

# Zeit zu teilen? Ein Beitrag zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung

ERWIN RÜDDEL,  
SILVIA WOSKOWSKI

Erwin Josef Rüdell ist Mitglied des Deutschen Bundestages, ehemaliger Vorsitzender und Mitglied des Ausschusses für Gesundheit und stellvertretendes Mitglied im Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Dr. iur. Silvia Woskowski, LL.M. ist Rechtsanwältin in Berlin. Sie befasst sich schwerpunktmäßig mit rechtlichen und gesellschaftspolitischen Systemfragestellungen der Digitalisierung und Präzisionsmedizin auf nationaler und europäischer Ebene

**Gesundheitsdaten könnten erheblich dazu beitragen die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung zu stabilisieren. Warum nicht eine ergänzende Lösung suchen, die neben Steuern, Bundeszuschüssen und Beitragssätzen „out of the box“ gedacht auch diejenigen strukturell in die Finanzierung einbezieht, die ein nachweisbares berechtigtes gesellschaftliches Interesse an ihrer wirtschaftlichen Nutzung haben? Dabei geht es nicht darum, Gesundheitsdaten „zu verkaufen“, sondern um Translation. Translation zur Verbesserung der Versorgung und zur Hebung finanzieller Reserven, durch die ökonomische Unterlegung existierender, immer mehr an Bedeutung gewinnender Datenströme. Mit dem Ziel, diesen Wert im Sinne der Versichertengemeinschaft transparent und nachhaltig für das Sozialversicherungssystem zu erhalten.**

## 1. Ausgangslage

Die finanzielle Lage der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist wesentlich schlechter als in den vergangenen Jahren und wird sich perspektivisch dramatisch weiter verschlechtern. Ursächlich dafür sind sinkende Einnahmen infolge des demografischen Wandels, das Ausgabenhoch während der Pandemie und intensive Kosten für die dringend notwendige Umsetzung der digitalen Transformation und des medizinisch-technischen Fortschritts. Dies führt gemeinsam mit der gestiegenen Zahl und der Erweiterung von GKV-Mitgliedern und der Inflation zu einem immer größer werdenden Finanzierungsdefizit. Kurzfristig lässt sich darauf vielleicht noch mit bereits diskutierten Strukturmaßnahmen – insbesondere der Dynamisierung des Bundeszuschusses für versicherungsfremde Leistungen und auskömmlichen Beiträgen für die Gesundheitsversorgung von Versicherten mit SGB II-Bezügen – reagieren, aber dann wird es eng. Zu eng, weil spätestens 2025 ein noch

massiveres Finanzierungs- und Beitragssatzerhöhungsproblem entsteht. Dieser Zustand löst Debatten über Ausgabenprobleme, Anpassungen der Beitragsbemessungs- und Geringfügigkeitsgrenze, Selbstbehalt und Sonderabgaben aus. Und führt auch zu der Frage, ob wir eine zusätzliche Säule als Strukturergänzung für die Finanzierung der GKV brauchen. Diese könnte in einer zeitgemäßen, solidarischen Nutzung der Gesundheitsdaten liegen und dabei gleichzeitig Raum für ein wettbewerbsstarkes Deutschland als Standort für Wissenschaft und Forschung schaffen. Letzteres ist Gegenstand aktueller Diskussionen zur Stärkung des Forschungsstandorts durch eine bessere Nutzung von Gesundheitsdaten und Künstlicher Intelligenz (KI).<sup>1</sup> Dazu soll

1 S. Antrag der Fraktion CDU/CSU BT-Drs. 20/5805 unter: [https://dip.bundestag.de/vorgang/gesundheit-forschungsstandort-deutschland-st%C3%A4rken-bessere-rahmenbedingungen-f%C3%BCr-datenutzung/296948?f\\_wahlperiode=20&rows=25&pos=8](https://dip.bundestag.de/vorgang/gesundheit-forschungsstandort-deutschland-st%C3%A4rken-bessere-rahmenbedingungen-f%C3%BCr-datenutzung/296948?f_wahlperiode=20&rows=25&pos=8) [Stand 31.03.2023].

auch der forschenden Industrie Datenzugang beim Forschungsdatenzentrum Gesundheit (FDZ) gewährt werden<sup>2</sup>, weil ökonomische Interessen Innovationen begünstigen und damit auch zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung beitragen können. Bislang ist die Nutzung der Daten aus dem FDZ frei. Nutzungsgebühren werden nach der Datentransparenz- Gebührenverordnung (DaTraGebV) ausschließlich zur Deckung des Verwaltungsaufwandes erhoben.<sup>3</sup> Und das, obwohl diese Daten von beachtlichem monetären Wert sind, der in Deutschland zur Aufrechterhaltung der GKV genutzt und zweckgebunden zur Entlastung der Versicherten eingesetzt werden könnte.

## 2. Umsetzung

Geht das und wie sieht so ein Weg aus? Worin liegen die Vorteile, wenn wir ihn beschreiten? Welche Sicherheiten sind zu gewährleisten und mit welchen Handlungen lässt sich eine zeitgemäße Nutzung mit einem fairen Ausgleich zugunsten der Solidargemeinschaft erreichen?

### 2.1. Struktur

Die Versicherten sind der Kern unseres Sozialversicherungssystems, ihnen dient der soziale Sicherungsauftrag. Daraus folgt die Aufgabe des Staates, die Grundversorgung kurz-, mittel- und langfristig zu gewährleisten<sup>4</sup> und Leistungen dem medizinischen Fortschritt anzupassen<sup>5</sup>. Um das zu erreichen, könnten die Krankenkassen Gesundheitsdaten für ihre Beitragszahler als Teil eines regulierten Wachstumsmarktes anbieten und einen geldwerten Vorteil generieren. Immer unter der grundsätzlichen Bedingung einer transparenten, regulierten Nutzung, mit dem Zweck, die Einnahmen ausschließlich zur Finanzierung des Krankenversicherungssystems zu verwenden. Dabei wären alle Systembeteiligten einzubeziehen, die ein nachweisbares und berechtigtes gesamtgesellschaftliches Interesse an der Nutzung der Gesundheitsdaten haben. Sie sollten Gesundheitsdaten ausschließlich zweckgebunden zur Weiterentwicklung und Aufrechterhaltung des Gesundheitswesens nach transparenten Kriterien verwenden können und dafür einen finanziellen Ausgleich an das Sozialversicherungssystem leisten.

Bezüglich der Daten ist dazu zwischen der Nutzbarmachung bereits vorhandener medizinischer Altdaten und der Nut-

zung neu zu generierender Gesundheitsdaten zu differenzieren. Dies ist notwendig, weil vorhandene Altdaten i. d. R. erst nach einheitlichen, qualitätsgeprüften Maßstäben aufbereitet werden müssen, um z. B. für die Beantwortung datengetriebener Forschungsfragen genutzt werden zu können. Bereits in der Aufbereitung liegt eine Nutzung mit hohem monetären Wert und einer schon heute im Markt als Geschäftsmodell erkannten Verwendung. Da diese ebenso wie auch darüberhinausgehende Nutzungen zum Zeitpunkt der Datengenerierung nicht Gegenstand der Erhebung waren, müssen bereits existierende Datenmengen mit Blick auf ihre Qualität und weitere Verwendung getrennt betrachtet werden. Für Neudaten gilt dies nicht, wenn sie individuell patientenzentriert generiert und entsprechend verwaltet werden. Hierfür brauchen wir Datenräume, die für jeden Versicherten gemeinsam mit einer, in einem einheitlichen Format existierenden elektronischen Patientenakte (ePA) im Opt-Out-Verfahren – alle Versicherten erhalten eine ePA, es sei denn, sie widersprechen – die konzeptionell auch Anwendungen zu Big-Data-Analysen, künstlicher Intelligenz, der Implementierung von Follow-up-Dokumentationen, Datenspenden und die Einholung von Zweitmeinungen zulässt, eingerichtet werden. So entsteht ein Gesamtüberblick des Gesundheitsstatus einer Person, der behandelnden Leistungserbringern übermittelt und durch Routinedaten, Analyseergebnisse und weitere Informationen ergänzt werden kann. Dabei sollten die Versicherten selbstbestimmt entscheiden können, was sie mit wem teilen. Mittelfristig entstehen so Datensätze mit großem individuellen Mehrwert. Einem Mehrwert zur erheblichen Verbesserung der individuellen Versorgung, z. B. durch personalisierte Prävention und Therapien bei schweren Erkrankungen, bis hin zu einer n=1 Medizin. Der vom Individuum nicht nur für die eigene Versorgung, die kollektive Versorgungsforschung und die medizinische Wissenschaft und Forschung, sondern zweckgebunden auch für die Finanzierung und Weiterentwicklung unseres Gesundheitssystems zur Verfügung gestellt werden könnte.

Um Gesundheitsdaten kollektiv zu nutzen, sind 2019 mit dem Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation<sup>6</sup> das FDZ als Teil des Bundesinstitutes für Arzneimittel

und Medizinprodukte (BfArM) und das sog. Datentransparenzverfahren eingeführt worden. Danach sind seit dem 1. Oktober 2022 die Abrechnungsdaten aller GKV-Versicherten pseudonymisiert von den Krankenkassen über die zentrale Datensammelstelle beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) an das FDZ zu übermitteln. Hier werden sie zu einem zentral gespeicherten Datenpool zusammengeführt und können Anträge zur Nutzung der Daten für Gemeinwohl orientierte wissenschaftliche Forschungsfragen gestellt werden.<sup>7</sup> Beides mit dem Ziel, auf der Basis von Datenanalysen die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung zu verbessern. Bislang war umstritten, ob die Nutzung und der Zugang zu diesen medizinischen Datenmengen auch der forschenden Industrie gewährt werden sollte. Dies soll sich nun ändern und primär auf den Zugriffszweck abgestellt werden.<sup>8</sup> Was das konkret bedeutet ist noch unklar, könnte aber dahingehend präzisiert werden, dass auf den Zweck der geplanten

2 Vgl. Digitalisierungsstrategie des Bundesministeriums für Gesundheit, unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemittelungen/digitalisierungsstrategie-vorgelegt-09-03-2023.html> [Stand 31.03.2023].

3 So § 1 Satz 2 DaTraGebV abrufbar unter: [https://www.bfarm.de/DE/Das-BfArM/Aufgaben/Forschungsdatenzentrum/\\_node.html](https://www.bfarm.de/DE/Das-BfArM/Aufgaben/Forschungsdatenzentrum/_node.html) [Stand 31.03.2023].

4 BVerfGE (10.6.2009) 123, 186, 242, juris, Rn. 171 „Der Schutz der Bevölkerung vor dem Risiko der Erkrankung ist in der sozialstaatlichen Ordnung des Grundgesetzes eine Kernaufgabe des Staates.“ S.a. BVerfGE (14.5.1985) 70, 1, juris, Rn. 88 „Für das [...] Ziel, allen Bürgern [...] einen bezahlbaren Krankenversicherungsschutz [...] zu sichern, kann sich der Gesetzgeber auf das Sozialstaatsgebot des Art. 20 Abs. 1 GG berufen. Die Sicherung der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung ist, wie gezeigt, ein Gemeinwohlbelang [...]“

5 Nach § 2 Absatz 1 Satz 3 SGB V ist im System der GKV auch der medizinische Fortschritt zu berücksichtigen. Die Regelung gewährleistet die Teilhabe der Versicherten. Dabei erfolgt die kontinuierliche Modernisierung des Leistungsstandards der GKV durch die Anbindung an die international anerkannten Grundsätze der evidenzbasierten Medizin. Zuständig ist der G-BA, ihn trifft eine Beobachtungs- und Handlungspflicht, um auf einen sich verändernden medizinischen Erkenntnisstand zu reagieren und entsprechend sicherzustellen, dass seine Normsetzung dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht, S. d. BSGE (1.3.2011) 107, 261, juris, Rn. 73 ff.

6 Sog. Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) v. 9.12.2019, BGBl. I, S. 2562.

7 S. d. [https://www.bfarm.de/DE/Das-BfArM/Aufgaben/Forschungsdatenzentrum/\\_node.html](https://www.bfarm.de/DE/Das-BfArM/Aufgaben/Forschungsdatenzentrum/_node.html) [Stand 31.03.2023].

8 S.o. Fn. 1.

Weiternutzung abzustellen ist. Dient die Nutzung nachweisbar der Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung, liegt darin ein gesamtgesellschaftlicher Mehrwert, der mit einem Zugang zu Daten aus dem Sozialversicherungssystem vereinbar wäre. Verfolgt die Nutzung primär ökonomische Zwecke mit unklarer Versorgungsrelevanz, sollte in pflichtgemäßem Ermessen darüber entschieden werden, ob Zugang und Nutzung verwehrt werden. In Mischkonstellationen, bei denen ökonomische Interessen neben einem gesellschaftlichen Mehrwert bestehen, wären in dieser Logik Zugang und Nutzung zu gestatten.

Insoweit ist zu berücksichtigen, dass sich mit der Erweiterung der Zugriffsberechtigung und der nunmehr klarer werdenden Ökonomisierung auch die Bedeutung des Datenpools ändert. Die Gesundheitsdaten der Versicherten bekommen eine Wertigkeit, die der eines Rohstoffs gleicht. Zudem finanzieren sie mit ihren Beitragssätzen mittelbar auch die Umsetzung des Datentransparenzverfahrens und damit die Infrastruktur, die den Datenschatz zugänglich macht. Das ist legitim, wenn sie sich bewusst dafür entscheiden und rechtfertigt einen Anspruch, an der Nutzung zu partizipieren. Nicht nur durch Versorgungsverbesserungen, sondern auch mit einem zweckgebundenen gesamtgesellschaftlichen monetären Ausgleich zur Verringerung der Beitragssätze.

## 2.2. Vorteile und Potenziale

Insgesamt geht es darum, eine interessen-gerechte Partizipation zu ermöglichen. Als Bürger möchte ich ggf. entscheiden, ob und wofür meine Gesundheitsdaten genutzt werden und einen Ausgleich generieren, der dazu führt, dass sich das Gesundheitssystem im Sinne des Fortschritts weiterentwickelt und sich mein Beitragssatz verringert.

Die aufgezeigte Struktur macht das möglich. Sie schafft Mittel für die Umsetzung neuer Leistungen im Zuge der digitalen Transformation und stärkt zugleich den Wissenschafts- und Forschungsstandort Deutschland. Es entsteht ein zusätzlicher haushaltsunabhängiger Finanzierungsteil zur transparenten Absicherung und Weiterentwicklung eines zeitgemäßen Anspruchs auf Gesundheitsversorgung mit sozialverträglichen Beitragssätzen.

## Im Einzelnen ergeben sich folgende Vorteile und Potenziale:

- Mittel zur Systemfinanzierung für die Erfüllung der staatlichen Finanzierungsverantwortung durch eine zusätzliche und nachhaltige, von der Haushaltslage unabhängige wertschöpfungsorientierte Mittelzirkulation
- Verhinderung von Leistungskürzungen und Finanzierungsmodellen mit Selbstbehalt, Sonderabgaben oder Anpassungen der Beitragsbemessungsbzw. Geringfügigkeitsgrenze
- Versorgungsverbesserung durch die Ermöglichung eines erweiterten Leistungsspektrums
- Starke Krankenkassen, die ihren Beitragzahlern durch eine selbstbestimmte, sichere und transparente Verwendung/Nutzung ihrer Daten Zugang zu einer hochwertigen Versorgung mit sozialverträglichen Beitragssätzen gewähren
- Stärkung der Bürgerrechte durch eine transparente, eigenverantwortliche und nachhaltige Beteiligung an der Wertschöpfungskette des Gesundheitssystems
- Vertrauen der Bürger, dass die Entwicklung neuer Geschäftsmodelle nicht durch die kostenfreie Nutzung von Gesundheitsdaten maßgeblich von den Beitragzahlern mit- und refinanziert wird
- Aufwertung des Wissenschafts-, Forschungs- und Wirtschaftsstandorts Deutschland durch zeitgemäße Nutzungsbedingungen für Gesundheitsdaten
- Transparente Übersicht zu laufenden Forschungsprojekten und Forschungs-kooperationen, auch im privatwirtschaftlichen Bereich
- Präventionsdaten als gemeinsame Schnittmenge der Kranken- und Pflegeversicherung

## 2.3. Vorgehen und Sicherheiten

Um diese Vorteile bei den Menschen ankommen zu lassen, benötigen wir andere Sicherheiten als bisher.

Ausgehend von der Annahme, dass die Versicherten transparent informiert selbst darüber entscheiden, wofür, wann, ggü. wem und in welchem Umfang sie ihre Daten zur Verfügung stellen, wird ein normativer Rahmen für eine einheitliche und datenschutzkonforme Verarbeitung und Nutzung der Gesundheitsdaten gebraucht. Nicht nur im Verhältnis zu den behandel-

den Ärzten und Leistungserbringern, sondern auch in Bezug auf die Verwendung in der Wissenschaft und Forschung. Dabei ist es auch eine Frage der Sicherheit, im Umgang mit personenbezogenen Gesundheitsdaten zu gewährleisten, dass es bei Untersuchungen und Behandlungen überhaupt erst einmal zu einem ordentlich ausgewerteten und austauschfähigen Datensatz kommt. Benötigt wird ein DSGVO konformes Datenschutz- und -nutzenkonzept das u. a. Rahmenvorgaben für einheitlich definierte international anerkannte technische Standards, Normen, Terminologien und Interoperabilitätsprofile enthält. Auch für KI basierte Datenanalysen, um die notwendige Datenqualität für deren Anwendung und zugleich vor allem auch den notwendigen Schutz bei Haftungs- und Sicherheitsfragen zu gewährleisten. Bei der Forderung einer Anonymisierung oder Pseudonymisierung stellt sich die Frage, wie sichergestellt werden kann, dass eine Re-Identifizierung nicht oder – soweit dies im Einzelfall im Sinne der Versicherten erforderlich wird –, unter welchen konkreten Bedingungen sie ausschließlich möglich sein soll? Da die vorgeschlagene Nutzung von Gesundheitsdaten zudem über den aktuellen Rahmen und die inhaltlichen Nutzungsmöglichkeiten der Datenübermittlung nach den Vorschriften des Datentransparenzverfahrens hinausgeht, bedarf es auch hier ergänzender Regelungen im SGB V, die alte und neue Grenzen der informationellen Selbstbestimmung wahren.<sup>9</sup> Ausgehend vom Kern einer menschenzentrierten Versorgung stellt sich dabei vor allem eine Frage: „Wem gehören die Daten?“

Die Möglichkeiten, sie zu beantworten, sind divers und damit nicht Teil der Lösung, sondern Kern des Problems. Für eine eindeutige Zuordnung haben wir in Deutschland heute keine klaren Regelungen! Umso paradoxer erscheint die Aussage, dass sich in einem Teil des Problems auch die Lösung finden lässt, wenn man sich die Mühe macht, sie aus der Perspektive des einzelnen Menschen zu suchen. Und genau darum geht es.

Für Eigenverantwortung, Schutz und Nutzen beim Umgang mit Gesundheitsdaten brauchen wir fixe Rahmen und klare Strukturen, die uns vertrauensvoll

<sup>9</sup> In diesem Zusammenhang sind auch die Eilentscheidung des BVerfG, Beschluss der 2. Kammer des Ersten Senats vom 29. März 2020 – 1 BvQ 1/20 –, Rn. 8 und die Entwicklungen der aktuell anhängigen Verfahren zum Datentransparenzverfahren bei Sozialgericht Berlin zu beobachten.

und sicher leiten. Dafür könnte nicht nur neues Recht geschaffen, sondern auch an lang etablierte hochfunktionale Strukturen angeknüpft werden. Denkbar wäre es, die konkrete Frage des Eigentums an personenbezogenen Gesundheitsdaten in Anlehnung an bzw. mittels Integration in die Systematik des Sachenrechts zu lösen. Allerdings sind diese Daten nicht eigentumsfähig. Sie können es aber werden, wenn wir ihnen diese Eigenschaft kraft Gesetzes durch eine entsprechende Anwendung der für Sachen geltenden Vorschriften zuweisen. Aktuelle Fragen ließen sich leichter lösen, wenn man diesen Weg ginge. Personenbezogene Gesundheitsdaten wären dann, zusätzlich zum Schutz des allgemeinen Persönlichkeitsrechts, als eigentumsähnliche Rechtsgüter auch ein Teil des Schutzbereichs der grundrechtlich geschützten Eigentumsgarantie und damit ebenfalls Gegenstand eines Freiheitsraums im vermögensrechtlichen Bereich.<sup>10</sup> Dies entspräche der Bedeutung und dem Grad an Schutzbedürftigkeit als Kehrseite einer neu entstehenden Verletzlichkeit durch ihre Ökonomisierung im Zuge der digitalen Transformation. Mit einem solchen Grundrechtsschutz ließe sich über die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz<sup>11</sup> auch eine klare bundesweite Harmonisierung der Rechtslage zum Gesundheitsdatenschutz und dem Gesundheitsdatennutzen auf Basis der DSGVO erreichen. Ein großer Vorteil für die Menschen und den Wissenschafts- und Forschungsstandort Deutschland, denn für die Frage, ob für das Datenschutzrecht der Bund oder die Länder zuständig sind, enthält das Grundgesetz keine spezielle Gesetzgebungskompetenz. Nach der Rechtsprechung des BVerfG liegt diese nur dann beim Bund, wenn er eine ihm zur Gesetzgebung zugewiesene Materie nicht regeln kann, ohne die datenschutzrechtlichen Bestimmungen mit zu regeln.<sup>12</sup> Diese Rechtslage führt zu einer Fragmentierung des Datenschutzrechts entlang der jeweiligen Regelungsmaterien mit der Konsequenz einer Verzahnung und Überlagerung genereller bundes- und landesdatenschutzrechtlicher Regelungen, bundesrechtlicher und landesrechtlicher Spezialregelungen – etwa im SGB X und SGB V, dem VVG oder im Bereich der Landeskrankengesetze – und der Regelungen des kirchlichen Datenschutzes. In der Praxis ergeben sich daraus immer wieder massive Probleme vor allem durch divergierende Auffassungen der unterschiedlichen Aufsichtsbe-

hörden der Bundesländer, wenn es um die Durchführung standortübergreifender Forschungsvorhaben geht. Auch dies ist zu berücksichtigen.

Darüber hinaus wären für eine Nutzung im Sinne des hier vorgeschlagenen Weges insbesondere folgende weitere Fragen zu klären:

Zwischen welchen Daten und wie sollte rechtssicher differenziert werden – z. B. im Hinblick auf die unterschiedliche Erhebung und Qualität? Welcher Systematik soll die Zurverfügungstellung und Nutzung der Gesundheitsdaten folgen? Geht es um Eigentums- und bzw. oder Nutzungsrechte? Soll es sich bei den künftig zu erbringenden Zahlungen um Nutzungsentgelte oder Gebühren handeln? Und hat die GKV eine Kompetenz Geld einzunehmen? Wer soll das für wen und auf welcher rechtlichen Grundlage tun – z. B. der GKV-SV für die Krankenkassen und ihre Versicherten und wenn ja, als Sachwalter oder Treuhänder? Wie ist mit einer Gewinnerzielung öffentlich-rechtlicher Entitäten umzugehen? Gewinne selber sind nicht schädlich, eine Gewinnerzielungsabsicht ggf. schon. Und was folgt aus dem Äquivalenzprinzip z. B. im Hinblick darauf, dass im Sinne der Zweckbindung auch die Privatwirtschaft dazu beitragen könnte, den Datenpool als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu füllen?

Welche Rechte haben die Bürger als Datensubjekte, wenn aus ihren Informationen neue Informationen entstehen? Welche Schutzdimensionen sind relevant und wie sichert der Staat diese ab? Brauchen wir dafür zusätzlich zu den Rechten aus Art. 2 Abs. 1 S. 1 GG i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG und dem Sozialstaatsprinzip in Art. 20 Abs. 1 GG einen weiteren grundrechtlichen Schutzauftrag für personenbezogene Gesundheitsdaten?

Viele davon sind genereller Art und im Zuge der digitalen Transformation ohnehin zu beantworten. Schon aus diesem Grund ist es sinnvoll, bereits jetzt auch Überlegungen einer zweckgebundenen Monetarisierung einfließen zu lassen, um transparent und vollständig informiert eine offene gesellschaftspolitische Debatte darüber zu ermöglichen, ob wir uns bewusst dafür entscheiden wollen, an der Weiternutzung unserer Gesundheitsdaten zu partizipieren. Denn eines ist klar, eine Erweiterung der Zugriffs- und Nutzungsberechtigungen auf die Gesundheitsdaten des Forschungszentrums wird es geben, auch ohne monetären Ausgleich.

### 3. Fazit

Digitale Prozesse verändern viele Bereiche des Gesundheitswesens. Neue oder veränderte Formen der Leistungserbringung und neue Formen der Kommunikation und Vernetzung werden in den nächsten Jahren eine Vielzahl von Regulierungen erfordern. Gerade aus diesem Grund ist es sinnvoll, grundlegende Wertentscheidungen vorab zu klären und entscheidende Weichen richtig zu stellen. Dabei stellt sich auch die Frage, ob Solidarität im Zeitalter der digitalen Transformation bedeutet, Gesundheitsdaten eigenverantwortlich und bewusst zu teilen, um mit ihnen einen transparenten individuellen und kollektiven Mehrwert zu generieren? In unserer Entscheidung darüber sind wir frei – eine entsprechende Bürgerpflicht gibt es (noch) nicht – sollten aber im Blick behalten, dass es in der Natur der Sache liegt, Daten im Rahmen digitaler Transformationsprozesse nutzbar zu machen und damit auch einen Wert zu generieren. Einen Wert für uns alle als Teil einer solidarischen Gesellschaft. Der auch dazu beitragen kann, wesentliche Elemente der sozialen Sicherung nachhaltig zu verbessern. Dabei befinden wir uns dogmatisch in einem Bereich zwischen den Schutzmechanismen des Allgemeinen Persönlichkeitsrechts und der Eigentumsgarantie und damit an der Schnittstelle zwischen Freiheit und Sozialbindung. Dafür braucht es Transparenz und Vertrauen mit einem Schutz, der den Nutzen von Gesundheitsdaten nicht einschränkt, sondern fördert! Eine wesentliche Grundlage dafür kann durch die Erweiterung des grundrechtlichen Schutzes personenbezogener Gesundheitsdaten mit einem einfachen Ausführungsgesetz zur eigentumsähnlichen Zuordnung geschaffen werden.

<sup>10</sup> Zur allg. Bedeutung und Funktion der Eigentumsgarantie s. BVerfGE 24 (18.12.1968), 367, 389 „Das Eigentum ist ein elementares Grundrecht, das in einem inneren Zusammenhang mit der Garantie der persönlichen Freiheit steht.“; „Es ist in seinem rechtlichen Gehalt gekennzeichnet durch Privatnützigkeit, d. h. die Zuordnung zu einem Rechtsträger [...]“

<sup>11</sup> Konkurrierende Gesetzgebungskompetenz des Bundes nach den Artikeln 72 Absatz 2 und 74 Absatz 1 Nr. 1 GG.

<sup>12</sup> BVerfGE (02.03.2010) 125, 260 ff. Sog. Gesetzgebungskompetenz kraft Sachzusammenhangs bei der Regelung der übergeordneten Sachmaterie, an die sich der Umgang mit den Daten anschließt.