

Gesetzentwurf

Hannover, den 18.09.2026

Fraktion der SPD
Fraktion Bündnis 90/Die Grünen

Der Landtag wolle das folgende Gesetz beschließen:

**Gesetz
zur Änderung des Niedersächsischen Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst**

Artikel 1

Das Niedersächsische Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst vom 24. März 2006 (Nds. GVBl. S. 178), zuletzt geändert durch Artikel 13 des Gesetzes vom 13. Dezember 2024 (Nds. GVBl. 2024 Nr. 118), wird wie folgt geändert:

1. § 1 wird wie folgt geändert:

- a) Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1 und darin erhalten die Sätze 2 und 3 folgende Fassung:

„²Dabei haben sie die gesundheitliche Chancengleichheit sowie den Schutz besonders vulnerabler Gruppen sicherzustellen. ³Die Förderung und Sicherung der Gesundheit der Bevölkerung berücksichtigt dabei einen umfassenden Gesundheitsbegriff, der im Sinne der Weltgesundheitsorganisation (WHO) den Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens einschließt und nicht nur das Freisein von Krankheit oder Gebrechen.“

- b) Nach Absatz 1 wird der folgende Absatz 2 angefügt:

„(2) ¹Die Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes wirken insbesondere an der Prävention, der Erkennung, der Verhütung und der Bekämpfung von Gesundheitsgefahren mit und tragen dazu bei, gesundheitliche Chancengleichheit sicherzustellen. ²Dabei nimmt der öffentliche Gesundheitsdienst die Aufgaben der Steuerung, Beratung und Information wahr und erbringt koordinierende und vermittelnde Tätigkeiten im Gesundheitssystem.“

2. § 2 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 Satz 2 Nr. 3 wird gestrichen. Die bisherige Nummer 4 wird Nummer 3. Der Schlusspunkt wird durch das Wort „und“ ersetzt. Nach der neuen Nummer 3 wird die folgende Nummer 4 angefügt:

„4. Sozialmedizinische Assistentinnen und Assistenten.“

- b) Absatz 2 Satz 3 erhält folgende Fassung:

„³Die Gesamtleitung des medizinischen Fachdienstes soll einer Ärztin oder einem Arzt nach Satz 2 Nr. 1 obliegen.“

- c) Nach Satz 3 werden die folgenden Sätze 4 und 5 angefügt:

„⁴Die fachliche Leitung des medizinischen Fachdienstes obliegt einer Ärztin oder einem Arzt nach Satz 2 Nr. 1. ⁵In begründeten Ausnahmefällen darf die fachliche Leitung des medizinischen Fachdienstes auch einer Ärztin oder einem Arzt nach Satz 2 Nr. 2 übertragen werden.“

- d) Nach Absatz 4 wird der folgende Absatz 5 angefügt:
- „(5) ¹Die sozialpsychiatrischen Dienste nehmen als Bestandteil des öffentlichen Gesundheitsdienstes die ihnen nach Maßgabe des Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke übertragenen Aufgaben wahr. ²Sie wirken insbesondere an der Planung, Koordinierung und Weiterentwicklung einer gemeindepsychiatrischen Versorgungsstruktur mit.“
3. § 3 Abs. 1 wird wie folgt geändert:
- a) In Nummer 2 wird die Angabe „Artikel 5 des Gesetzes vom 8. April 2013 (BGBl. I S. 734)“ durch die Angabe „Artikel 9a des Gesetzes vom 28. April 2020 (BGBl. I S. 960)“ ersetzt.
- b) In Nummer 3 wird die Angabe „mit der Änderung vom 23. Mai 2008 (BGBl. 2009 II S. 275)“ durch die Angabe „zuletzt geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 28. Mai 2024 (BGBl. II Nr. 203)“ ersetzt.
- c) In Nummer 4 wird nach der Angabe „vom 21. März 2013 (BGBl. I S. 566)“ ein Komma und die Angabe eingefügt „geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 28. Mai 2021 (BGBl. I S. 1174)“.
- d) Satz 2 wird durch folgende neue Sätze 2 bis 5 ersetzt:
- „²Die Landkreise und kreisfreien Städte wirken auf einen ausreichenden und adäquaten Impfschutz der Bevölkerung hin und beteiligen sich an der Durchführung empfohlener Impfungen. ³Ihnen obliegt das Schließen von Impfplücken durch ein aktives Impfangebot. ⁴Sie können geeignete Dritte mit der Ausführung des aktiven Impfangebotes beauftragen. ⁵Die Landkreise und kreisfreien Städte bieten allgemeine Impfberatungen zu allen Impfungen an.“
- e) Der bisherige Satz 3 wird Satz 6 und die Wörter „und 2“ durch die Wörter „bis 5“ ersetzt.
4. Nach § 3 a wird der folgende § 3 b eingefügt:

„§ 3 b

Gesundheitlicher Zivilschutz, Verordnungsermächtigung

¹Den Landkreisen und kreisfreien Städten obliegen die Maßnahmen nach § 1 Abs. 2 Nr. 6 des Zivilschutz- und Katastrophenhilfegesetzes (ZSKG) vom 25. März 1997 (BGBl. I S. 726), zuletzt geändert durch Verordnung vom 19. Juni 2020 (BGBl. I S. 1328). ²Die Landesregierung wird ermächtigt, durch Verordnung die Zuständigkeit für die Aufgaben nach Satz 1 auf das für Gesundheit zuständige Fachministerium, eine andere Landesbehörde oder die Gemeinden zu übertragen, wenn dies zur sachgerechten Erfüllung der Aufgaben erforderlich ist. ³Die Ermächtigung zum Erlass von Verordnungen nach § 2 Abs. 2 Satz 1 ZSKG wird für die Maßnahmen nach § 1 Abs. 2 Nr. 6 ZSKG auf das für Gesundheit zuständige Fachministerium übertragen.“

5. § 4 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 erhält folgende Fassung:
- „(1) ¹Die Landkreise und kreisfreien Städte veranlassen, unterstützen und koordinieren präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen; sie können diese auch selbst durchführen. ²Die Maßnahmen orientieren sich an verhältnis- und verhaltensbezogenen Strategien auf der Grundlage einer bedarfsgerechten Planung, kommunalen Abstimmung und nachhaltigen Umsetzung. ³Die Maßnahmen orientieren sich insbesondere an den Bedarfen sozial benachteiligter, besonders belasteter oder schutzbedürftiger Menschen.“
- b) In Absatz 2 wird das Wort „auch“ durch das Wort „sozialkompensatorisch“ ersetzt.
- c) Nach Absatz 2 wird der folgende Absatz 3 angefügt:
- „(3) Die Landkreise und kreisfreien Städte wirken in enger Zusammenarbeit mit anderen auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung und Prävention Tätigen, insbesondere mit den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 20a des Fünften Buches

Sozialgesetzbuch (SGB V), an der Entwicklung gesundheitsförderlicher Lebenswelten (Settings) mit.“

6. § 5 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird nach Satz 2 folgender Satz 3 angefügt:

„³Hierzu gehören insbesondere die Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit sowie die Berücksichtigung entwicklungsbezogener, sozialer und sprachlicher Förderbedarfe.“

b) In Absatz 2 Satz 1 wird das Wort „der Einschulung“ durch die Wörter „dem erstmaligen Schulbesuch“ ersetzt. Weiterhin werden die Wörter „Beeinträchtigungen, die geeignet sind, die Schulfähigkeit zu beeinflussen“ ersetzt durch die Wörter „Beeinträchtigungen, die die Teilnahme am Unterricht beeinflussen können“.

c) Nach Absatz 2 Satz 2 werden folgende Sätze 3 bis 6 eingefügt:

„³Mit der Schuleingangsuntersuchung werden der Gesundheits- und Entwicklungsstand des Kindes festgestellt. ⁴Sie dient der präventiven gesundheitlichen Beratung sowie gegenüber den Erziehungsberechtigten der Empfehlung und gegebenenfalls Begleitung von erforderlichen Maßnahmen, die geeignet sind, gesundheitlichen Einschränkungen und Entwicklungsverzögerungen entgegenzuwirken. ⁵Die zuständige Behörde hat die erhobenen Daten nach Satz 1 bis 4 für die Dauer von zehn Jahren zu speichern und auf Antrag den Betroffenen oder deren gesetzlicher Vertretung Einsicht zu gewähren. ⁶Nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist sind die Daten unverzüglich zu löschen, soweit ihre weitere Verarbeitung nicht aufgrund anderer gesetzlicher Vorschriften erforderlich ist.“

d) Die bisherigen Sätze 3 und 4 des Absatzes 2 werden die Sätze 7 und 8. Der bisherige Satz 5 wird gestrichen.

e) Nach Satz 8 werden die folgenden Sätze 9 und 10 angefügt:

„⁹Die Erhebung anamnestischer Angaben, die Vorlage des Vorsorgeheftes und des Impfstatus sind Bestandteil der Schuleingangsuntersuchung. ¹⁰Deren Ergebnisse sind in geeigneter Form zu dokumentieren.“

f) Absatz 3 erhält folgende Fassung:

„(3) ¹Die Landkreise und kreisfreien Städte nehmen die Aufgaben der zuständigen Stellen für die Zahngesundheitspflege nach § 21 Abs. 1 Satz 1 SGB V wahr. ²Sie führen gemäß § 21 SGB V gruppen- und individualpräventive Maßnahmen zur Zahn-, Mund- und Kiefergesundheit durch, wirken auf die frühzeitige Erkennung von Erkrankungen und Behandlungsbedarfen hin und dokumentieren die Ergebnisse nach wissenschaftlich anerkannten Erhebungsstandards.“

g) Nach Absatz 3 werden die folgenden Absätze 4 bis 6 angefügt:

„(4) ¹Schulen und Tageseinrichtungen sind verpflichtet, bei der Durchführung der Maßnahmen nach den Absätzen 2 und 3 mitzuwirken und die erforderlichen Auskünfte zu erteilen und soweit möglich Räumlichkeiten bereitzustellen. ²Die Schutzkonzepte der Einrichtungen sind zu berücksichtigen. ³Die Durchführung der Maßnahmen ist mit dem Träger der Einrichtungen abzustimmen.

(5) ¹Schulen und Tageseinrichtungen können die zuständigen Behörden im Rahmen ihrer Aufgaben nach diesem Gesetz über ihre Verpflichtung nach Absatz 4 hinaus organisatorisch unterstützen. ²Eine inhaltliche Kenntnisnahme, Auswertung oder sonstige Nutzung von Daten durch Schulen und Tageseinrichtungen findet nicht statt.

(6) ¹Das Niedersächsische Landesgesundheitsamt kann einheitliche Anforderungen für die Durchführung und Dokumentation der Untersuchungen nach Absatz 2 und 3 empfehlen. ²Die erhobenen Daten nach Absatz 2 und 3 dürfen in anonymisierter Form für Zwecke der Gesundheitsberichterstattung ausgewertet und an staatliche Stellen wie das Niedersächsische Landesgesundheitsamt und das Robert Koch-Institut übermittelt und

durch diese veröffentlicht werden. ³Die anonymisierten Daten dürfen Dritten zugänglich gemacht werden.“

7. In § 6 werden die Wörter „die auf Umwelteinflüssen beruhen“ ersetzt durch die Wörter „die auf Umwelt- und Klimaeinflüssen beruhen“.
8. § 7 Abs. 1 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 1 werden nach dem Wort „ärztliche“ die Worte „und zahnärztliche“ ergänzt.
 - b) Nach Satz 1 wird der folgende Satz 2 eingefügt:

„²Zahnärztliche Untersuchungen und Begutachtungen im Sinne von Satz 1 können auch durch Dritte durchgeführt werden.“
 - c) Der bisherige Satz 2 wird Satz 3.
9. § 8 erhält folgende Fassung:

„§ 8

Gesundheitsberichterstattung und kommunale Präventionsplanung

(1) Die Gesundheitsberichterstattung ist Informationsgrundlage und dient der Planung und Steuerung von Maßnahmen des Gesundheitsschutzes, der Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten nach § 20a Abs. 1 SGB V.

(2) ¹Die Landkreise und kreisfreien Städte beobachten, beschreiben und bewerten den Gesundheitszustand und die gesundheitlichen Verhältnisse ihrer Bevölkerung, insbesondere die sozialen bzw. sozialraumbezogenen, verhaltens- und umweltbedingten Gesundheitsrisiken. ²Ziel ist es, gesundheitliche Problemlagen und Trends von regionaler, epidemiologischer und sozialstruktureller Bedeutung frühzeitig zu erkennen und die Wirksamkeit von Maßnahmen zu bewerten. ³Dazu beziehen die Landkreise und kreisfreien Städte in intersektoraler Zusammenarbeit gesundheitsrelevante Indikatoren und nutzen anonymisierte Daten zur gesundheitlichen Situation der Bevölkerung und stellen diese im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung dar. ⁴Insbesondere sollen auch anonymisierte Ergebnisse aus Schuleingangsuntersuchungen nach § 5 Abs. 2 sowie aus Untersuchungen im Rahmen der Zahngesundheitspflege nach § 5 Abs. 3 einbezogen werden. ⁵Die Landkreise und kreisfreien Städte arbeiten dabei fachübergreifend zusammen, führen die notwendigen Sozial-, Umwelt- und Gesundheitsdaten zusammen und werten die Zusammenhänge aus. ⁶Die Landkreise und kreisfreien Städte dürfen zu diesem Zweck anonymisierte Daten erfassen, speichern oder auf sonstige Weise verarbeiten sowie die Ergebnisse veröffentlichen.

(3) Die nach Absatz 2 gesammelten und verarbeiteten Daten werden zur Landesgesundheitsberichterstattung verarbeitet und an das Niedersächsische Landesgesundheitsamt übermittelt.

(4) ¹Das Niedersächsische Landesgesundheitsamt kann im Benehmen mit den kommunalen Spitzenverbänden landeseinheitliche Anforderungen an Inhalt und Form der Datensammlung und Fachberichterstattung nach Absatz 2 festlegen. ²Es erstellt Fachberichte zur gesundheitlichen Situation der niedersächsischen Bevölkerung (Landesgesundheitsberichte).

(5) ¹Den Landkreisen und kreisfreien Städten obliegt die kommunale Präventionsplanung auf Grundlage der integrierten Gesundheitsberichterstattung nach Absatz 2 Satz 5. ²Dazu gehören insbesondere die Maßnahmenplanung, die Maßnahmendurchführung oder -koordination, die Maßnahmenevaluation und die Bedarfsermittlung. ³In intersektoraler Zusammenarbeit unter Federführung des medizinischen Fachdienstes ist ein Präventionsplan zu erstellen. ⁴Die Landkreise und kreisfreien Städte arbeiten bei der Maßnahmenplanung, -durchführung und -evaluation mit den relevanten Akteuren auf Landesebene und den Trägern der Krankenversicherung insbesondere bei der Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V zusammen.“

10. § 9 erhält folgende Fassung:

„§ 9

Aufgaben des Niedersächsischen Landesgesundheitsamtes

(1) ¹Das Niedersächsische Landesgesundheitsamt berät und unterstützt Behörden und Einrichtungen bei Fragen der Förderung und des Schutzes der Gesundheit der Bevölkerung.

²Das Niedersächsische Landesgesundheitsamt ist als zentrales Public-Health-Institut in den Themen des Infektionsschutzes, der Hygiene einschließlich der Krankenhaushygiene, des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes, klimaabhängiger Gesundheitsrisiken, der Gesundheitsberichterstattung, der Gesundheitsförderung und der Prävention tätig und nimmt zu diesem Zweck insbesondere folgende Aufgaben wahr:

1. es sammelt die für die Aufgaben nach Satz 1 erforderlichen Daten sowie Informationen und bewertet diese insbesondere unter epidemiologischen und präventiven Gesichtspunkten,
2. es führt mikrobiologische, virologische, umweltmedizinische, krankenhaushygienische und wasserhygienische Untersuchungen und Analysen durch,
3. es unterstützt die Landkreise und kreisfreien Städte bei der Standardisierung, Qualitätssicherung und Digitalisierung im öffentlichen Gesundheitsdienst,
4. es erstellt in Zusammenarbeit mit anderen relevanten Akteurinnen und Akteuren wissenschaftlich fundierte und praxisorientierte Handlungsempfehlungen und stellt Informationen für die (Fach-)Öffentlichkeit zur Verfügung,
5. es bietet Qualifizierungsmaßnahmen und Fortbildungen für Mitarbeitende des öffentlichen Gesundheitsdienstes und für Mitarbeitende in sonstigen Einrichtungen des Gesundheitswesens an,
6. als interdisziplinäre wissenschaftliche Fachbehörde fördert es den Austausch zwischen öffentlichem Gesundheitsdienst und der Wissenschaft und führt Forschungsprojekte auch in Kooperation mit universitären und außeruniversitären Forschungseinrichtungen durch; hierfür können Drittmittel eingeworben werden.

(2) ¹Am Niedersächsischen Landesgesundheitsamt ist das Zentrum für Gesundheits- und Infektionsschutz (ZGI) eingerichtet. ²Es ist die zentrale medizinische Beratungs- und Koordinierungsstelle Niedersachsens für gesundheitliche Krisensituationen bei außergewöhnlichen Ereignissen, Katastrophenvoralarm und im Großschadens- und Katastrophenfall. ³Es führt Maßnahmen zur Erkennung, zur Risikoanalyse und -bewertung sowie zur fachlichen Unterstützung des Risikomanagements besonderer gesundheitlicher Schadenslagen durch.“

11. Nach § 10 wird der folgende § 11 eingefügt:

„§ 11

Digitale Arbeitsweise, Verordnungsermächtigung

(1) ¹Die Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes nutzen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben nach diesem Gesetz digitale Informations- und Kommunikationstechniken. ²Das für den öffentlichen Gesundheitsdienst zuständige Fachministerium bestimmt die durch die Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes für die Anwendungsgebiete zu verwendende zentrale Plattform. ³Über Ausnahmen des Grundsatzes nach Satz 2 entscheidet das zuständige Fachministerium.

(2) ¹Es ist Aufgabe des für den öffentlichen Gesundheitsdienst zuständigen Fachministeriums, den Betrieb und die fachliche Weiterentwicklung der Plattform nach Absatz 1 zu gewährleisten. ²Die Landkreise und kreisfreien Städte schaffen die technischen und organisatorischen Voraussetzungen für den Einsatz der Plattform.

(3) Das für den öffentlichen Gesundheitsdienst zuständige Fachministerium regelt im Einvernehmen mit dem für Digitalisierung zuständigen Ministerium Näheres zur Standardisierung sowie zur Interoperabilität der Plattform nach Absatz 1 durch Rechtsverordnung.“

12. Der bisherige § 11 wird § 12 und wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 wird der folgende Absatz 2 eingefügt:

„(2) Die Kosten bis zu einer Höhe von 4 Millionen Euro jährlich für den Betrieb und die Weiterentwicklung der Plattform nach § 11 Abs. 1 trägt das Land.“

b) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 3.

c) Nach Absatz 3 werden die folgenden Absätze 4 und 5 angefügt:

„(4) ¹Nach Auslaufen des zwischen Bund und Ländern geschlossenen Paktes für den öffentlichen Gesundheitsdienstes erhalten die Landkreise und kreisfreien Städte sowie die Region Hannover (Empfänger) vom Land ab dem Jahr 2027, jeweils spätestens zum Stichtag 31. August, einen finanziellen Ausgleich in Höhe von pauschal 25 Millionen Euro jährlich. ²Ab dem Jahr 2029 erhöht sich der Betrag um den prozentualen Anteil der für das jeweilige Jahr vereinbarten Tarifsteigerungen nach dem Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD). ³Im Jahr 2027 werden einmalig zusätzlich 8,8 Millionen Euro zugewiesen. ⁴Dieser finanzielle Ausgleich umfasst neben der im Rahmen des Paktes für den öffentlichen Gesundheitsdienst bereits erfolgten personellen Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes auch den Ausgleich für die mit Änderung dieses Gesetzes im Jahr 2026 vorgenommenen Aufgabenzuweisungen und Aufgabenkonkretisierungen sowie den damit verbundenen Investitionskosten. ⁵8 Prozent der Mittel werden gleichmäßig auf die Empfänger verteilt. ⁶92 Prozent der Mittel werden nach dem Verhältnis der jeweiligen Zahl der Einwohnerinnen und Einwohner in den Landkreisen, kreisfreien Städten und der Region Hannover zur Gesamteinwohnerzahl des Landes verteilt; maßgebend sind jeweils die Einwohnerzahlen nach § 177 Abs. 1 des Niedersächsischen Kommunalverfassungsgesetzes zum Stichtag des Vorjahres der Zahlung.

(5) Das Niedersächsische Landesamt für Soziales, Jugend und Familie setzt für die Empfänger den nach Absatz 4 auf sie entfallenden Betrag jährlich durch Bescheid fest und zahlt den Betrag jeweils bis zum 31. August an die Empfänger aus.“

13. Nach § 12 wird der folgende § 13 angefügt:

„§ 13

Datennutzung

(1) ¹Stellen, die Aufgaben nach diesem Gesetz wahrnehmen, dürfen personenbezogene Daten einschließlich besonderer Kategorien personenbezogener Daten nach Artikel 9 Abs. 1 Datenschutz-Grundverordnung verarbeiten, soweit dies zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben erforderlich ist. ²Ergänzend zur Datenschutz-Grundverordnung gelten die Regelungen des ersten und dritten Teils des NDSG, soweit in diesem Gesetz nichts anderes geregelt ist.

(2) Für die Verarbeitung personenbezogener Daten einschließlich besonderer Kategorien personenbezogener Daten nach Artikel 9 Abs. 1 Datenschutz-Grundverordnung gelten für wissenschaftliche und historische Forschungszwecke die Regelungen des § 13 NDSG und für Archivzwecke die Regelungen der § 3 b und § 6 a NArchG entsprechend.“

Artikel 2

Dieses Gesetz tritt am Tag nach seiner Verkündung im Niedersächsischen Gesetz- und Verordnungsblatt in Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil**I. Anlass, Ziele und Schwerpunkte des Entwurfs**

Der Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD), mit dem der Bund in den Jahren 2021 bis 2026 den ÖGD mit Finanzhilfen von rund 4 Milliarden Euro unterstützt hat, läuft zum Jahresende 2026 aus. Die Umsetzung in Niedersachsen war erfolgreich: Es wurden über 480 vollzeitäquivalente Stellen im ÖGD geschaffen. Der ÖGD wurde gestärkt, modernisiert und digitalisiert, sodass er zukünftig krisenfest reagieren kann. Mit dem Wegfall der Bundesmittel wird das Erreichte jedoch gefährdet.

Ziel des Gesetzentwurfes ist es, nach dem Auslaufen des Paktes für den ÖGD die erzielte Stärkung nachhaltig und dauerhaft abzusichern. Mit den vorgesehenen gesetzlichen Neuregelungen wird der rechtliche Rahmen für die Tätigkeit der Behörden des ÖGD konkretisiert und auf eine zielgerichtete Aufgabenerfüllung ausgerichtet. Klarere Vorgaben erhöhen die Transparenz und sichern einen einheitlichen Vollzug bei gleichzeitigen Handlungsspielräumen. Für diesen weiterentwickelten ÖGD soll es eine nachhaltige und gesetzlich verankerte Finanzierung durch das Land geben, die den Finanzbedarf nach Auslaufen des Paktes abdeckt.

Die geänderten Vorschriften stärken die Handlungsfähigkeit des ÖGD, insbesondere durch bessere Koordination und Umsetzung präventiver Maßnahmen. Sie berücksichtigen die Lehren aus der COVID-19-Pandemie und stärken Chancengleichheit sowie Resilienz des Gesundheitssystems.

Dafür wird die gesundheitliche Chancengleichheit als neues explizites Ziel aufgenommen. Nach dem Konzept „Health in all Policies“ wird die Förderung und der Schutz der Gesundheit als Querschnittsaufgabe kommunalen Handelns definiert. Auch wird die Aufgabe der Kommunen konkretisiert, auf hohe Impfquoten hinzuwirken und Impfberatung und Schutzimpfungen anzubieten. Die Schuleingangsuntersuchung aller Kinder wird um Untersuchungen zur Zahngesundheit und um ein Beratungsangebot ergänzt. Die Daten für die Gesundheitsberichterstattung sollen zukünftig anhand gesundheitsrelevanter Indikatoren erhoben und ausgewertet werden.

Für das Niedersächsische Landesgesundheitsamt werden als Aufgaben insbesondere die Unterstützung der Kommunen bei der Standardisierung, Qualitätssicherung und Digitalisierung, sowie Fortbildung und Mitwirkung an Forschung geregelt. Zudem wird das Zentrum für Gesundheits- und Infektionsschutz (ZGI) als zentrale Koordinierungsstelle gesetzlich verankert.

Außerdem werden explizite Regelungen zum Datenschutz aufgenommen, die die Arbeit der Gesundheitsbehörden vereinfachen sollen.

II. Alternativen

Keine. Das Auslaufen des Paktes für den ÖGD zum Ende des Jahres 2026 macht eine verbindliche gesetzliche Neuregelung von Aufgaben und Finanzierung des ÖGD notwendig. Ohne Gesetzesänderungen sind qualitative Verschlechterungen für den ÖGD zu befürchten.

III. Ergebnisse des Klimachecks nach § 9 Abs. 1 Satz 2 Nr. 7 Buchst. a NKlimaG sowie Auswirkungen auf die Umwelt, den ländlichen Raum und die Landesentwicklung

Es sind keine Auswirkungen i. o. S. zu erwarten.

IV. Auswirkungen auf die Verwirklichung der Gleichstellung von Frauen und Männern

Der Gesetzentwurf hat keine Auswirkungen auf die Verwirklichung der Gleichstellung von Frauen und Männern.

V. Auswirkungen auf Familien und auf Menschen mit Behinderungen

Die Änderungen wirken sich gesundheitsförderlich auf Familien und auf Kinder mit Förderbedarfen aus. Zusätzlich wird die Zahngesundheit gefördert. Eine zielgerichtete Präventionsplanung verbessert die gesundheitliche Chancengleichheit.

VI. Voraussichtliche Kosten und die haushaltsmäßigen Auswirkungen des Gesetzentwurfs

Als Ersatz für die wegfallenden Mittel aus dem auslaufenden Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst und zur nachhaltigen Finanzierung der mit dem Gesetz verbundenen Aufgabenveränderungen weist das Land den Kommunen ab dem Jahr 2027 einen pauschalen Betrag in Höhe von jährlich 25 Millionen Euro zu. Zudem weist das Land für anfallende Investitionskosten den Kommunen pauschal einen einmaligen Betrag in Höhe von 8,8 Millionen Euro im Jahr 2027 zu. Zudem entstehen dem Land Kosten für die Digitalisierung durch Einführung einer einheitlich genutzten Fachanwendung in Höhe von 4 Millionen Euro jährlich. Für die Bewirtschaftung und Zuweisung der Haushaltsmittel an die Kommunen benötigt das Niedersächsische Landesamt für Soziales, Jugend und Familie Personal im Umfang von einer Vollzeiteinheit der Bes.-Gr. A 11 NBesG. Unter Zugrundelegung der Durchschnittskostensätze zur Aufstellung des HPE 2027/2028 und unter zusätzlicher Berücksichtigung der Sachkostenpauschale für einen Büroarbeitsplatz belaufen sich die jährlichen Kosten insgesamt auf 70 891 Euro, somit rund 71 000 Euro.

VII. Ergebnisse des Digitalchecks

Der Gesetzentwurf ergänzt bisher fehlende Rahmenregelungen zur digitalen Umsetzung von Verwaltungsprozessen, insbesondere durch eine verbindliche gemeinsame Plattform nach dem neuen § 11.

VIII. Gesetzesfolgenabschätzung

Eine Gesetzesfolgenabschätzung hat stattgefunden. Der vorliegende Entwurf bietet danach Gewähr für das Erreichen der dargestellten Ziele, die gleichzeitig ohne diese gesetzlichen Neuregelungen nicht wirksam zu verfolgen sind.

B. Besonderer Teil

Zu § 1 (Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes):

Gegenüber der geltenden Gesetzesfassung werden die Aufgaben und die Zielsetzungen der Gesundheitsbehörden nach Absatz 1 Satz 2 konkretisiert und in Absatz 1 Satz 3 der Gesundheitsbegriff im Sinne der Weltgesundheitsorganisation (WHO) präzisiert. Neben der Eigenverantwortung der Bürgerinnen und Bürger, rücken nun auch die Gestaltung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen sowie die Sicherung gesundheitlicher Chancengleichheit stärker in den Fokus (Absatz 2 Satz 1). Gesundheitliche Chancengleichheit bedeutet, dass jeder Mensch die gleichen Möglichkeiten hat, gesund zu sein und gesund zu bleiben - unabhängig von sozialem Status, Nationalität, Alter und Geschlecht. Das Recht auf die Herstellung gleicher gesundheitlicher Chancen ist in den Menschenrechten nachhaltig verankert. Zudem wird die Koordinierungs-, Beratungs- und Informationsfunktion des Öffentlichen Gesundheitsdienstes durch Absatz 2 Satz 2 hervorgehoben. Er soll mit anderen Trägern, Einrichtungen und Vereinen zusammenarbeiten und diese gezielt zusammenführen. Damit wird seine Rolle als zentrale Anlaufstelle für präventive Gesundheitsförderung gestärkt.

Zu § 2 (Organisation des öffentlichen Gesundheitsdienstes):

Durch die vorgesehenen Änderungen wird die Definition der Fachkräfte im medizinischen Fachdienst konzentriert auf Ärztinnen und Ärzte, Hygienekontrolleurinnen und -kontrolleure und sozialmedizinische Assistentinnen und Assistenten. Der Absatz 2 Satz 3 wird neu gefasst und der Absatz 2 um die Sätze 4 und 5 ergänzt. Ziel der Änderung ist es, die Anforderungen an die Leitung des medizinischen Fachdienstes zu präzisieren und die personellen Handlungsspielräume der Behörden zu erweitern. Die Regelung stellt klar, dass die Gesamtleitung des medizinischen Fachdienstes in der Regel einer Ärztin oder einem Arzt nach Satz 2 Nr. 1 obliegt. Durch die Ausgestaltung als Soll-Vorschrift bleibt es in begründeten Ausnahmefällen möglich, die Gesamtleitung auch anderen geeigneten Beschäftigten zu übertragen. Damit wird bestehenden Fachkräfteengpässen Rechnung getragen und ein flexibler Einsatz ärztlicher Kapazitäten ermöglicht. Unberührt bleibt die Anforderung, dass die fachliche Leitung des medizinischen Fachdienstes aufgrund der einschlägigen fachrechtlichen Vorgaben, wie z. B. das NBG, weiterhin einer Ärztin oder einem Arzt mit der Gebietsbezeichnung Öffentliches Gesundheitswesen obliegt. Nach Absatz 5 wird der sozialpsychiatrische Dienst als Bestandteil in den ÖGD integriert. Die Steuerung der kommunalen Gesundheitsplanung erfolgt durch die untere

Gesundheitsbehörde, sodass die Sozialpsychiatrischen Dienste bei der Planung, Koordinierung und Weiterentwicklung einer gemeindepsychiatrischen Versorgungsstruktur Synergien nutzen und erschaffen können. Die Änderung erfolgt aus Klarstellungsinteresse und verändert nicht die Zuständigkeitsstruktur.

Damit wird die Bedeutung der psychischen Gesundheit hervorgehoben und eine bessere Verzahnung zwischen akut medizinischer, präventiver und sozialer Versorgung ermöglicht. Dies trägt dazu bei, Menschen mit psychischen Erkrankungen frühzeitig zu erreichen und ihnen bedarfsgerechte Unterstützungsangebote bereitzustellen.

Zu § 3 (Infektions- und Strahlenschutz):

Neben redaktionellen Anpassungen stärken die Änderungen die Verantwortung der Landkreise und kreisfreien Städte für den Impfschutz. In Absatz 1 Satz 1 Nrn. 2 bis 4 wurden redaktionelle Änderungen vorgenommen. Die Änderungen des § 3 Abs. 1 Sätze 2 bis 5 erweitern die Aufgaben der Landkreise und kreisfreien Städte hinsichtlich der Impfaufklärung und Durchführung empfohlener Schutzimpfungen. Die Aufgabe nach Satz 1 wird im übertragenen Wirkungskreis ausgeführt. Damit wird die Verantwortung für den Schutz der Bevölkerung vor übertragbaren Krankheiten gestärkt. Gleichzeitig erfolgt eine Präzisierung bestehender Aufgaben im Bereich des Infektionsschutzes. Die Änderungen berücksichtigen die Erfahrungen aus der COVID-19-Pandemie und stärken die Reaktionsfähigkeit des ÖGD in Krisensituationen. Das Impfgeschehen während der Pandemie hat deutlich gezeigt, dass zukünftig etablierte Strukturen zur flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung die Handlungsfähigkeit auf kommunaler Ebene im Infektions- und Bevölkerungsschutz unabdingbar machen. Die Neuregelungen tragen diesen Erkenntnissen Rechnung und zielen darauf ab, die Reaktionsfähigkeit des ÖGD in zukünftigen Krisensituationen nachhaltig zu stärken. Die Möglichkeit zur Delegation des aktiven Impfangebotes an Dritte soll ermöglichen, diese neue Pflichtaufgabe auch bei sonst unzureichenden personellen Ressourcen umzusetzen.

Zu § 3 b (Gesundheitlicher Zivilschutz):

In Niedersachsen fehlt bislang eine eindeutige Zuständigkeitsregelung für Maßnahmen zum Schutz der Gesundheit nach § 1 Abs. 2 Nr. 6 ZSKG. Mit § 35 Abs. 1 Satz 1 NKatSG wurde den unteren Katastrophenschutzbehörden (§ 3 Abs. 1 Satz 1 NKatSG) durch das Innenministerium lediglich die Zuständigkeit für die Maßnahmen des Zivilschutzes nach § 1 Abs. 2 Nrn. 1, 2 und 5 ZSKG übertragen. Die Zuständigkeit des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung für die Aufgabenzuweisung des § 1 Abs. 2 Nr. 6 ZSKG wird derzeit allein aus Anlage 1 Nr. 4.23 der Geschäftsverteilung der Landesregierung i. V. m. § 6 NVOZustG hergeleitet. Diese indirekte Form der Zuständigkeitsbestimmung hat in der Vergangenheit zu Kompetenzabgrenzungsproblemen geführt. Die Aufgaben und Befugnisse nach dem Siebten Abschnitt des ZSKG ähneln den Aufgaben und Befugnissen des Fachministeriums nach dem NKHG. Daher ist beabsichtigt den Landkreisen und kreisfreien Städten die Aufgaben nach § 1 Abs. 2 Nr. 6 ZSKG als Trägern des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zuzuweisen. Darüber hinaus wird das Fachministerium ermächtigt, durch Verordnung eine hiervon abweichende Zuständigkeitsregelung zu treffen, soweit dies zur sachgerechten Erfüllung der Aufgabe erforderlich ist. Die Verordnungsermächtigung nach § 2 Abs. 2 ZSKG wird auf das für Gesundheit zuständige Fachministerium übertragen.

Zu § 4 (Prävention und Gesundheitsförderung):

Der Gesetzentwurf sieht Ergänzungen zur Zielbestimmung des Gesundheitsschutzes vor. Durch die Regelung in Absatz 1 wird klargestellt, dass eine besondere Verantwortung besteht, Gesundheit zu erhalten und zu fördern. Gesundheit wird maßgeblich an den Orten des Alltagslebens der Menschen erhalten und gefördert. Gesundheitsschutz ist eine nachhaltige Aufgabe. Die Regelungen zur sozialen Kompensation werden hervorgehoben. Unter sozialkompensatorischer Gesundheitsförderung und Prävention wird ein Ansatz verstanden, der gesundheitliche Chancengleichheit berücksichtigt und Angebote an den unterschiedlichen sozialen Ausgangslagen und gesundheitlichen Bedarfen der Menschen ausrichtet. Ziel ist es, sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheiten zu verringern und allen Menschen möglichst faire Voraussetzungen für Gesundheit zu ermöglichen. Außerdem wird das Zusammenwirken der Akteure betont. Durch die Orientierung an verhaltens- und verhältnisbezogenen Strategien wird eine ganzheitlichere Gesundheitsförderung verfolgt (Abs. 1 Sätze 1, 2 und 3). Zudem wird die sozialraumbezogene Arbeit der Landkreise und kreisfreien Städte

hervorgehoben, um Maßnahmen bedarfsgerecht zu planen und lokal abzustimmen (Abs. 1 Satz 2). Ein weiteres Ziel ist die Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit (Abs. 1 Satz 3). Der neu angefügte Absatz 3 fördert die Zusammenarbeit mit Akteuren der Gesundheitsförderung und Prävention, insbesondere mit den Krankenkassen. Die Neufassung stärkt die gezielte und wirksame Gesundheitsförderung.

Zu § 5 (Kinder- und Jugendgesundheit):

Die Änderungen sehen ergänzende Auswertungs- und Übermittlungsermächtigungen vor und stellen insbesondere in Absatz 1 Satz 3 die Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit, sowie die Berücksichtigung diverser Bedarfe in den Vordergrund.

Absatz 2 Satz 1 formuliert die Notwendigkeit einer Schuleingangsuntersuchung vor dem erstmaligen Schulbesuch. Davon werden auch Seiteneinsteiger aus dem Ausland erfasst, nicht aber Schulwechsel aus einem anderen Bundesland. Zudem werden die Schuleingangsuntersuchungen durch Absatz 2 Sätze 3 und 4 erweitert, um gesundheitliche Beeinträchtigungen frühzeitig zu erkennen, mögliche Folgen in der Gesamtentwicklung einzuschätzen sowie gegenüber den Erziehungsberechtigten geeignete Maßnahmen zur Unterstützung zu empfehlen. Unter der im Gesetzestext genannten Begleitung ist die Unterstützung und Vermittlung durch die unteren Gesundheitsbehörden bei der Inanspruchnahme von Maßnahmen durch die Erziehungsberechtigten zu verstehen. Neu eingeführt wird in Satz 4 die Beratung und Begleitung der Erziehungsberechtigten zu Maßnahmen, die zur Verbesserung der Schulfähigkeit beitragen können. Absatz 2 Satz 5 sieht für die erhobenen Daten eine Aufbewahrung für zehn Jahre vor. Die Speicherung dient darüber hinaus der Wahrnehmung der gesetzlichen Aufgaben des ÖGD und ist insbesondere erforderlich, um gesundheitliche Entwicklungen, Entwicklungsauffälligkeiten und Risiken im Kindes- und Jugendalter auch über einen längeren Zeitraum nachvollziehen, bewerten und dokumentieren zu können. Die Frist trägt dem Umstand Rechnung, dass gesundheitliche Beeinträchtigungen oder Folgewirkungen präventiver, beratender oder unterstützender Maßnahmen vielfach erst zeitversetzt erkennbar werden. Die Aufbewahrungsdauer ermöglicht ferner die sachgerechte Prüfung etwaiger Amtshaftungs- oder sonstiger Rechtsansprüche sowie die Nachvollziehbarkeit behördlichen Handelns im Einzelfall. Sie dient zugleich der Qualitätssicherung und fachlichen Evaluation im Rahmen der gesetzlichen Aufgabenwahrnehmung. Die Regelung berücksichtigt den Grundsatz der Speicherbegrenzung nach Artikel 5 Absatz 1 Buchst. e DSGVO. Die Speicherdauer ist auf das zur Aufgabenerfüllung erforderliche Maß begrenzt und trägt dem besonderen öffentlichen Interesse an Maßnahmen der öffentlichen Gesundheit nach Artikel 9 Abs. 2 Buchstaben g und i DSGVO Rechnung. Gemäß Absatz 2 Satz 6 sind nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist die Daten zu löschen, soweit ihre weitere Verarbeitung nicht aufgrund anderer gesetzlicher Vorschriften erforderlich ist.

In Absatz 3 wird die Rolle der Landkreise und kreisfreien Städte bei der Förderung der Zahngesundheit erweitert, näher ausgeführt und die Erhebung nach wissenschaftlich anerkannten Standards, aktuell der Erhebung nach dem „decayed, missing, filled, teeth“-Standard (DMFT-Standards), benannt.

Absatz 4 verpflichtet die Schulen und Tageseinrichtungen zur Mitwirkung bei der Durchführung von Maßnahmen nach Absatz 2 und 3 und bestimmt die hierfür geltenden organisatorischen Rahmenbedingungen. Die Verpflichtung zur Bereitstellung von Räumlichkeiten besteht nur, soweit dies den Einrichtungen möglich ist. Damit wird den räumlichen und organisatorischen Gegebenheiten, insbesondere der Tageseinrichtungen für Kinder, Rechnung getragen. Bei der Durchführung der Maßnahmen sind die Belange des Kindeswohls sowie die Schutzkonzepte der Einrichtungen zu berücksichtigen. Dies umfasst insbesondere die Anforderungen des § 45 SGB VIII an den Schutz von Kindern vor Gewalt sowie an Verfahren der Beteiligung und Beschwerde. Um der Verantwortung des Trägers für den Schutz und das Wohl der betreuten Kinder Rechnung zu tragen, ist die Durchführung der Maßnahmen vorab mit dem Träger der Einrichtung abzustimmen. Dies gewährleistet die angemessene Berücksichtigung des Schutzkonzepts sowie der organisatorischen Belange der Einrichtung. Die Vorschrift begründet kein allgemeines Zutrittsrecht zu Tageseinrichtungen. Zutritt und Nutzung der Räumlichkeiten sind ausschließlich zur Durchführung der Maßnahmen nach den Absätzen 2 und 3 und nur im hierfür erforderlichen Umfang zulässig. Die Maßnahmen nach den §§ 4 und 5 Abs. 1 sowie die Untersuchungen nach § 5, Abs. 2 und 3 erfolgen dabei unter einem sozialpädiatrischen Blickwinkel. Medizinische Befunde und soziale Aspekte der Kinder werden kontextualisiert und deren

Einfluss auf die Gesamtentwicklung des jeweiligen Kindes eingeschätzt. Hieraus werden Handlungsempfehlungen für die Erziehungsberechtigten abgeleitet. Die in Absatz 4 Satz 1 benannten „erforderlichen Auskünfte“ beinhalten die Weitergabe solcher Daten, die für die organisatorische Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung der in den Absätzen 2 und 3 beschriebenen Maßnahmen unerlässlich sind. Dies sind Name, Anschrift und Geburtsdatum des Kindes. Die Verpflichtung zur Auskunftserteilung nach Satz 1 umfasst nicht die Übermittlung von Gesundheitsdaten oder sonstigen personenbezogenen Daten besonderer Kategorien im Sinne des Artikels 9 Abs. 1 der Datenschutz-Grundverordnung; deren Weitergabe richtet sich nach den hierfür geltenden gesetzlichen Vorschriften und bedarf, soweit keine gesetzliche Übermittlungsbefugnis besteht, der Einwilligung der Erziehungsberechtigten.

Der neue Absatz 5 gibt Schulen und Tageseinrichtungen für Kinder Rechtssicherheit, wenn sie die unteren Gesundheitsbehörden bei Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention organisatorisch unterstützen. Diese Unterstützung kann z. B. eine Entgegennahme von Unterlagen, einschließlich Impfdokumentationen und die Weiterleitung an die zuständige Behörde sein oder die Bereitstellung organisatorischer Rahmenbedingungen (z. B. Briefkästen) für die unmittelbare Kommunikation zwischen Gesundheitsbehörden und Erziehungsberechtigten. Schulen können beispielsweise auch eine individuelle Impfberatung durch Beschäftigte der unteren Gesundheitsbehörden in ihren Räumlichkeiten unterstützen. Eine entsprechende Kooperation zwischen Schulen und Gesundheitsbehörden existiert bereits in zahlreichen niedersächsischen Landkreisen und kreisfreien Städten. Tageseinrichtungen für Kinder können niedrigschwellige und präventive (Modell-)Projekte der unteren Gesundheitsbehörden organisatorisch unterstützen und diesen so eine frühzeitige Entwicklungsdiagnostik, Elternberatung und gezielte Förderung ermöglichen, um die Chancen der dort betreuten Kinder auf einen erfolgreichen Schulstart zu verbessern.

Über die Maßnahmen der Absätze 2 und 3 erhält das Landesgesundheitsamt gemäß Absatz 6 Satz 1 die Möglichkeit, fachliche Standards zu empfehlen.

Mit Absatz 6 wurden in Satz 2 und 3 die gesetzlichen Grundlagen für die Verarbeitung der im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung erhobenen Daten für die Gesundheitsberichterstattung präzisiert. Die Vorlage von Nachweisen über den Impfstatus durch die Eltern, erziehungs- oder sonstigen sorgeberechtigten Personen, sowie die Früherkennungsuntersuchungen des Kindes und die Dokumentation dieser Angaben werden nunmehr gesetzlich in Absatz 2 Sätze 9 und 10 festgeschrieben. Schließlich sollen, wie bisher, die bei der Einschulungsuntersuchung verarbeiteten Daten für Zwecke der Gesundheitsberichterstattung in anonymisierter Form veröffentlicht werden können.

Zu § 6 (Umweltbezogener Gesundheitsschutz):

Das Thema Klimafolgenanpassung kann zwar bereits unter die bestehende Formulierung des § 6 gefasst werden, jedoch soll der zunehmenden Bedeutung des Themas durch die Ergänzung durch das Änderungsgesetz Rechnung getragen werden.

Zu § 7 (Untersuchung und Begutachtung):

In Absatz 1 Satz 1 wird die Verpflichtung aufgenommen, neben ärztlichen Untersuchungen und Begutachtungen auch zahnärztliche Untersuchungen und Begutachtungen durchzuführen. Diese können nach Absatz 1 Satz 2 auch von Dritten durchgeführt werden. Da zahnärztliche Untersuchungen u. a. nach AsylbLG erforderlich sind ist eine Aufnahme der Untersuchungen als Aufgabe des ÖGD notwendig.

Zu § 8 (Gesundheitsberichterstattung und kommunale Präventionsplanung):

Die Änderungen in § 8 richten die Gesundheitsberichterstattung stärker an präventiven Maßnahmen und damit auch der Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten aus. Lebenswelten sind die alltäglichen Kontexte, in denen Menschen leben, lernen, arbeiten und ihre Freizeit verbringen. Ihre sozialen, strukturellen und materiellen Bedingungen beeinflussen die Gesundheit der Menschen. Gesundheitsförderliche Lebenswelten entstehen durch die gemeinsame Gestaltung gesundheitsförderlicher Bedingungen und Strukturen mit den Menschen und Akteuren vor Ort.

In Absatz 1 wird die Gesundheitsberichterstattung als unverzichtbare Informations- und Steuerungsgrundlage für die kommunale Präventionsplanung definiert. Neben der Planung wird die bedarfsgerechte Planung, Steuerung und Evaluation von gesundheitsschützenden, gesundheitsfördernden

und präventiven Maßnahmen verfolgt, um eine bedarfsorientierte, evidenzbasierte und zielgerichtete kommunale Gesundheitsplanung zu ermöglichen. Die gesetzliche Verankerung der Gesundheitsberichterstattung und der Gesundheitspräventionsplanung schafft eine verbindliche Rechtsgrundlage für die ohnehin schon durch den ÖGD wahrgenommenen Aufgaben.

Absatz 2 Satz 1 konkretisiert die Pflicht der Landkreise und kreisfreien Städte, den Gesundheitszustand, insbesondere im Hinblick auf die sozialraumbezogenen, verhaltens- und umweltbedingten Gesundheitsrisiken, zu beobachten, zu beschreiben und zu bewerten. Absatz 2 Satz 2 stellt die Zielsetzung, gesundheitliche Problemlagen und Trends frühzeitig zu erkennen und die Wirksamkeit von Maßnahmen zu ermitteln, heraus. Durch Absatz 2 Satz 3 wird die intersektorale Erhebung und Zusammenführung gesundheitsrelevanter Indikatoren ermöglicht, sodass sozial-, verhaltens- und umweltbedingte Einflussfaktoren auf die gesundheitliche Situation der Bevölkerung kleinräumig beschrieben und bewertet werden können. Gerade in der Gesundheitsberichterstattung ist dies problematisch, da Gesundheitsdaten nicht zentral erhoben werden, sondern in unterschiedlichen Systemen und für verschiedene Zwecke entstehen. Sie stammen beispielsweise aus Schuleingangsuntersuchungen des KJGD, Zahngesundheitsdaten des Zahnärztlichen Dienstes sowie aus Bevölkerungs-, Sozial-, Umwelt- und Statistikdaten anderer Fachbehörden und des LSN.

Dies ermöglicht evidenzbasierte Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. Satz 4 schafft durch die ausdrückliche Einbeziehung der anonymisierten Ergebnisse aus Schuleingangsuntersuchungen und Zahngesundheitspflege eine klare rechtliche Grundlage für deren Nutzung in der Gesundheitsberichterstattung. So wird eine datenschutzkonforme Nutzung der Daten gewährleistet, da eine Verarbeitung ausschließlich in anonymisierter Form erfolgt und somit kein Personenbezug im Sinne des Artikel 4 Nr. 1 Datenschutz-Grundverordnung vorliegt. In Satz 5 wird die gesetzliche Verpflichtung zur ressortübergreifenden Zusammenarbeit zwischen kommunalen Fachbereichen geregelt. Insbesondere die Zusammenführung von Sozial-, Umwelt- und Gesundheitsdaten ermöglicht eine ganzheitliche Betrachtung gesundheitlicher Zusammenhänge. Der Satz 6 schafft eine rechtssichere Grundlage zum interkommunalen Datenaustausch und grenzt den Zweck der Datenverarbeitung ein.

Der Absatz 3 konkretisiert die Rolle des Landesgesundheitsamtes bei der Vereinheitlichung der Datenerhebung und Fachberichterstattung sowie bei der Zusammenführung anonymisierter kommunaler Daten für Zwecke der landesweiten Gesundheitsberichterstattung nach Absatz 2. Einheitliche Anforderungen an die Datensammlung und Berichterstattung, wie sie laut Absatz 4 Satz 1 im Benehmen mit den kommunalen Spitzenverbänden durch das Landesgesundheitsamt festgelegt werden können, ermöglichen eine bessere Nutzung der gewonnenen Erkenntnisse. Die Ausgestaltung als Benehmensregelung gewährleistet eine angemessene Beteiligung der kommunalen Ebene, da diese die Datengrundlagen für die Gesundheitsberichterstattung maßgeblich bereitstellt. Ein Einvernehmen ist nicht erforderlich, da die Festlegung landeseinheitlicher Standards eine landesweite Koordinierungsaufgabe des Niedersächsischen Landesgesundheitsamtes darstellt und die Sicherstellung einheitlicher Rahmenbedingungen nicht von der Zustimmung der kommunalen Spitzenverbände abhängig sein soll. Benehmen bedeutet, dass eine Behörde eine andere Stelle anhören und beteiligen muss, bevor sie eine Entscheidung trifft. Eine Zustimmung ist jedoch nicht erforderlich - die entscheidende Behörde kann also trotz Abweichung in der Sache anders verfahren. Es besteht damit eine Abstimmungs- aber keine Bindungspflicht. Durch die Änderungen wird das bestehende Berichtswesen präzisiert und stärker mit der praktischen Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention verknüpft (Landesgesundheitsberichte nach Absatz 4 Satz 2.). Die kommunale Verantwortung für die Gesundheitsberichterstattung wird nicht neu begründet oder erweitert, sondern inhaltlich strukturiert und auf eine effektivere Nutzung der Daten ausgerichtet.

Nach Absatz 5 Satz 1 wird die kommunale Präventionsplanung auf die Basis der Gesundheitsberichterstattung nach Absatz 2 Satz 2 gehoben und umfasst insbesondere die Maßnahmenplanung, -durchführung, -koordination und -evaluation sowie die Bedarfsermittlung. Die Zusammenarbeit mit relevanten Akteurinnen und Akteuren auf Landesebene sowie den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt insbesondere im Hinblick auf Maßnahmen der Prävention in Lebenswelten gemäß § 20a SGB V.

Zu § 9 (Aufgaben des Landesgesundheitsamtes):

Die bisherige Aufgabenbeschreibung des Niedersächsischen Landesgesundheitsamtes (NLGA) wird zur Schaffung einer hinreichenden gesetzlichen Grundlage für landesweite fachliche Unterstützungs- und Koordinierungsaufgaben konkretisiert.

Das Landesgesundheitsamt soll sich künftig insbesondere im Infektionsschutz sowie in weiteren zentralen Bereichen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes engagieren. Durch die Ergänzungen wird eine gesetzliche Grundlage für wissenschaftliche Begleitung und fachliche Beratung der kommunalen Träger geschaffen.

Das Niedersächsische Landesgesundheitsamt wird als zentrale Fachbehörde (Public-Health-Institut) benannt. In diesem Sinne ist ein Public-Health-Institut eine wissenschaftliche Fachinstitution, die die gesundheitliche Lage der Bevölkerung, ihre Determinanten sowie gesundheitliche Entwicklungen untersucht und bewertet. Durch Forschung, wissenschaftlich fundierte Methoden, datenbasierte und laborgestützte Analysen und Zusammenarbeit mit gesundheitsrelevanten Akteuren schafft es die Grundlage für praxisnahe und evidenzbasierte Entscheidungen und Empfehlungen für die Prävention übertragbarer und nicht übertragbarer Erkrankungen. Auf dieser Basis unterstützt es Politik, Verwaltung und Praxis bei der Entwicklung, Umsetzung und Evaluation wirksamer Strategien und Maßnahmen zum Schutz und zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung. Die Unterstützung durch das NLGA erfolgt im Rahmen bestehender Aufgabenstrukturen ohne Gesundheitsbehörden.

Mit der Einfügung des Absatzes 2 wird eine gesetzliche Grundlage für die zentrale Koordinierung in gesundheitlichen Krisensituationen (ZGI) geschaffen. Finanzielle Mehrbelastungen entstehen nicht. Die Aufgaben des ZGI werden im Rahmen der bestehenden organisatorischen Strukturen und sachlicher Ressourcen innerhalb des NLGA wahrgenommen.

Zu § 11 (Digitale Arbeitsweise, Verordnungsermächtigung):

Die mit diesem Änderungsgesetz neu einzuführenden Regelungen zur Digitalen Arbeitsweise schaffen insbesondere einen Rahmen für die Nutzung einer einheitlichen Plattform. Die Notwendigkeit hierfür ergibt sich aus den in der Vergangenheit gewonnenen Erfahrungen, wonach heterogene Datensätze und fehlende Kompatibilität verschiedener Schnittstellen eine zielführende Auswertung und anschließende Maßnahmenableitung erheblich erschwert haben. Um sogenannte „Insellösungen“ zu vermeiden und gleichzeitig möglichen unverhältnismäßigen Belastungen einzelner Behörden Rechnung zu tragen, wird in Satz 3 die Möglichkeit vorgesehen, auf Antrag eine Ausnahme zuzulassen. Über die Ausnahme entscheidet das zuständige Fachministerium. Zur Festlegung näherer Anforderungen, insbesondere zur Standardisierung und Interoperabilität, wird dem für den Öffentlichen Gesundheitsdienst zuständigen Fachministerium im Einvernehmen mit dem für Digitalisierung zuständigen Fachministerium eine Verordnungsermächtigung eingeräumt.

Zu § 12 (Kosten):

Nach Auslaufen des Paktes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst sind die Kostenpflichten im Öffentlichen Gesundheitsdienst neu zu ordnen. Durch die pauschalen Zuweisungen nach Absatz 4 wird die mit dem Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst vorgenommene Finanzierung anteilig fortgeführt bei gleichzeitiger gesetzlicher Festlegung der damit verbundenen Aufgaben und Standards. Ergänzend übernimmt das Land nach Absatz 2 Kosten der anstehenden Harmonisierung der Fachverfahren.

Mit dem neuen Absatz 2 wird klargestellt, dass das Land die Kosten für den Betrieb und die fachliche Weiterentwicklung der nach § 11 Abs. 1 verbindlich zu nutzenden zentralen Plattform bis zu einer Höhe von 4 Millionen Euro jährlich trägt. Hierdurch wird gesichert, dass die kommunalen Anwender der Plattform nicht übermäßig mit den laufenden Betriebs- und Weiterentwicklungskosten belastet werden und die Nutzung der zentral bereitgestellten digitalen Infrastruktur im Öffentlichen Gesundheitsdienst flächendeckend erfolgen kann.

Der neue Absatz 4 verschafft den Kommunen die finanzielle Basis für eine dauerhafte Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und zugleich einen angemessenen finanziellen Ausgleich für die durch dieses Gesetz übertragenen Aufgaben und damit verbundenen Anforderungen auf kommunaler Ebene. Der finanzielle Ausgleich beträgt ab dem Jahr 2027 jährlich pauschal 25 Millionen Euro. Ab dem Jahr 2029 erhöht sich dieser Betrag jährlich entsprechend dem prozentualen Anteil der für

das jeweilige Jahr maßgeblichen Tarifsteigerungen nach dem Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst. Im Jahr 2027 werden einmalig zusätzlich 8,8 Millionen Euro für Investitionskosten, insbesondere zur Umsetzung der §§ 3 und 7, zugewiesen.

Die Aufteilung der Gesamtsumme erfolgt entsprechend dem bewährten Schlüssel zu 8 Prozent gleichmäßig auf alle Kommunen sowie zu 92 Prozent nach dem Verhältnis der jeweiligen Einwohnerzahl in ihrem Zuständigkeitsgebiet. Hierdurch wird sowohl ein pauschaler Grundbedarf als auch der einwohnerbezogene Mehraufwand berücksichtigt. Durch die pauschale Zahlung der jeweiligen Ausgleichsbeträge wird ein unbürokratisches Verfahren geschaffen, das den Kommunen zudem eine Rechtssicherheit gewährleistet.

Der neue Absatz 5 regelt das Verfahren zur Festsetzung und Auszahlung des finanziellen Bedarfs. Zuständig hierfür ist das Niedersächsische Landesamt für Jugend und Soziales. Die Festsetzung des auf die jeweilige Kommune entfallenden Betrages erfolgt jährlich durch Bescheid, um eine rechtssichere und nachvollziehbare Mittelzuweisung zu gewährleisten. Die Auszahlung bis zum 31. August stellt sicher, dass den kommunalen Trägern die Mittel frühzeitig im Haushaltsjahr zur Verfügung stehen. Durch die zentrale Abwicklung beim Landesamt wird ein einheitliches und verwaltungsökonomisches Verfahren sichergestellt.

Zu § 13 (Datennutzung):

Mit der Einfügung eines neuen § 13 wird eine spezielle datenschutzrechtliche Rechtsgrundlage für die Verarbeitung personenbezogener Daten durch die Stellen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes geschaffen. Neben den unmittelbar geltenden Erlaubnistatbeständen aus der Datenschutz-Grundverordnung zur Verarbeitung personenbezogener Daten einschließlich besonderer Kategorien personenbezogener Daten nach Artikel 9 Abs. 1 Datenschutz-Grundverordnung sind die §§ 4 bis 6 des Niedersächsischen Datenschutzgesetzes anzuwenden, soweit diese Vorschrift keine spezialgesetzliche Regelung trifft. Bei der Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten gilt § 17 Abs. 2 bis 4 des Niedersächsischen Datenschutzgesetzes. Die Vorschrift schafft damit Rechtsklarheit und Rechtssicherheit für die Praxis.

Die Vorschrift stellt klar, dass die Stellen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben nach diesem Gesetz personenbezogene Daten einschließlich besonderer Kategorien personenbezogener Daten nach Artikel 9 Abs. 1 Datenschutz-Grundverordnung verarbeiten dürfen, soweit dies zur Wahrnehmung ihrer Aufgabenerfüllung erforderlich ist.

Absatz 2 betont, dass für Verarbeitungen zu wissenschaftlichen und historischen Forschungszwecken die speziellen Regelungen des § 13 NDSG und für Archivzwecke die Vorschriften des Niedersächsischen Archivgesetzes entsprechend Anwendung finden. Mit dem Verweis auf die einschlägigen Regelungen der Datenschutz-Grundverordnung und des Niedersächsischen Datenschutzgesetzes wird sichergestellt, dass die Datenverarbeitung weiterhin unter Wahrung des hohen datenschutzrechtlichen Schutzniveaus erfolgt. Soweit besondere Kategorien personenbezogener Daten verarbeitet werden, erfolgt dies nur unter den Voraussetzungen des Artikels 9 Abs. 2 Datenschutz-Grundverordnung. Für die Aufgabenwahrnehmung der Stellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes sind insbesondere die Ausnahmen nach Artikel 9 Abs. 2 Buchst. g Datenschutz-Grundverordnung (Verarbeitung aus Gründen eines erheblichen öffentlichen Interesses auf der Grundlage des Unionsrechts oder des Rechts der Mitgliedstaaten), Artikel 9 Abs. 2 Buchst. h Datenschutz-Grundverordnung (Verarbeitung für Zwecke der Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsversorgung) sowie Artikel 9 Abs. 2 Buchst. i Datenschutz-Grundverordnung (Verarbeitung aus Gründen des öffentlichen Interesses im Bereich der öffentlichen Gesundheit) einschlägig. Statistische Erhebungen zählen zu den üblichen Datenverarbeitungen, weshalb diese Tätigkeit von dem allgemeinen Verweis auf das Niedersächsische Datenschutzgesetz gedeckt ist und keiner weiteren expliziten Erwähnung im Regeltext bedarf.

Die Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten ist auf das zur Wahrnehmung der jeweiligen Aufgaben erforderliche Maß beschränkt, beispielsweise aus den §§ 3, 5 Abs. 2 und 3, 7 und 8 und unterliegt den in der Datenschutz-Grundverordnung sowie im Niedersächsischen Datenschutzgesetz vorgesehenen Garantien und Schutzmaßnahmen. Hierzu gehören insbesondere die Wahrung der Verhältnismäßigkeit, Zweckbindung, Datenminimierung sowie die Einhaltung

geeigneter technischer und organisatorischer Maßnahmen zum Schutz der Rechte und Freiheiten der betroffenen Personen.

Die Regelung dient der Rechtssicherheit, Transparenz und Praktikabilität für die Beschäftigten des öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Für die Fraktion der SPD

Wiard Siebels

Parlamentarischer Geschäftsführer

Für die Fraktion Bündnis 90/Die Grünen

Volker Bajus

Parlamentarischer Geschäftsführer