

### 3. Adressat und Form (Abs. 2 S. 1 und 2)

Anders als in § 9 und § 10 Abs. 1 ist die Meldung nach Abs. 2 **direkt an das Robert Koch-Institut** zu richten. Anders als noch im BSeuchG erfolgt die Meldung nun direkt an das RKI, da das Gesundheitsamt bei den in § 7 Abs. 3 gelisteten Erregern – im Unterschied zu der Meldung nach § 10 Abs. 1, in denen das Gesundheitsamt die Einrichtungen beratend unterstützt – gar nicht tätig wird. Das Robert Koch-Institut verarbeitet die Daten wiederum zum Zweck der wissenschaftlichen Untersuchung, der epidemiologischen und medizinischen Analyse und Bewertung von Krankheiten mit hoher Gefährlichkeit zur Vorbeugung übertragbarer Krankheiten sowie zur frühzeitigen Erkennung und Verhinderung der Weiterverbreitung von Infektionen mit hohem Verbreitungsgrad oder hoher öffentlicher oder gesundheitspolitischer Bedeutung (vgl. § 4 Abs. 1).

Für die **Form der Meldung** schreibt § 10 Abs. 2 S. 2 vor, dass das RKI die technischen Übermittlungsstandards festlegt (→ § 11 Rn. 12). Das RKI hat zudem Formblätter erstellt, die von der meldepflichtigen Person bei der Übermittlung auf dem Papierweg zwingend zu nutzen sind. Diese Formblätter sind mit einer laufenden Nummer versehen und können über ein Kontaktformular, per Fax oder postalisch beim RKI angefordert werden. Eine Bereitstellung des Formulars als PDF auf der Internetseite des RKI ist aufgrund der laufenden Nummer nicht möglich. Die **laufende Nummer der Formblätter** ist notwendig, um eine eindeutige Zuordnung der Meldungen vornehmen zu können. In der Praxis füllen Labore das Original des Formblatts mit allen ihnen bekannten Angaben aus und senden dieses Original an das RKI. Um ihrer Pflicht zur vollständigen Meldung aller in Abs. 2 aufgelisteten Tatsachen nachzukommen, senden sie dann den Durchschlag der Originalmeldung an den Einsender, also diejenigen Stellen, die die Laborproben an das meldepflichtige Labor eingeschickt hatten. Diese sind nach Abs. 2 S. 4 verpflichtet, den Meldepflichtigen zu unterstützen. Durch Vervollständigung und Einsenden des Durchschlags, der aufgrund der laufenden Nummer dem Original durch das RKI wieder zugeordnet werden kann, wird auch der Einsender von seiner Unterstützungspflicht frei. Mithilfe dieser gemeinsamen Meldung von Einsender und Meldepflichtigem hat sich die Qualität der Daten über die meldepflichtigen Erreger in § 7 Abs. 3 erheblich verbessert, da das RKI über mehr vollständige Datensätze verfügt (vgl. schon Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Umsetzung der Meldung nach § 7 Abs. 3 des Infektionsschutzgesetzes, Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen, 2000, 875 (876 f.)).

Im Unterschied zu der gesetzlichen Festlegung, dass das RKI die technischen Übermittlungsstandards festlegt (Abs. 2 S. 2), ist die Meldung über das vom RKI vorgesehene Formblatt nicht mehr zwingend. Bis zur Änderung des § 10 im Zuge der Neuregelung in 2017 (Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten) war die Nutzung des Formblatts oder eines anderen geeigneten Datenträgers in § 10 Abs. 4 aF vorgesehen. Da das RKI zur vollständig elektronischen Meldung eine kostenlose Software auf der Internetseite bereitstellt, ist die Meldung über das Formblatt nur noch eine von zwei Varianten.

### 4. Nachmeldung und Korrekturen (Abs. 2 S. 5)

Durch die entsprechende Anwendung von § 9 Abs. 3 S. 2–4 sollen auch im Fall von Abs. 2 einzelne, fehlende Angaben die Meldung nicht verzögern. In der Folge hat die Nachmeldung von Angaben und Korrekturen unverzüglich zu erfolgen und es wird ein Nachfragerecht des RKI – in entsprechender Anwendung des § 9 Abs. 3 S. 4 (vgl. BT-Drs. 18/10938, 56) – etabliert.

Da im Unterschied zu § 10 Abs. 2 die Meldenden durch § 9 Abs. 1 und 2 nur verpflichtet sind, die Angaben „soweit vorliegend“ zu melden, verwundert die **entsprechende Anwendung auch des § 9 Abs. 3 S. 2**, ist der Meldende doch nach § 10 Abs. 2 verpflichtet, sämtliche Angaben – sei es auch mit der Unterstützung des Einsenders – an das RKI zu melden. Die entsprechende Anwendung lässt indes zweierlei Interpretation zu: Wenn Meldende ohnehin zu vollständigen Angaben verpflichtet sind, läuft eine Regelung des Falls von unvollständigen Angaben ins Leere und hat keinen Regelungsgehalt. Andererseits könnte die entsprechende Anwendung zu einer Abmilderung der Anordnung der zwingenden Angabe aller meldepflichtigen Tatsachen führen, die den unvollständig Meldenden insofern

auch von einer entsprechenden Ahndung durch Bußgeld oder Strafe (vgl. §§ 73, 74) befreit. Gegen die erste Variante ist der gesetzlich explizite Anwendungsbefehl auch des S. 2 anzuführen, da der Gesetzgeber auch ohne weiteres nur § 9 Abs. 3 S. 3 und 4 hätte für entsprechend anwendbar erklären können. Deshalb spricht viel für die zweite Interpretation; Abs. 2 S. 5 liefert Meldepflichtigen somit gleichsam in gewisser Weise einen Rechtfertigungstatbestand für eine unvollständige Meldung an das RKI. Ohnehin dürfte die Überprüfbarkeit der Vollständigkeit selten zu einem Bußgeld oÄ führen, da in der Praxis ohnehin die Meldung über den oben (→ Rn. 30) beschriebenen Meldebogen oder das elektronische Meldewesen läuft und zumindest im ersten Fall der Meldende schon durch Übersendung des Durchschlagbogens an den Einsender von der Verpflichtung zur Vollständigkeit seiner Meldung befreit wird.

### III. Nichtnamentliche Meldung des Ergebnisses bei Untersuchungen zum direkten Nachweis von SARS-CoV-2 (Abs. 3)

- 33a** In dem neu eingefügten Abs. 3 sind in der Folge der Aufnahme der Meldung sämtlicher, auch negativer PCR-Testergebnisse bei Untersuchungen zum direkten Nachweis des Erregers von SARS-CoV-2 in § 7 Abs. 4 die Angaben aufgeführt, die nichtnamentlich an das Gesundheitsamt zu melden sind. Dabei entsprechen die Daten weitgehend denjenigen nach Abs. 2. Eine Erklärung, inwiefern die Kenntnis des Grundes der Untersuchung zusätzlich erheblich ist, bleibt der Gesetzgeber schuldig. Die Kenntnis der Gründe kann dem Gesetzgeber, Wissenschaft und Bevölkerung einen Überblick darüber geben, zu welchen Anlässen PCR-Tests durchgeführt werden, um auch insofern notwendige Anpassungen hinsichtlich Testkapazitäten und Prävention vorzunehmen.

### IV. Fallbezogene Pseudonymisierung der Angaben (Abs. 4)

- 34** Die Pseudonymisierung der Namen der betroffenen Personen sieht das Gesetz nur im Fall der Meldung von HIV-Erregern vor. Die Pseudonymisierung soll nach den S. 1–3 so erfolgen, dass jeweils der dritte Buchstabe des ersten Vornamens mit der Anzahl der Buchstaben des ersten Vornamens und der dritte Buchstabe des ersten Nachnamens mit der Anzahl der Buchstaben des ersten Nachnamens kombiniert werden. Bei Doppelnamen ist nur der erste Name zu berücksichtigen; Umlaute sind in zwei Buchstaben darzustellen; Namenszusätze wie „von“, „van“, „de“ bleiben unberücksichtigt. Die elektronische Verarbeitung der Daten, für die § 14 Abs. 3 auch die automatische Pseudonymisierung vorsieht, hat nach S. 4 Vorrang vor der händischen Pseudonymisierung (BT-Drs. 18/10938, 56). Insofern bezieht sich die in § 10 Abs. 4 angegebene Pseudonymisierung nur auf die Papiermeldungen.
- 35** Die **S. 4 und 5** legen den Nutzungszweck und abstrakte Angaben fest, wann die pseudonymisierten Daten sowie die Angaben zum Geburtsmonat **zu löschen** sind. Der Erhalt des Personenbezugs durch Pseudonymisierung dient der Erkennung von **Mehrfachmeldungen**; auf diese Weise erhoffte man sich im Vergleich zur vorherigen Meldung von HIV-Erregern, die nicht-namentlich und ohne Pseudonym erfolgten, eine bessere Datengrundlage, da hier tatsächlich Infizierte und die gemeldeten Zahlen weit auseinanderlagen. Sobald der Zweck der Erkennung von Mehrfachmeldungen erfüllt ist, sind die Daten beim RKI zu löschen. Ursprünglich war eine feste Löschfrist von 30 Jahren vorgesehen. Die Festlegung auf 30 Jahre hing wohl auch damit zusammen, dass nach damaligem Forschungsstand kaum eine betroffene Person 30 Jahre nach Feststellung der Infektion mit dem HIV-Erreger noch lebte. Damit war das Risiko einer Mehrfachmeldung nach 30 Jahren so gering, dass eine nicht unerhebliche Verfälschung der aus den Meldungen zu gewinnenden epidemiologischen Beurteilung nicht mehr zu erwarten war. Diese Einschätzung hat sich mit dem Fortschritt der Behandlungsmethoden von AIDS geändert, auch wenn immer noch kein Heilmittel gefunden ist. Die **starre Löschfrist nach 30 Jahren** wurde deswegen gestrichen. An seine Stelle ist eine Löschpflicht getreten, die sich nach abstrakten Kriterien bestimmen lässt. Allerdings obliegt es jetzt der Einschätzung des RKI, wann die besagte Verfälschung der epidemiologischen Beurteilung nicht mehr zu erwarten ist. Da es sich bei pseudonymisierten Daten aber weiterhin um personenbezogene Daten iSd DS-GVO handelt (vgl. Art. 4 Nr. 5 DS-GVO), bedarf ihre Verarbeitung, hier die Erhebung und Übermittlung durch die meldepflichtigen Personen und Speicherung durch das RKI, einer datenschutzrechtlichen Rechts-

grundlage. Zugleich gehen mit der datenschutzrechtlichen Verantwortlichkeit eine Reihe von Pflichten einher, ua die Information der Betroffenen (Art. 13, 14 DS-GVO), die Löschung der Daten nach Zweckfortfall (Art. 17 Abs. 1 S. 1 Hs. 2 lit. a DS-GVO) und die Sicherstellung der Richtigkeit der Daten (Art. 5 Abs. 1 lit. d DS-GVO).

Die **Informationspflicht** trifft die meldepflichtige Person nach Art. 13 DS-GVO als Verantwortlicher, da sie die Daten beim Betroffenen selbst erhebt. Die Daten, die ggf. über Dritte, zB den Einsender erhoben werden, lösen grundsätzlich eine Informationspflicht nach Art. 14 DS-GVO aus (Erhebung der Daten bei Dritten). Allerdings dürfte hier zugunsten der meldepflichtigen Person erneut die Ausnahme des Art. 14 Abs. 5 lit. c DS-GVO für die Erhebung und Offenlegung durch Übermittlung der meldepflichtigen Tatsachen greifen (→ § 8 Rn. 20). Für die Festlegung von **Löschroutinen** für elektronisch übermittelte und gespeicherte Daten ordnet § 14 Abs. 8 Nr. 6 an, dass die gespeicherten Daten nach einer krankheitsspezifischen Frist gelöscht werden. Sofern die personenbezogenen Daten nach Abs. 2 und Abs. 3 aber in Papierform aufbewahrt werden, obliegt es dem RKI, selbst zu definieren, wann „nicht mehr zu erwarten ist, dass die damit bewirkte Einschränkung der Prüfung nach S. 5 eine nicht unerhebliche Verfälschung der aus den Meldungen zu gewinnenden epidemiologischen Beurteilung bewirkt“. Diese **abstrakte Bestimmung bringt Rechtsunsicherheit** mit sich. In Ermangelung einer Handreichung oÄ zu dieser Frage erscheint es empfehlenswert, die Vernichtung analoger Meldungen auf Formblättern in Anlehnung an die nach § 14 Abs. 8 Nr. 6 festgelegten Löschroutinen zu handhaben. Die Vermeidung von Mehrfachmeldungen dient in der Folge auch dem datenschutzrechtlichen Grundsatz der Richtigkeit der verarbeiteten Daten, da die Zweitmeldung ansonsten erneut zu der Zuordnung der Daten zu einer Neuinfektion führen würde (vgl. zur Richtigkeit der Daten auch BT-Drs. 18/10938, 56).

## § 11 Übermittlung an die zuständige Landesbehörde und an das Robert Koch-Institut

(1) <sup>1</sup>Die verarbeiteten Daten zu meldepflichtigen Krankheiten und Nachweisen von Krankheitserregern werden anhand der Falldefinitionen nach Absatz 2 bewertet und spätestens am folgenden Arbeitstag durch das nach Absatz 3 zuständige Gesundheitsamt vervollständigt, gegebenenfalls aus verschiedenen Meldungen zum selben Fall zusammengeführt und der zuständigen Landesbehörde sowie von dort spätestens am folgenden Arbeitstag dem Robert Koch-Institut mit folgenden Angaben übermittelt:

### 1. zur betroffenen Person:

- a) Geschlecht,
- b) Monat und Jahr der Geburt,
- c) Tag der Verdachtsmeldung, Angabe, wenn sich ein Verdacht nicht bestätigt hat, Tag der Erkrankung, Tag der Diagnose, gegebenenfalls Tag des Todes und wahrscheinlicher Zeitpunkt oder Zeitraum der Infektion,
- d) Untersuchungsbefund, einschließlich Typisierungsergebnissen,
- e) wahrscheinlicher Infektionsweg, einschließlich Umfeld, in dem die Übertragung wahrscheinlich stattgefunden hat; wahrscheinliches Infektionsrisiko, Impf- und Serostatus und erkennbare Zugehörigkeit zu einer Erkrankungshäufung,
- f) gegebenenfalls Informationen zur Art der Einrichtung bei Tätigkeit, Betreuung oder Unterbringung in Einrichtungen und Unternehmen nach § 23 Absatz 3 Satz 1, Absatz 5 Satz 1 oder § 35 Absatz 1 Satz 1 oder § 36 Absatz 1 oder Absatz 2,
- g) in Deutschland: Gemeinde mit zugehörigem amtlichem achtstelligem Gemeindeschlüssel, in der die Infektion wahrscheinlich erfolgt ist, ansonsten Staat, in dem die Infektion wahrscheinlich erfolgt ist,
- h) bei reiseassoziiertes Legionellose: Name und Anschrift der Unterkunft,
- i) bei Tuberkulose, Hepatitis B und Hepatitis C: Geburtsstaat, Staatsangehörigkeit und gegebenenfalls Jahr der Einreise nach Deutschland,

- j) bei Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19): durchgeführte Maßnahmen nach dem 5. Abschnitt; gegebenenfalls Behandlungsergebnis und Angaben zur Anzahl der Kontaktpersonen, und jeweils zu diesen Angaben zu Monat und Jahr der Geburt, Geschlecht, zuständigem Gesundheitsamt, Beginn und Ende der Absonderung und darüber, ob bei diesen eine Infektion nachgewiesen wurde,
  - k) Überweisung, Aufnahme und Entlassung aus einer Einrichtung nach § 23 Absatz 5 Satz 1, gegebenenfalls intensivmedizinische Behandlung und deren Dauer,
  - l) Zugehörigkeit zu den in § 54a Absatz 1 Nummer 1 bis 5 genannten Personengruppen,
  - m) Gemeinde mit zugehörigem amtlichem achtstelligem Gemeindeschlüssel der Hauptwohnung oder des gewöhnlichen Aufenthaltsortes und, falls abweichend, des derzeitigen Aufenthaltsortes,
2. zuständige Gesundheitsämter oder zuständige Stellen nach § 54a und
3. Datum der Meldung.

<sup>2</sup>In den Fällen der Meldung nach § 6 Absatz 3 Satz 1 sind nur die Angaben nach Satz 1 Nummer 2 und 3 sowie zu den aufgetretenen nosokomialen Infektionen und den damit zusammenhängenden Kolonisationen jeweils nur die Angaben nach Satz 1 Nummer 1 Buchstabe a bis e erforderlich. <sup>3</sup>Für die Übermittlungen von den zuständigen Landesbehörden an das Robert Koch-Institut bestimmt das Robert Koch-Institut die technischen Übermittlungsstandards. <sup>4</sup>Frühere Übermittlungen sind gegebenenfalls zu berichtigen und zu ergänzen, insoweit gelten die Sätze 1 bis 3 entsprechend.

(2) Das Robert Koch-Institut erstellt entsprechend den jeweiligen epidemiologischen Erfordernissen die Falldefinitionen für die Bewertung von Verdachts-, Erkrankungs- oder Todesfällen und Nachweisen von Krankheitserregern und schreibt sie fort.

(3) <sup>1</sup>Für die Vervollständigung, Zusammenführung und Übermittlung der Daten nach Absatz 1 ist das Gesundheitsamt zuständig, in dessen Bezirk die betroffene Person ihre Hauptwohnung hat oder zuletzt hatte. <sup>2</sup>Falls ein Hauptwohnsitz nicht feststellbar ist oder die betroffene Person sich dort gewöhnlich nicht aufhält, so ist das Gesundheitsamt zuständig, in dessen Bezirk sich die betroffene Person gewöhnlich aufhält. <sup>3</sup>Falls ein solcher Aufenthaltsort nicht feststellbar ist oder in den Fällen der Meldung nach § 6 Absatz 3 Satz 1 ist das Gesundheitsamt zuständig, welches die Daten erstmals verarbeitet hat. <sup>4</sup>Das nach den Sätzen 1 bis 3 zuständige Gesundheitsamt kann diese Zuständigkeit an ein anderes Gesundheitsamt mit dessen Zustimmung abgeben, insbesondere wenn schwerpunktmäßig im Zuständigkeitsbereich des anderen Gesundheitsamtes weitere Ermittlungen nach § 25 Absatz 1 angestellt werden müssen.

(4) <sup>1</sup>Einen nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 gemeldeten Verdacht einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung übermittelt das Gesundheitsamt unverzüglich der zuständigen Landesbehörde. <sup>2</sup>Das Gesundheitsamt übermittelt alle notwendigen Angaben, sofern es diese Angaben ermitteln kann, wie Bezeichnung des Produktes, Name oder Firma des pharmazeutischen Unternehmers, die Chargenbezeichnung, den Zeitpunkt der Impfung und den Beginn der Erkrankung. <sup>3</sup>Über die betroffene Person sind ausschließlich das Geburtsdatum, das Geschlecht sowie der erste Buchstabe des ersten Vornamens und der erste Buchstabe des ersten Nachnamens anzugeben. <sup>4</sup>Die zuständige Behörde übermittelt die Angaben unverzüglich dem Paul-Ehrlich-Institut. <sup>5</sup>Die personenbezogenen Daten sind zu pseudonymisieren.

## Überblick

§ 11 regelt die Weiterübermittlung der Daten, die die nach § 8 zuständigen Stellen an die Gesundheitsbehörden übermittelt haben, an die zuständige Landesbehörde und weiter an

das Robert Koch-Institut (→ Rn. 1 ff.). Um eine möglichst einheitliche Bewertung der verarbeiteten Daten vornehmen zu können, nehmen die zuständigen Gesundheitsämter eine Vervollständigung und eine Bewertung der verarbeiteten Daten anhand der Falldefinitionen des Robert Koch-Instituts vor (→ Rn. 14 ff.). In Abs. 3 ist zudem geregelt, welches Gesundheitsamt jeweils zuständig ist (→ Rn. 15). Abs. 4 enthält sodann eine Sonderregelung für Daten, die sich auf nosokomiale Infektionen beziehen und die zur weiteren Verarbeitung nicht an das Robert Koch-Institut, sondern in pseudonymisierter Form an das Paul-Ehrlich-Institut übermittelt werden (→ Rn. 20 ff.).

**Übersicht**

	Rn.		Rn.
<b>A. Übermittlung der verarbeiteten Daten an Landesbehörde und RKI (Abs. 1)</b>		I. Hauptwohnung (S. 1)	16
I. Fristen und Adressat	1	II. Gewöhnlicher Aufenthaltsort (S. 2)	17
II. Datenschutzrechtliche Erwägungen	2	III. Gesundheitsamt der ersten Datenverarbeitung (S. 3)	18
III. Meldepflichtige Tatsachen (S. 1)	3	IV. Einvernehmliche Abgabe der Zuständigkeit (S. 4)	19
1. Überblick	8	<b>D. Weitermeldung von Impfschäden an die zuständige Landesbehörde (Abs. 4)</b>	20
2. Änderungen durch die Gesetze zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite	8	I. Übermittlung an die zuständige Landesbehörde (S. 1 und 2)	21
3. Einschränkung bei nosokomialen Infektionen (S. 2)	9	II. Übermittelte personenbezogene Daten (S. 3)	22
4. Technische Übermittlungsstandards (S. 3)	11a	III. Weiterübermittlung an das Paul-Ehrlich-Institut (S. 4)	23
5. Ergänzung und Korrektur vorheriger Angaben (S. 4)	12	IV. Pseudonymisierung der personenbezogenen Daten (S. 5)	24
<b>B. Falldefinitionen (Abs. 2)</b>	13		
<b>C. Zuständiges Gesundheitsamt (Abs. 3)</b>	14		
	15		

**A. Übermittlung der verarbeiteten Daten an Landesbehörde und RKI (Abs. 1)**

§ 11 regelt den Weiterfluss der Informationen, die die in § 8 benannten meldepflichtigen Personen bei den Betroffenen direkt oder über Dritte erhoben haben. Neu ist durch das Zweite Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite (BGBl. I 1018) eingeführt worden, dass die Gesundheitsämter vor Weiterleitung der Daten fehlende Angaben bestenfalls zu vervollständigen und, soweit sich mehrere Meldungen auf denselben Fall beziehen, entsprechende Meldungen zusammenzuführen haben. Im elektronischen Melde- und Informationssystem nach § 14 erfolgt dies teilweise automatisiert (vgl. BT-Drs. 19/18967, 58).

**I. Fristen und Adressat**

Außer in den Fällen des § 7 Abs. 3 und 4, in denen die Meldung direkt an das Robert Koch-Institut zum Zweck der Erfüllung seiner Aufgaben nach § 4 Abs. 1 erfolgt, ist stets das **zuständige Gesundheitsamt Adressat der Meldung**. Dieses bewertet die übermittelten Daten nach den vom Robert Koch-Institut erstellten Falldefinitionen zur Vereinheitlichung der Bewertung, vervollständigt sie durch Zusammenführung mehrerer Meldungen und übermittelt die Daten in dem nach Abs. 1 festgelegten Umfang nichtnamentlich spätestens am nächsten Arbeitstag an die zuständige Landesbehörde. Welche Landesbehörde jeweils zuständig ist, ergibt sich aus § 54 und dem dazugehörigen Landesrecht. Am darauffolgenden Arbeitstag übermittelt die zuständige Landesbehörde die Daten wiederum an das Robert Koch-Institut. Der Umweg über die zuständige Landesbehörde ist nach der amtlichen Begründung erforderlich, damit diese aktuell informiert ist (vgl. BT-Drs. 14/2530, 67). Diese Information dient der zuständigen Landesbehörde dazu, ihren vorwiegend beratenden Aufgaben nachzukommen. In NRW hat das gem. § 1 Abs. 3 Infektionsschutz- und Befugnisgesetz (IfSBG-NRW, GV. NRW. 218b) zuständige Landeszentrum Gesundheit bspw. ua die Aufgaben der Sammlung und Auswertung wissenschaftlicher Erkenntnisse und praktischer

Erfahrungen und der Entwicklung fachlicher Konzepte und Strategien (vgl. § 27 Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (ÖGDG NRW), GV. NW. 1997, 430).

## II. Datenschutzrechtliche Erwägungen

- 3 Die nach Abs. 1 zu übermittelnden Daten sind ohne Namen oder andere identifizierende Tatsachen zu melden und deshalb im datenschutzrechtlichen Sinne **anonymisiert**. Sie fallen deshalb nicht unter die Anwendbarkeit der DS-GVO. Dafür, dass auch der Gesetzgeber nicht von einem Personenbezug der Daten ausging, spricht, dass in der amtlichen Begründung des Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite (BGBl. I 1018) explizit darauf hingewiesen wird, dass die Angaben zu § 11 Abs. 1 lit. j keine personenbezogenen Daten enthalten dürfen. Im Unterschied zu § 10 Abs. 1 wurde im Zuge der letzten Gesetzesänderung auch nicht der § 11 Abs. 1 dahingehend geändert, dass hinsichtlich der Infektionsquelle (vgl. Abs. 1 Nr. 1 lit. e) personenbezogene Daten übermittelt werden müssen. Ausführlich zu der Abgrenzung zwischen pseudonymen und anonymisierten Daten → § 10 Rn. 1 ff.
- 4 Nach **Abs. 4** übermittelt das Gesundheitsamt jedoch Meldungen nach § 16 (→ § 6 Rn. 13 ff.), die es als namentliche Meldung nach § 9 erhalten hat, in **pseudonymisierter Form** an die zuständige Landesbehörde und diese in gleicher Form an das Paul-Ehrlich-Institut (PEI). Dabei handelt es sich, da der Personenbezug durch die Landesbehörde und das PEI wieder herstellbar ist, um personenbezogene Daten, die dem Schutz durch die DS-GVO unterliegen (vgl. dazu ausf. → § 10 Rn. 2 ff., → § 9 Rn. 27).
- 5 Relevanter Verarbeitungsschritt ist hier die jeweilige **Offenlegung durch Übermittlung** einer öffentlichen Stelle an eine andere. Verantwortlicher iSd Art. 4 Nr. 7 DS-GVO ist die jeweils übermittelnde Stelle. Die datenschutzrechtlichen Rechtsgrundlagen dürften sich hier – anders als in §§ 9 und 10, da die Übermittlung durch eine öffentliche Stelle stattfindet – für die Stammdaten aus Art. 6 Abs. 1 lit. e DS-GVO iVm § 11 IfSG ergeben. Für die Übermittlung gesundheitsbezogener Daten bleibt es bei Art. 9 Abs. 2 lit. i DS-GVO iVm § 11 IfSG.
- 6 Grundsätzlich treffen den **Verantwortlichen Informationspflichten** nach Art. 14 DS-GVO, da die verarbeiteten Daten nicht durch die übermittelnde Stelle bei den Betroffenen direkt erhoben werden. Allerdings dürfte auch hier die Ausnahme des Art. 14 Abs. 5 lit. c DS-GVO greifen (→ § 8 Rn. 20).
- 7 Hinsichtlich der **Löschfristen** gilt hier wie auch für die meldepflichtigen Stellen (§ 8), dass insofern krankheitsspezifische Löschfristen definiert werden müssen, die in einem Löschkonzept festgeschrieben werden sollten. Nach § 14 Abs. 8 Nr. 6 wird das Bundesministerium für Gesundheit ermächtigt, durch Rechtsverordnung krankheitsspezifische Löschfristen zu definieren. Auch für eine Datenverarbeitung außerhalb des elektronischen Meldesystems dürfte sich eine Orientierung an den dort definierten Löschfristen anbieten (→ § 8 Rn. 23).

## III. Meldepflichtige Tatsachen (S. 1)

### 1. Überblick

- 8 Erfasst von den zu übermittelnden Fällen nach § 11 Abs. 1 sind nicht nur die von den nach § 8 meldepflichtigen Stellen gemeldeten Vorkommnisse, sondern auch diejenigen, von denen die Gesundheitsämter auf andere Weise Kenntnis erlangt haben, zB durch Selbstentdeckung eines Infektionsgeschehens oder bei Information durch eine andere Behörde (vgl. BT-Drs. 18/10938, 57). Da das RKI die Daten allein für die in § 4 näher definierten Aufgaben, insbesondere zur epidemiologischen Bewertung und Analyse der Fälle, verarbeitet, ist eine namentliche Weitermeldung nicht notwendig und auch nicht von § 11 Abs. 1 vorgesehen. Im Übrigen entsprechen die meldepflichtigen Tatsachen in weitem Umfang denjenigen, die bereits nach den §§ 9 und 10 meldepflichtig sind; auf die dortigen Ausführungen wird insoweit verwiesen (→ § 9 Rn. 3 ff. und → § 10 Rn. 10 ff.). Abweichend von § 9 Abs. 1 Nr. 1 lit. 1 muss das zuständige Gesundheitsamt anstelle des Landkreises oder der kreisfreien Stadt die Gemeinde mit zugehörigem Gemeindeschlüssel an das Robert Koch-Institut melden (Abs. 1 Nr. 1 lit. g), in der die Infektion wahrscheinlich erfolgt ist. Dadurch soll eine

präzisere Bestimmung der wahrscheinlichen Infektionsstätte möglich sein. Fraglich ist insofern allerdings, woher das zuständige Gesundheitsamt diese Information bekommt, da die namentliche Meldung durch die in § 8 meldepflichtigen Personen nur die Angabe des Landkreises oder der kreisfreien Stadt enthält, in dem oder in der die Infektion wahrscheinlich erworben worden ist (§ 9 Abs. 1 Nr. 1 lit. l). Möglicherweise wurde wegen eines Redaktionsversehens im Zuge des Dritten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite die Änderung nur in Abs. 1 Nr. 1 lit. g, nicht aber auch entsprechend in § 9 Abs. 1 Nr. 1 lit. l vorgenommen.

## 2. Änderungen durch die Gesetze zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite

Neu durch das Zweite Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite (BGBl. I 1018) ist nach lit. c auch anzugeben, ob sich ein **Verdacht nicht bestätigt hat**, was aufgrund der Erfahrungen mit der Corona-Pandemie vor allem zu valideren Fallzahlen führen soll und das RKI befähigt, seiner Verpflichtung, die ihm übermittelten Angaben fortlaufend zu bewerten, sachgerecht nachzukommen. Die Erweiterung des lit. e um Informationen zum Umfeld der Übertragung und zum Serostatus der betroffenen Person steht im Zusammenhang mit den Erweiterungen der §§ 9 und 10 (→ § 9 Rn. 16 und → § 10 Rn. 14). Durch die neuen Angaben zu Maßnahmen und Ermittlung bei COVID-19 sowie zum Behandlungsergebnis soll das RKI in die Lage versetzt werden, den Erfolg bestehender Therapien und Schutzmaßnahmen bundesweit besser bewerten zu können. Dies wiederum soll es ermöglichen, Empfehlungen für eine bessere Versorgung der betroffenen Personen sowie zur besseren Umsetzung von Ermittlungen und Schutzmaßnahmen zu erstellen (so BT-Drs. 19/18967, 59). Die neue Verpflichtung auch zur Angabe der Kontaktpersonen (Anzahl, Monat und Jahr der Geburt, Geschlecht, etc) soll zu einer besseren Überwachung der Kontaktpersonennachverfolgung führen. Deshalb sollen diese Angaben zu statistischen Zwecken auch auf Bundes- und Landesebene übermittelt werden können (vgl. BT-Drs. 19/24334, 78).

Im Zuge des Dritten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite wurde Abs. 1 Nr. 1 zudem um lit. m ergänzt, der die Liste der an das RKI zu übermittelnden Daten zur betroffenen Person um die Gemeinde der Hauptwohnung oder des gewöhnlichen Aufenthaltsortes und den amtlichen Gemeindeschlüssel erweitert.

In Nr. 2 verwendet der Gesetzgeber den Plural „zuständige Gesundheitsämter“, um alle Gesundheitsämter, die nach § 9 Abs. 5 und 6 sowie nach §§ 25 ff. und dem Gesetz zur Durchführung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV-DG) in das Verfahren einzubeziehen sind, zu erfassen. Die Streichung der erst neu eingefügten Meldung des achtstelligen Gemeindeschlüssels der zuständigen Gesundheitsämter wurde im Zuge des Dritten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite wieder gestrichen, hierbei handelte es sich um ein Redaktionsversehen (vgl. BT-Drs. 19/23944, 27).

## 3. Einschränkung bei nosokomialen Infektionen (S. 2)

S. 2 grenzt die zu übermittelnden Daten bei Meldungen nach § 6 Abs. 3 S. 1 dahingehend ein, dass nur die zuständigen Gesundheitsämter (S. 1 Nr. 2) zu informieren und lediglich das Datum der Meldung (S. 1 Nr. 3) neben den Angaben zu den nosokomialen Infektionen und Kolonisationen, die sich auf die Angaben nach S. 1 Nr. 1 lit. a–e beschränken, zu melden ist. Dabei ist zu bedenken, dass den Gesundheitsämtern die Informationen nach S. 1 Nr. 1 lit. f–j ohnehin nicht vorliegen, da diese nicht Teil der Meldung nosokomialer Infektionen nach § 10 Abs. 1 sind.

## 4. Technische Übermittlungsstandards (S. 3)

S. 3 legt fest, dass für Übermittlungen von den zuständigen Landesbehörden an das RKI das Institut auch die technischen Übermittlungsstandards bestimmt. Die zugehörige **Software** stellt das RKI auf seiner Internetseite für Landesbehörden und Gesundheitsämter kos-

tenlos zur Verfügung. Langfristig soll die gesamte Meldekette für sämtliche meldepflichtige Erreger vom Arzt bzw. Labor bis zum RKI über ein einheitliches, durch Schnittstellen verbundenes System (DEMIS – Deutsches Elektronisches Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz) funktionieren. Auf einer ersten Ausbaustufe ist die elektronische Meldung schon für die namentliche Meldung der Erregernachweise von SARS-CoV-2 technisch möglich, weitere Ausbaustufen sollen folgen.

#### **5. Ergänzung und Korrektur vorheriger Angaben (S. 4)**

- 13 S. 4 dient dazu, sicherzustellen, dass die weitere Verwendung der Daten auf einer möglichst richtigen und aktuellen Datenlage fußt. Zu diesem Zweck müssen frühere Übermittlungen durch die Gesundheitsämter ggf. berichtigt und ergänzt werden. Gleichzeitig ist die entsprechende Anwendbarkeit der S. 1–3 geregelt.

### **B. Falldefinitionen (Abs. 2)**

- 14 Die Erstellung von Falldefinitionen ist eine der Aufgaben des RKI, die ursprünglich zentral zusammen mit den übrigen Aufgaben in § 4 geregelt war. Da die Falldefinitionen aber die Grundlage für die Übermittlung der Daten durch die Gesundheitsämter an die zuständigen Landesbehörden darstellen, sind sie nun in § 11 mitgeregelt. Falldefinitionen sollen für die epidemiologische Überwachung und Bewertung von Verdachts-, Erkrankungs- oder Todesfällen einheitliche Kriterien aufstellen, um auf diese Weise zu standardisierten Bewertungen, aussagekräftigeren Statistiken und letztlich objektiveren Entscheidungen beizutragen. Sie können auch den meldepflichtigen Personen mehr Sicherheit darüber geben, wann etwa ein Verdachtsfall iSv § 6 vorliegt. Die Falldefinitionen sind auch auf der Internetseite des RKI abrufbar.

### **C. Zuständiges Gesundheitsamt (Abs. 3)**

- 15 Ähnlich wie die Regelung der Zuständigkeit in § 9 Abs. 4 und 5 regelt auch Abs. 3 detailliert, welches Gesundheitsamt für die Vervollständigung, Zusammenführung und Übermittlung der Daten zuständig ist. Dies richtet sich erneut nach dem Aufenthaltsort der betroffenen Person oder dem Ort der betroffenen Einrichtung.

#### **I. Hauptwohnung (S. 1)**

- 16 Grundsätzlich ist nach S. 1 das Gesundheitsamt zuständig, in dessen Bezirk die betroffene Person ihre Hauptwohnung hat oder zuletzt hatte. Zum Begriff der Hauptwohnung → § 9 Rn. 4 ff.

#### **II. Gewöhnlicher Aufenthaltsort (S. 2)**

- 17 S. 2 regelt den Fall, dass ein Hauptwohnsitz nicht feststellbar ist oder die betroffene Person sich dort nicht gewöhnlich aufhält. Hier ist das Gesundheitsamt zuständig, in dessen Bezirk sich die betroffene Person gewöhnlich aufhält (vgl. dazu auch → § 9 Rn. 4 ff.).

#### **III. Gesundheitsamt der ersten Datenverarbeitung (S. 3)**

- 18 S. 3 benennt als Auffangtatbestand für Meldungen nach § 6 Abs. 3 (nosokomiale Infektionen), wenn Hauptwohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthaltsort nicht feststellbar sind, das Gesundheitsamt, das die Daten erstmals verarbeitet hat (das Gesundheitsamt im Bezirk der betroffenen Einrichtung) oder dasjenige, welches sich erstmals mit dem Fall befasst hat (vgl. BT-Drs. 18/10938, 57).

#### **IV. Einvernehmliche Abgabe der Zuständigkeit (S. 4)**

- 19 Besteht zwischen dem an sich nach den S. 1–3 zuständigen Gesundheitsamt und einem weiteren Gesundheitsamt Einvernehmen, dass Letzteres die für die Übermittlung an die zuständige Landesbehörde zuständige Behörde iSd Abs. 1 sein soll, können die beteiligten