhalb der sozialen Gemeinschaft entfaltende, auf Kommunikation angewiesene Persönlichkeit. Information, auch soweit sie personenbezogen ist, stellt ein Abbild sozialer Realität dar, das nicht ausschließlich dem Betroffenen allein zugeordnet werden kann. [...] Grundsätzlich muss daher der Einzelne Einschränkungen seines Rechts auf informationelle Selbstbestimmung im überwiegenden Allgemeininteresse hinnehmen.“⁶⁴

Konflikte mit dem Recht auf informationelle Selbstbestimmung können sich bei „Pay-as-you-live“-Programmen zum einen deshalb ergeben, weil mithilfe der dabei verwendeten Fitness-Tracker in der Regel viel mehr Daten erhoben werden als etwa bei der Teilnahme an analogen Gesundheitskursen oder analogen Bonusprogrammen.⁶⁵ Die erhobenen Gesundheitsdaten sind für die Krankenkassen als Träger der GKV durchaus interessant. Allerdings bietet das Recht auf informationelle Selbstbestimmung dem Einzelnen Schutz gegen die unbegrenzte Erhebung, Speicherung, Verwendung und Weitergabe seiner persönlichen Daten. Auch der Grundsatz der Datenminimierung nach Art. 5 Abs. 1 lit. c DSGVO besagt, dass personenbezogene Daten dem Zweck angemessen und erheblich sowie auf das für die Zwecke der Verarbeitung notwendige Maß beschränkt sein müssen. Entsprechend sieht § 284 SGB V eine strenge Zweckbindung und eine Beschränkung der Datennutzung auf das erforderliche Maß vor.

Zum anderen bergen „Pay-as-you-live“-Programme auch deshalb Risiken für das Recht auf informationelle Selbstbestimmung, weil sie, obwohl die Teilnahme an den Bonusprogrammen grundsätzlich freiwillig ist, eine gewisse „Zwangswirkung“ entfalten können, sich in einer bestimmten Weise zu verhalten und die eigenen Daten freizugeben. Indem die Bonuszahlung an ein Verhalten und das Datenteilen gekoppelt wird, entsteht eine besondere „Anreizwirkung“, die schnell in einen als solchen empfundenen „Zwang“ umschlagen kann. Die aktuelle Ausgestaltung des § 65a SGB V weist sich zwar als verhältnismäßig, da sie auf dem Prinzip der Freiwilligkeit basiert. In der Praxis können „Pay-as-you-live“-Programme indes, wenn auch nicht beabsichtigt, einen empfundenen „Zwang“ der Datenabgabe und einen mittelbaren Eingriff in das Recht auf informationelle Selbstbestimmung bewirken. Bei der Gestaltung von „Pay-as-you-live“-Programmen ist folglich genauestens darauf zu achten, dass eine solche Zwangswirkung nicht entsteht.

2. Vereinbarkeit mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot

Weiterhin stellt sich die Frage, ob „Pay-as-you-live“-Bonusprogramme als präventive Leistungen dem Wirtschaftlichkeitsgebot aus §§ 2 Abs. 1, Abs. 4, 12 SGB V entsprechen. Nach § 12 Abs. 1 SGB V müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen

⁶⁴ BVerfG v. 15. 12. 1983, 1 BvR 209/83, Rn. 148.

⁶⁵ J. Brönneke/D. Kipker, Fitness-Apps in Bonusprogrammen gesetzlicher Krankenkassen, Sozial- und datenschutzrechtliche Anforderungen, GesR 2015, S. 211 (212).

nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht erbringen und die Krankenkassen nicht bewilligen. Fraglich ist, ob etwaige bspw. auf Fitness-trackern basierende Bonusprogramme diesem Grundsatz entsprechen. Mit § 65a SGB V wird eine Ausgabenneutralität der Boni gefordert. Demnach sind die Aufwendungen für Maßnahmen nach § 65a Abs. 1a SGB V mittelfristig – d. h. innerhalb von fünf Jahren⁶⁶ – aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die durch die Maßnahme erzielt werden, zu finanzieren. So kann der zu gewährende Bonus auch nur so hoch sein wie die durchschnittliche Einsparung.⁶⁷ Die Krankenkassen haben gem. § 65a Abs. 3 Satz 2 SGB V regelmäßig, mindestens alle drei Jahre, über diese Einsparungen gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde Rechenschaft abzulegen. Werden keine Einsparungen erzielt, dürfen keine Boni für die entsprechenden Versorgungsformen gewährt werden. Somit sind bei „Pay-as-you-live“-Programmen nach Maßgabe des § 65a SGB V „gesundheitliche Prävention und wirtschaftlicher Nutzen“ „aufs engste verschränkt“.⁶⁸

Dabei tritt allerdings ein „Evidenzproblem“ auf.⁶⁹ Bei einzelnen Versicherten lässt sich der Nachweis über die Präventionswirkung und die Kosteneinsparungen kaum führen.⁷⁰ Abzustellen ist daher auf das Versicherungskollektiv.⁷¹ Experten kommen indes zu dem ernüchternden Ergebnis, dass sich weder die Kosteneinsparung noch die präventive Wirksamkeit der Bonusprogramme belegen lassen.⁷² Insbesondere ist es sehr wahrscheinlich, dass Bonusprogramme gerade Menschen „mit einer positiven Risikoselektion ansprechen, also bereits sportlich aktive, junge und sozio-ökonomisch besser gestellte Menschen“.⁷³ Zu einem ähnlichen Befund gelangte im Jahr 2016 auch das Bundesamt für Soziale Sicherung⁷⁴ bei Apps in Verbindung mit Tracking-Funktionen.⁷⁵ Diese Anwendungen, hieß es bilanzierend, genügten den Voraussetzungen „nachweisbar“ und „qualitätsgesichert“ regelmäßig

⁶⁶ BT-Drs. 15/1525, S. 96; *Roters* (Fn. 58), § 65a SGB V, Rn. 9.

⁶⁷ *Welti* (Fn. 26), § 65a SGB V, Rn. 8.

⁶⁸ *Wulf/Betz* (Fn. 8), S. 503.

⁶⁹ *Wulf/Betz* (Fn. 8), S. 503.

⁷⁰ *Roters* (Fn. 58), § 65a SGB V, Rn. 9.

⁷¹ *Welti* (Fn. 26), § 65a SGB V, Rn. 7.

⁷² *Wulf/Betz* (Fn. 8), S. 503.

⁷³ *Wulf/Betz* (Fn. 8), S. 503 mit Verweis auf: *C. Arenzt/R. Rehm*, Behavior-based Tariffs in health insurance: Compatibility with the German system, Otto-Wolff-Discussion Paper, No. 04/2016, Otto-Wolff-Institut für Wirtschaftsforschung, 2016.

⁷⁴ Damals noch Bundesversicherungsamt.

⁷⁵ Bundesversicherungsamt, Tätigkeitsbericht 2016, S. 25, abrufbar unter <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Presse/epaper2016/epaper/ausgabe.pdf>; *P. Bitter/S. Uphues*, ABIDA-Dossier September 2017, S. 7, abrufbar unter <https://www.abida.de/sites/default/files/13%20Entsolidarisierung.pdf>.

nicht.⁷⁶ Um jedoch den Voraussetzungen des § 65a Abs. 3 SGB V und auch dem Wirtschaftlichkeitsgebot aus §§ 2 Abs. 1, Abs. 4, 12 SGB V zu genügen, muss dieser Nachweis erbracht werden. Es wird sich zeigen, wie Krankenkassen mit ihrem „Pay-as-you-live“-Programme diesen Vorgaben künftig entsprechen können. Als Lösung ist vorgeschlagen worden, ein unabhängiges Gremium einzusetzen, dass die medizinische und wirtschaftliche Evidenz von „Pay-as-you-live“-Programmen untersucht und mit anderen Präventionsmaßnahmen abgleicht.⁷⁷ In der Literatur gibt es dagegen ganz andere Vorschläge: Weil der Nachweis der Präventionswirkung kaum zu erbringen ist, wird etwa vorgeschlagen, ein steuerfinanziertes „Präventionsgeld“ einzuführen, das allen Bürgern zugutekommen soll.⁷⁸ Der Vorteil einer solchen Sozialleistung bestünde darin, dass die Präventions- und Anreizwirkung die gesamte Bevölkerung und nicht nur die GKV-Versicherten erfassen würde „und damit dem gesamtgesellschaftlichen Bezug von Prävention näherkäme“.⁷⁹ So empfiehlt auch die Verbraucherkommission Baden-Württemberg in einer Studie aus dem Jahr 2021, „Anreize für gesundheitsbewusstes Verhalten möglichst von der Prämiegestaltung und etwaigen Beitragsrückerstattungen zu entkoppeln“.⁸⁰

V. Fazit

Die Möglichkeiten von „Digital Health“ sind vielfältig; dem Gesundheitswesen bieten sie viele Chancen. Die Entwicklungen, so innovativ sie auch erscheinen mögen, sind aber kritisch zu begleiten und ebenso kritisch zu hinterfragen. Insbesondere sind Bonusprogramme mit Bedacht zu gestalten; den positiven Gesundheitszustand dürfen sie nicht belohnen, sondern nur Verhaltensänderungen. Einen „Zwang“ zur Verhaltensänderung darf es dabei nicht geben. Die Boni dürfen lediglich einen zusätzlichen Anreiz zu einem bereits intrinsisch motivierten gesundheitsbewussten Verhalten schaffen. Der Gedanke der Eigenverantwortung sollte höchstens im Angebot zur Befähigung zum gesunden Lebensstil Anklang finden, nicht aber in der Pflicht, einen solchen Lebensstil zu pflegen. Gelingt es den Krankenkassen, diese Voraussetzungen zu erfüllen, besteht die Chance zur Stärkung der Eigenverantwortung im Rahmen der Prävention, ohne diejenigen zu benachteiligen, die davon keinen Gebrauch machen möchten. „Pay-as-you-live“-Programme sind also bei Wahrung der aufgezeigten Anforderungen ein sinnvolles Instrument der Krankenkassen und brechen – unter den dargestellten Vorzeichen – auch nicht mit dem Grundsatz der solidarischen Finanzierung. Sie sollten allerdings eingebettet sein in eine breitere

⁷⁶ Bundesversicherungsamt, Tätigkeitsbericht 2016, S. 25, abrufbar unter <https://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Presse/epaper2016/epaper/ausgabe.pdf>.

⁷⁷ Wulff/Betz (Fn. 8), S. 503.

⁷⁸ Gebert (Fn. 60), S. 220.

⁷⁹ Gebert (Fn. 60), S. 220.

⁸⁰ Verbraucherkommission Baden-Württemberg, Stellungnahme Nr. 60b/2021, Handlungsempfehlungen zu Pay-as-you-live-Tarifen im Gesundheitswesen, Hintergrundpapier vom 09.12.2021.

Präventionsstrategie. Nachbesserungsbedarf besteht überdies beim Nachweis der Evidenz. Nicht zuletzt fordern „Pay-as-you-live“-Programme dazu heraus, sich mit der Frage zu befassen, wie sich die Individualisierungsansätze mit der Solidarität verbinden lassen und wie eine digitale Neuausrichtung des Solidaritätsprinzips aussehen könnte.

VI. Ausblick: Digitale Neuausrichtung des Solidaritätsprinzips

Das solidarische Gesundheitswesen der Zukunft ist auf Daten angewiesen. Unter diesen Vorzeichen ist das Solidarprinzip weiterzudenken. Gesundheitsleistungen werden zunehmend auf der Zusammenführung und Auswertung von Daten beruhen. Das Versprechen der Digitalisierung, Menschenleben zu retten, lässt sich nur erfüllen, wenn die Menschen solidarisch mit ihren Daten umgehen und die Daten – ähnlich wie mit unseren Versicherungsbeiträgen – zur Versorgung aller genutzt werden können. Daten, die in einem solidarisch finanzierten System generiert werden, sollen zugunsten des Kollektivs genutzt werden können. Im Einklang mit dem Patientendatenschutz müssen die Betroffenen die Möglichkeit haben, ihre Daten im eigenen Interesse auswerten zu lassen. „Opt-out-Lösung“ ist hier das Stichwort. Zu begrüßen sind daher jüngere Bestrebungen der solidarischen Datennutzung im Zuge des geplanten Gesundheitsdatennutzungsgesetzes. Abschließend gilt: Wir werden uns an ein digitales Gesundheitsmanagement gewöhnen müssen. Nun gilt es, diese Entwicklung solidarisch zu gestalten. Im Zentrum steht der freiwillige, aber solidarische Umgang mit Daten in der GKV.

Literatur

- Buchholtz, Gabriele/Brauneck, Alissa/Schmalhorst, Louisa:* Gelingensbedingungen der Datentreuhand – rechtliche und technische Aspekte, NVwZ 2023, 206 ff.
- Rudkowski, Lena:* Anreizsysteme in der privaten Krankenversicherung und das Leitbild der freien Lebensgestaltung des Versicherungsnehmers, VersR 2020, 1016 ff.
- Vesper-Reich, Ricarda:* Bonusmodelle in der gesetzlichen Krankenversicherung – Ein innovativer Ansatz zur Steuerung des Versichertenverhaltens, BKK 2004, 399 ff.
- Wulf, Nele/Betz, Stefanie:* Daten-Ökosysteme wider Willen: Herausforderungen des Pay-as-you-live-Geschäftsmodells im Kontext deutscher Krankenversicherungen, HMD 2021, 494 ff.