



Gesetzentwurf

der Landesregierung

**Entwurf eines Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst
- Gesundheitsdienst-Gesetz (GDG) -**

**Federführend ist das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und
Verbraucherschutz**

A. Problem

Das geltende Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst aus dem Jahre 1979 erfüllt nicht mehr die Anforderungen, die heute an ein Regelwerk für ein modernes, flexibel agierendes und für die Bevölkerung attraktives Dienstleistungssystem gestellt werden müssen. Gesellschaftliche Veränderungen, Forderungen der Funktionalreform und bundesgesetzliche Neuregelungen machen es insbesondere erforderlich,

- die gesundheitspolitische Verantwortung der Kreise und kreisfreien Städte zu stärken
- die Handlungsinstrumente zur Steuerung der Aufgabenerfüllung in der Region neu zu bestimmen
- die sozialstaatlichen Funktionen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes stärker zu konturieren unter Beachtung der Nachrangigkeit gegenüber Leistungsverpflichtungen der gesetzlichen Krankenversicherung und
- für die Wahrnehmung auch der hoheitlichen Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes neue Handlungsformen zu ermöglichen.

B. Lösung

Das geltende Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst aus dem Jahre 1979 wird durch das beigefügte Gesetz ersetzt. Die notwendigen Regelungen zur Öffentlichen Jugendzahnpflege werden in das neue Gesetz übernommen; das Jugendzahnpflegegesetz von 1966 und die Landesverordnung zur Durchführung des Jugendzahnpflegegesetzes von 1968 werden aufgehoben.

C. Alternativen

Keine

D. Direkte Kosten und Verwaltungsaufwand

Für das Land entstehen durch das Gesetz keine Kosten.

Erhöhter Verwaltungsaufwand für den kommunalen Öffentlichen Gesundheitsdienst durch intensiver wahrzunehmende Aufgaben, z. B. Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung, kann insbesondere durch verstärkte Zusammenarbeit der Kreise und kreisfreien Städte, durch teilweise Verminderung oder Auslagerung von Aufgaben und durch Kooperation mit den Krankenkassen kompensiert werden.

E. Auswirkungen auf die private Wirtschaft

Wenn die neu eingeführten Regelungen der externen Zertifizierung in der Infektionshygiene und die Ausweitung der Beauftragung von Privaten intensiv genutzt werden, sind positive Auswirkungen auf die private Wirtschaft des Landes zu erwarten.

Entwurf

**Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst
(Gesundheitsdienst-Gesetz - GDG) -**

Vom

Der Landtag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Inhaltsübersicht

Abschnitt I

Allgemeines

- § 1 Ziel des öffentlichen Gesundheitsdienstes
- § 2 Kooperation und Koordination
- § 3 Träger, Aufsicht
- § 4 Grundsätze der Aufgabenerfüllung

Abschnitt II

Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

- § 5 Gesundheitsförderung
- § 6 Gesundheitsberichterstattung
- § 7 Kinder- und Jugendgesundheit
- § 8 Gesundheitshilfe
- § 9 Umweltbezogener Gesundheitsschutz
- § 10 Infektionsschutz
- § 11 Aufgaben nach anderen Rechtsvorschriften
- § 12 Gesundheitsberufe
- § 13 Amtliche Bescheinigungen, Zeugnisse, Gutachten

Abschnitt III

Verordnungsermächtigungen, Überwachungsbefugnisse, Datenschutz, Ordnungswidrigkeiten, Kosten

§ 14 Verordnungsermächtigungen

§ 15 Überwachungsbefugnisse

§ 16 Datenschutz

§ 17 Ordnungswidrigkeiten

§ 18 Kosten

Abschnitt IV

Inkrafttreten

§ 19 Inkrafttreten

Abschnitt I Allgemeines

§ 1

Ziel des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

Ziel des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ist es, im Rahmen seiner Aufgaben (§§ 5 bis 13) insbesondere

auf gesunde und gesundheitsförderliche Lebensverhältnisse hinzuwirken und gleiche Gesundheitschancen für alle anzustreben,
die gesundheitliche Eigenverantwortung und Urteilsfähigkeit der Bürgerinnen und Bürger zu stärken,
auf die Vermeidung von Gesundheitsrisiken und auf den Schutz der oder des Einzelnen und der Allgemeinheit vor gesundheitlichen Beeinträchtigungen hinzuwirken,
eine neutrale Sachverständigenfunktion für andere Stellen vorzuhalten.

§ 2

Kooperation und Koordination

(1) Die Träger des Öffentlichen Gesundheitsdienstes streben eine enge Zusammenarbeit mit allen von gesundheitlichen Fragen betroffenen Behörden und den Stellen an, die Leistungen zur gesundheitlichen Versorgung erbringen oder gesundheitsbezogene Interessen vertreten. Sie sollen auf eine Koordination der Angebote hinwirken und Maßnahmen der anderen zur Leistung Verpflichteten anregen.

(2) Die Träger des Öffentlichen Gesundheitsdienstes streben zur Verwirklichung der Zielsetzung des § 1 Vereinbarungen mit den Kosten- und Leistungsträgern an. Sie können ihnen Dienstleistungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes anbieten.

§ 3

Träger, Aufsicht

(1) Träger des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sind das Land, die Kreise und die kreisfreien Städte. Die Kreise und kreisfreien Städte nehmen ihre Aufgaben als pflichtige Selbstverwaltungsaufgaben wahr.

(2) Das Land übt die Aufsicht darüber aus, dass die Kreise und kreisfreien Städte ihre Aufgaben nach diesem Gesetz rechtmäßig erfüllen. Aufsichtsbehörde ist das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz. Es berät und unterstützt die Kreise und kreisfreien Städte mit dem Ziel einer landesweit ausgewogenen Aufgabenerfüllung. Abweichend von § 129 der Gemeindeordnung und § 68 der Kreisordnung kann die Aufsichtsbehörde Maßnahmen im Sinne der §§ 123 und 124 der Gemeindeordnung sowie im Sinne der §§ 62 und 63 der Kreisordnung im Einvernehmen mit dem Innenministerium treffen. Die Anordnung von Zwangsmaßnahmen nach den §§ 125 und 127 der Gemeindeordnung und den §§ 64 und 66 der Kreisordnung bleibt dem Innenministerium vorbehalten.

§ 4

Grundsätze der Aufgabenerfüllung

(1) Die Träger des Öffentlichen Gesundheitsdienstes steuern die Erfüllung ihrer Aufgaben unter Beachtung der Ziele nach § 1. Sie bestimmen, insbesondere auf der Grundlage der Gesundheitsberichte (§ 6), Gesundheitsziele und treffen geeignete Maßnahmen zur Qualitätssicherung für ihre Aufgaben. Die Kreise und kreisfreien Städte können vereinbaren, ihre Aufgaben arbeitsteilig wahrzunehmen.

(2) Die Träger des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, öffentliche Planungsträger und andere Stellen haben sich gegenseitig bei allen Planungen und Maßnahmen, die für die gesundheitlichen Belange der Bevölkerung bedeutsam sind, rechtzeitig anzuhören.

(3) Die Träger des Öffentlichen Gesundheitsdienstes beraten Behörden in humanmedizinischen und hygienischen Fachfragen, soweit nicht andere Stellen zuständig sind.

Abschnitt II

Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

§ 5

Gesundheitsförderung

Die Kreise und kreisfreien Städte stellen sicher, dass ihre Planungen und Maßnahmen auch auf anderen in Betracht kommenden Handlungsfeldern, insbesondere in den Bereichen Siedlungsentwicklung, Wohnen, Schule, Jugend, Menschen im Alter, Verkehr, Umwelt, Arbeitswelt und Soziales, die Ziele des Öffentlichen Gesundheitsdienstes einschließlich der Gesundheitsziele nach § 4 Abs. 1 angemessen berücksichtigen (Gesundheitsförderung). Sie können hierzu insbesondere gesundheitsfördernde Aktivitäten initiieren, unterstützen und koordinieren und die Bevölkerung oder benachteiligte Gruppen durch Information, Beratung und Aufklärung über Gesundheitsrisiken, gesundheitsfördernde Verhaltensweisen und Verhältnisse unterrichten und sie zu gesundheitsbewusstem Verhalten aktivieren.

§ 6

Gesundheitsberichterstattung

(1) Zur Unterrichtung über die gesundheitlichen Verhältnisse, insbesondere über Gesundheitsrisiken einschließlich der Auswirkungen von Umwelteinflüssen, den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung sammeln die Kreise und kreisfreien Städte die hierfür notwendigen nichtpersonenbezogenen Daten, werten sie nach epidemiologischen Gesichtspunkten aus und führen sie in Gesundheitsberichten zusammen. Soweit die Kreise und kreisfreien Städte zur Erhebung von Daten nach Satz 1 nicht in der Lage sind oder die Erhebung mit unverhältnismäßigem Aufwand verbunden ist, wirken sie darauf hin, dass die entsprechenden Daten von anderen Behörden erhoben werden. Behörden, die über Daten im Sinne von Satz 1 verfügen, teilen diese den Kreisen und kreisfreien Städten auf Anforderung mit.

(2) Das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz legt im Einvernehmen mit den Kreisen und kreisfreien Städten für die Datenerhebung nach Absatz 1 einheitliche Kriterien fest, soweit dies für den Vergleich oder die Zusammenführung von Ergebnissen der Gesundheitsberichterstattung erforderlich ist. Die Kreise und kreisfreien Städte leiten ihre Gesundheitsberichte dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz zu.

(3) Soweit für besondere Fragestellungen personenbezogene Daten erhoben werden müssen, gelten § 3 Abs. 4, §§ 6, 8 bis 10 und 12 bis 19 des Landesstatistikgesetzes vom 8. März 1991 (GVOBl. Schl.-H. S. 131), Zuständigkeiten angepasst durch Landesverordnung vom 16. Juni 1998 (GVOBl. Schl.-H. S. 210), entsprechend. Eine Auskunftspflicht besteht nicht

(4) Das Ministerium für Arbeit Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz erstellt Landesgesundheitsberichte über einzelne Themen oder Bevölkerungsgruppen.

§ 7

Kinder- und Jugendgesundheit

(1) Die Kreise und kreisfreien Städte schützen und fördern die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen; sie nehmen dazu insbesondere die schulärztlichen Aufgaben nach den schulrechtlichen Bestimmungen wahr. Dabei führen sie die zur Früherkennung von Krankheiten, Behinderungen, Entwicklungs- und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen notwendigen Untersuchungen durch, ermitteln den Impfstatus und vermitteln Behandlungs- und Betreuungsangebote. Leistungen der Gesundheitshilfe (§ 8) bleiben unberührt.

(2) Unter Berücksichtigung der Leistungspflicht anderer Stellen gemäß § 21 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch stellen die Kreise und kreisfreien Städte in den dort geregelten

Formen die Durchführung der Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe) sicher.

(3) Die Kreise und kreisfreien Städte erfassen die Ergebnisse der Untersuchungen nach Absatz 1 und 2 sowie den Impfstatus statistisch und werten sie aus; § 6 Abs. 2 Satz 2 gilt entsprechend.

(4) Schulen, Kindertagesstätten und Gemeinschaftseinrichtungen sowie deren Träger sind verpflichtet, bei Maßnahmen nach Absatz 1 und 2 mitzuwirken, insbesondere die erforderlichen Auskünfte zu geben und Räume zur Verfügung zu stellen.

§ 8 Gesundheitshilfe

(1) Die Kreise und kreisfreien Städte gewähren Gesundheitshilfe insbesondere

1. behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen, chronisch Kranken sowie Menschen, die an einer Infektionskrankheit leiden oder von ihr bedroht sind,
2. in gesundheitlichen Fragen der Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung, bei allen eine Schwangerschaft unmittelbar oder mittelbar berührenden Fragen sowie bei Fragen zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten,
3. sozial benachteiligten Eltern von Säuglingen und Kleinkindern.

Gesundheitshilfe wird gewährt durch Beratung und Betreuung, im Einzelfall auch durch aufsuchende Hilfe.

(2) Die Kreise und kreisfreien Städte wirken darauf hin, dass auch andere Stellen entsprechende Beratungsangebote bereitstellen.

§ 9 Umweltbezogener Gesundheitsschutz

Die Träger des Öffentlichen Gesundheitsdienstes informieren und beraten die Bevölkerung sowie Behörden in umweltmedizinischen Fragen sowie über den Schutz vor gesundheitsgefährdenden Einflüssen aus der Umwelt und regen Maßnahmen zu deren Abwehr an. Im Rahmen der Anhörung nach § 4 Abs. 2 weisen die Kreise und kreisfreien Städte auf gesundheitliche Risiken von Planungen und Maßnahmen hin.

§ 10 Infektionsschutz

(1) Die Kreise und kreisfreien Städte nehmen die Aufgaben nach dem Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045) und den hierzu erlassenen Verordnungen wahr, soweit nicht durch Rechtsvorschrift etwas anderes bestimmt ist. Sie wirken auf einen umfassenden Impfschutz der Bevölkerung und auf die Erhöhung der Impfquote hin.

(2) Soweit Einrichtungen nach den Vorschriften des Infektionsschutzgesetzes von den Kreisen und kreisfreien Städten zu überwachen sind, können diese bestimmen, dass sich die Überwachung ganz oder teilweise auf die Überprüfung von Hygiene-Zertifikaten beschränkt. Sie können hierbei auch die Zertifizierungsstelle festlegen. Zur Zertifizierung befugt sind staatliche Hygiene-Institute, Medizinal-Untersuchungsämter, Kreise und kreisfreie Städte sowie vom Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz zugelassene Hygiene-Zertifizierungsstellen.

(3) Die Zulassung als Hygiene-Zertifizierungsstelle nach Absatz 2 setzt voraus, dass die Stelle

1. von einer zuverlässigen Person geleitet wird,
2. über die notwendigen technischen, organisatorischen und räumlichen Voraussetzungen verfügt und
3. eine verantwortliche Person beschäftigt, die über die notwendigen Kenntnisse und Erfahrungen für die Beurteilung der Anforderungen der Hygiene verfügt.

§ 11

Aufgaben nach anderen Rechtsvorschriften

Die Kreise und kreisfreien Städte nehmen die Aufgaben wahr nach

1. den Internationalen Gesundheitsvorschriften in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1975 (BGBl. II S. 456) mit den dazu erlassenen Verordnungen,
2. der Verordnung über die Krankenfürsorge auf Kauffahrteischiffen vom 25. April 1972 (BGBl. I S. 734), zuletzt geändert durch Verordnung vom 22. April 1996 (BGBl. I S. 631),
3. der Ersten Wassersicherstellungsverordnung vom 31. März 1970 (BGBl. I S. 357),
4. der Landesverordnung über die Anerkennung als Kur- oder Erholungsort vom 7. Dezember 1990 (GVOBl. Schl.-H. S. 654), zuletzt geändert gemäß Verordnung vom 24. Oktober 1996 (GVOBl. Schl.-H. S. 652),
5. der Landesverordnung zur Verhütung übertragbarer Krankheiten vom 19. Januar 1988 (GVOBl. Schl.-H. S. 52), geändert durch Landesverordnung vom 22. Februar 2001 (GVOBl. Schl.-H. S. 35),
6. der Landesverordnung über das Leichenwesen vom 30. November 1995 (GVOBl. Schl.-H. S. 395, ber. 1996 S. 231), geändert gemäß Verordnung vom 24. Oktober 1996 (GVOBl. Schl.-H. S. 652),

7. dem Arzneimittelgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 11. Dezember 1998 (BGBl. I S. 3586), zuletzt geändert durch Artikel 2 § 10 des Gesetzes vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), und den hierzu erlassenen Verordnungen,
8. dem Betäubungsmittelgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 1. März 1994 (BGBl. I S. 358), zuletzt geändert durch Verordnung vom 27. September 2000 (BGBl. I S. 1414), und den hierzu erlassenen Verordnungen,
9. der Ersten Durchführungsverordnung Heilpraktikergesetz vom 18. Februar 1939 (RGBl. I S. 259), zuletzt geändert gemäß Verordnung vom 24. Oktober 1996 (GVOBl. Schl.-H. S. 652),
10. der Hebammenberufsverordnung vom 24. Februar 1997 (GVOBl. Schl.-H. S. 141), geändert durch Verordnung vom 9. Dezember 1997 (GVOBl. Schl.-H. S. 507),
11. der Verordnung über die Gewährleistung eines Mindesteinkommens für Hebammen vom 13. Mai 1961 (GVOBl. Schl.-H. S. 98), zuletzt geändert gemäß Artikel 6 der Verordnung vom 24. Oktober 1996 (GVOBl. Schl.-H. S. 652),
soweit nicht durch Rechtsvorschrift etwas anderes bestimmt ist.

§ 12 Gesundheitsberufe

(1) Wer selbstständig einen Gesundheitsberuf ausübt, hat dies dem Kreis oder der kreisfreien Stadt zu melden, soweit nicht eine solche Verpflichtung nach anderen Rechtsvorschriften gegenüber anderen Behörden besteht.

(2) Die Kreise und kreisfreien Städte können die Berechtigung zur Ausübung der Gesundheitsberufe und zur Führung der Berufsbezeichnung überwachen, soweit nicht andere Behörden zuständig sind.

§ 13 Amtliche Bescheinigungen, Zeugnisse, Gutachten

(1) Die Kreise und kreisfreien Städte stellen amtliche Bescheinigungen, Zeugnisse und Gutachten aus, soweit dies durch Bundes- oder Landesrecht vorgeschrieben ist.

(2) Die Kreise und kreisfreien Städte können niedergelassenen oder anderen Ärztinnen und Ärzten mit deren Einverständnis die Wahrnehmung von Aufgaben nach Absatz 1 übertragen.

Abschnitt III Verordnungsermächtigungen, Überwachungsbefugnisse, Datenschutz, Ordnungswidrigkeiten, Kosten

§ 14

Verordnungsermächtigungen

Das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz wird ermächtigt,

1. die Anforderungen der Hygiene an Ausstattung und Betrieb von Einrichtungen des Badewesens, insbesondere an die Beschaffenheit des Wassers sowie der Strände und Ufer von Badestellen an oberirdischen Gewässern und an Küstengewässern, sowie die Überwachung durch die Kreise und kreisfreien Städte,
2. die Gesundheitsberufe im Sinne des § 12 sowie Inhalt, Form und Abgabetermin der Meldungen nach § 12 Abs. 1,
3. die Ausbildung und Prüfung für nicht bundesgesetzlich geregelte Gesundheitsberufe insbesondere hinsichtlich
 - a) des Ziels der Ausbildung,
 - b) der Zugangsvoraussetzungen,
 - c) der Form, der Dauer und des Inhalts der Ausbildung,
 - d) der staatlichen Anerkennung von Ausbildungseinrichtungen,
 - e) der Berufsbezeichnung,
 - f) der Prüfung,
 - g) der Erlaubniserteilung und
4. im Benehmen mit den betroffenen Kreisen und kreisfreien Städten die nach § 6 Abs. 3 notwendige Erhebung personenbezogener Daten, deren Erhebungsgebiet über die Grenzen einzelner Kreise oder kreisfreier Städte hinausgeht, durch Verordnung zu bestimmen.

§ 15

Überwachungsbefugnisse

(1) Im Rahmen ihrer Aufgaben nach diesem Gesetz treffen die Kreise und kreisfreien Städte die nach pflichtgemäßem Ermessen notwendigen Maßnahmen zur Abwehr von Zuwiderhandlungen gegen Rechtsvorschriften.

(2) Zur Durchführung von Überwachungsmaßnahmen der Kreise und kreisfreien Städte sind die mit der Überwachung beauftragten Personen befugt,

1. die für die Einrichtung oder die Tätigkeit genutzten Grundstücke, Arbeits-, Betriebs- und Geschäftsräume sowie Fahrzeuge und Anlagen während der üblichen Betriebs- und Geschäftszeiten zu betreten und zu untersuchen,
2. zur Verhütung und Abwehr dringender Gesundheitsgefahren für die Bevölkerung die in Nummer 1 genannten Grundstücke, Räume sowie Fahrzeuge und Anlagen auch außerhalb der dort genannten Zeiten zu betreten und zu untersuchen,
3. Proben zu fordern und zu entnehmen.

(3) Personen, die über die zur Durchführung der Überwachung beachtlichen Tatsachen Auskünfte geben können, sind verpflichtet, die erforderlichen Auskünfte zu erteilen und die erforderlichen Unterlagen vorzulegen.

(4) Die Betriebsinhaberin oder der Betriebsinhaber, eine stellvertretende oder beauftragte Person oder die Inhaberin oder der Inhaber der tatsächlichen Gewalt sind verpflichtet, die Amtshandlungen nach Absatz 2 zu dulden und den Zugang zu ermöglichen. Das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 des Grundgesetzes) wird insoweit eingeschränkt.

(5) Sind Einrichtungen, die der Überwachung durch die Kreise und kreisfreien Städte unterliegen, auch von anderen Behörden zu beaufsichtigen oder zu überwachen, beschränkt sich die Überwachung durch die Kreise und kreisfreien Städte auf eine Mitwirkung bei den Maßnahmen der anderen Behörden. Begehungen und Ortsbesichtigungen anderer Behörden sollen gemeinsam mit den Behörden der Kreise und kreisfreien Städte durchgeführt werden; dies gilt nicht im Falle des § 10 Abs. 2.

§ 16 Datenschutz

(1) Die Träger des Öffentlichen Gesundheitsdienstes dürfen personenbezogene Daten, die ihnen im Zusammenhang mit der Gesundheitsberichterstattung, Beratungen, Untersuchungen, Überwachungen oder sonstigen Maßnahmen bekannt werden, nur verarbeiten, soweit dies

1. zur rechtmäßigen Erfüllung von Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes erforderlich ist,
2. durch Rechtsvorschrift vorgesehen ist,
3. erforderlich ist zur Abwehr einer Gefahr für Leben, Gesundheit oder Freiheit der betroffenen oder einer dritten Person und die Gefahr nicht auf andere Weise beseitigt werden kann,
4. erforderlich ist zur Verfolgung von Verbrechen und das öffentliche Interesse an der Strafverfolgung das Geheimhaltungsinteresse der betroffenen Person erheblich überwiegt oder
5. für die Rechnungsprüfung und für Organisationsuntersuchungen erforderlich ist und überwiegende schutzwürdige Interessen der betroffenen Person nicht entgegenstehen.

Im Übrigen dürfen personenbezogene Daten nur verarbeitet werden, wenn die betroffene Person eingewilligt hat; für die Einwilligung gelten die Bestimmungen des Landesdatenschutzgesetzes.

(2) Die Träger des Öffentlichen Gesundheitsdienstes dürfen personenbezogene Daten nur übermitteln

1. in den Fällen des Absatzes 1 oder
2. soweit dies zur Unterrichtung von Personen, denen die gesetzliche Vertretung obliegt, erforderlich ist.

Einer Übermittlung steht die Weitergabe von personenbezogenen Daten an Personen und Stellen innerhalb einer Behörde, die nicht unmittelbar mit Aufgaben nach Absatz 1 befasst sind, gleich. Personen und Stellen, denen personenbezogene Daten übermittelt worden sind, dürfen diese nur für den Zweck verarbeiten, zu dessen Erfüllung sie ihnen befugt übermittelt worden sind; im Übrigen haben sie diese in demselben Umfang geheim zu halten wie die übermittelnde Person oder Stelle selbst.

(3) Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Trägern des Öffentlichen Gesundheitsdienstes dürfen personenbezogene Daten, die ihnen im Rahmen einer Beratung oder zu sonstigen Zwecken ohne rechtliche Verpflichtung anvertraut worden sind, nur im Rahmen dieser Zweckbestimmung verarbeiten, eine Weitergabe ist nur in den Fällen des Absatzes 1 Satz 1 Nr. 2 und 3 und Satz 2 zulässig.

(4) Die Träger des Öffentlichen Gesundheitsdienstes treffen die nach den §§ 5 und 6 des Landesdatenschutzgesetzes erforderlichen Maßnahmen. Die innerbehördliche Organisation ist so zu gestalten, dass Geheimhaltungspflichten, insbesondere die ärztliche Schweigepflicht, gewahrt werden.

(5) Geheimhaltungs- und Verschwiegenheitspflichten nach anderen Rechtsvorschriften bleiben unberührt.

§ 17

Ordnungswidrigkeiten

(1) Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig

1. der Meldepflicht nach § 12 Abs. 1 nicht nachkommt,
2. entgegen § 15 Abs. 3 die erforderlichen Auskünfte nicht erteilt oder Unterlagen nicht vorlegt,
3. entgegen § 15 Abs. 4 die Amtshandlungen nach § 15 Abs. 2 nicht duldet oder den Zugang nicht ermöglicht.

(2) Die Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geldbuße bis zu 2.500 Euro geahndet werden.

§ 18

Kosten

(1) Für die Tätigkeit ihrer Behörden nach diesem Gesetz erheben Gebühren und Auslagenersatzung

1. das Land nach dem Verwaltungskostengesetz des Landes Schleswig-Holstein und

2. die Kreise und kreisfreien Städte nach dem Kommunalabgabengesetz mit der Maßgabe, dass gebührenpflichtig und auslagenerstattungspflichtig auch ist, wer einer besonderen Überwachung nach diesem Gesetz unterliegt.

Abweichende Rechtsvorschriften bleiben unberührt.

(2) Für Informations-, Beratungs- und Betreuungsleistungen nach § 8 Abs. 1 und § 9 sowie für Leistungen nach § 7 Abs. 1 und 2 werden Gebühren und Auslagenerstattung nach dem Verwaltungskostengesetz sowie nach dem Kommunalabgabengesetz des Landes Schleswig-Holstein nicht erhoben.

Abschnitt IV

Inkrafttreten

§ 19

Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 2002 in Kraft.

(2) Gleichzeitig treten außer Kraft

1. das Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst - Gesundheitsdienst-Gesetz - (GDG) vom 26. März 1979 (GVOBl. Schl.-H. S. 224),
2. das Jugendzahnpflegegesetz vom 24. Oktober 1966 (GVOBl. Schl.-H. S. 243),
3. die Landesverordnung zur Durchführung des Jugendzahnpflegegesetzes vom 30. November 1968 (GVOBl. Schl.-H. S. 358),

(3) § 14 tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Das vorstehende Gesetz wird hiermit ausgefertigt und ist zu verkünden.

Kiel,

Heide Simonis
Ministerpräsidentin

Heide Moser
Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit
und Verbraucherschutz

Begründung

I. Allgemeines

Die Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes waren in Schleswig-Holstein bis 1979 durch das Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1934 und die dazu erlassenen drei Durchführungsverordnungen geregelt, die sämtlich nach 1945 als Landesrecht fortgalten. Seit 1946 sind in Schleswig-Holstein die bis dahin staatlichen Gesundheitsämter kommunalisiert.

Die starke gesundheitspolizeiliche Ausrichtung dieser Vorschriften, veränderte soziale Verhältnisse und durch den wissenschaftlichen Fortschritt gestiegene Anforderungen z. B. an die Hygiene machten die Schaffung neuer gesetzlicher Grundlagen für den Öffentlichen Gesundheitsdienst erforderlich. Seit 1979 sind die Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Schleswig-Holstein im Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst bestimmt. Mit dieser Neuregelung hat Schleswig-Holstein als erstes Bundesland die genannten vorkonstitutionellen Vorschriften von 1934 ersetzt und damit maßgebend zu einer Reform des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Deutschland beigetragen.

Das Gesetz von 1979 erfüllt heute jedoch nicht mehr uneingeschränkt die Anforderungen, die an ein Regelwerk für ein modernes, flexibel agierendes und für die Bevölkerung attraktives Dienstleistungs- und Servicesystem gestellt werden müssen. Die seit Jahren laufende Diskussion um eine Strukturreform des Gesundheitswesens hat wegen ihrer individualmedizinischen und krankensicherungsrechtlichen Ausrichtung den Öffentlichen Gesundheitsdienst und damit bevölkerungsmedizinische Aspekte weitgehend ausgeblendet. Andererseits ist offensichtlich, dass einzelne Gruppen der Bevölkerung, deren gesundheitliche Probleme häufig in ihrer sozialen Lage begründet sind, von dem zunehmend wettbewerbsorientierten Gesundheitswesen nicht erreicht werden. Das betrifft zum Beispiel Suchtkranke, psychisch Kranke, von sozialen Notlagen und Wohnungslosigkeit Betroffene sowie Migrantinnen und Migranten. Darüber hinaus hat die Veränderung des Altersaufbaus der Bevölkerung eine Steigerung von chronischen, geriatrischen und Mehrfacherkrankungen begünstigt. Unbestreitbar haben schließlich Umweltbelastungen mit gesundheitlichen Auswirkungen zugenommen.

Diese Entwicklungen machen es erforderlich, die sozialstaatlichen Funktionen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes vor allem dort, wo Risiken für die Gesundheit entstehen können, stärker als bisher zu akzentuieren und sein Aufgabenprofil insoweit zu schärfen. Verantwortungsvolle Gesundheitspolitik darf sich nicht in der individuellen Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen einschließlich der medizinischen Prävention erschöpfen. Gerade in der Region ist Gesundheit untrennbar und in vielfältigen Wechselwirkungen verbunden insbesondere mit den Politikbereichen Siedlungsentwicklung, Wohnen, Jugend, Menschen im Alter, Schule, Verkehr, Umwelt und Soziales. Gesundheit muss daher künftig auf Landes- und kommunaler Ebene stärker als Teil der Gesamtpolitik begriffen und realisiert werden, die mit dem Ziel der Reduzierung vermeidbarer Gesundheitsrisiken

und der Herstellung gleicher Gesundheitschancen für alle an den Ursachen ansetzt. Gerade für den kommunalen Öffentlichen Gesundheitsdienst bedeutet dies auch eine Neuausrichtung seines Leistungsspektrums und seiner Organisationsstruktur:

- von vorwiegend fallbezogenen zu gruppen- und lebensraumbezogenen Leistungen,
- von vorwiegend unmittelbaren Dienstleistungen zu Koordinierungs- und Moderationsaufgaben,
- von der (hoheitlichen) Krisenintervention hin zu präventiven Leistungen.

Stärker als bisher erfordert dies gemeinschaftliches Handeln nicht nur innerhalb der Verwaltungen und ihrer Fachbereiche, sondern besonders auch im Zusammenspiel der beteiligten Gebietskörperschaften mit den unterschiedlichen Partnern des Gesundheitswesens: den Leistungserbringern und Kostenträgern, den Verbänden und Institutionen sowie den Selbsthilfegruppen bis hin zur Aktivierung der gesundheitsbezogenen Eigenverantwortung des Einzelnen (§§ 2, 4, 5).

Seine Aufgaben kann der Öffentliche Gesundheitsdienst nur erfüllen, wenn er sich qualifiziert über die gesundheitlichen Verhältnisse der Bevölkerung informiert, Daten nach epidemiologischen Gesichtspunkten auswertet, der Öffentlichkeit regelmäßig über die gesundheitliche Situation der Bevölkerung berichtet und seine Aufgabenerfüllung durch breit diskutierte Gesundheitsziele steuert (§§ 4, 6).

Diese Neuorientierung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes erfordert eine größere Verantwortung und Handlungsautonomie der kommunalen Träger des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Es ist deshalb nur konsequent, die Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes künftig ausschließlich als Pflichtaufgaben der Selbstverwaltung zu definieren (§ 3 Abs. 1). Damit wird nicht nur der höhere Stellenwert kommunaler Gesundheitspolitik deutlich; dies entspricht auch den Forderungen der Funktionalreform und dem Grundsatz der Einheit der Verwaltung. Zugleich werden die Kreise und kreisfreien Städte aufgefordert, stärker miteinander zu kooperieren und ihre Aufgaben arbeitsteilig zu erfüllen (§ 4 Abs. 1); damit ist auch die Erwartung verbunden, dass der Öffentliche Gesundheitsdienst künftig flexibel Prioritäten bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben setzt.

Die Stärkung der Rolle der Kommunen im Öffentlichen Gesundheitsdienst macht es insofern auch erforderlich, auf gesetzliche Regelungen zur kommunalen Organisation dieses Bereichs zu verzichten; ohnehin sind in den vergangenen Jahren im Rahmen des "Neuen Steuerungsmodells" der KGSt in den Kreisen und kreisfreien Städten - nicht nur in Schleswig-Holstein - unterschiedliche Organisationsstrukturen für den kommunalen Öffentlichen Gesundheitsdienst entstanden. Entsprechendes gilt für Anforderungen an die Qualifikation des Personals; insoweit ist aber zu berücksichtigen, dass im Hinblick auf die Definition des § 2 Nr. 14 Infektionsschutzgesetz die für den Aufgabenbereich Infektionsschutz nach Landesrecht zuständige Stelle mit einer "Amtsärztin oder einem Amtsarzt" besetzt sein muss. Nach der geltenden Rechtssituation ist Amtsärztin oder Amtsarzt, wer die staatsärztliche Prüfung an der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf abgelegt hat.

Eine Novellierung des Gesundheitsdienst-Gesetzes muss sich auch dem bisher nicht immer klaren Verhältnis des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zum System der gesetzlichen Krankenversicherung widmen. Ziel kann nur sein, die Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes so zu beschreiben, dass sich möglichst wenig Überschneidungen zum ambulanten und stationären Versorgungsbereich ergeben. Angesichts der notwendigen Betonung einer gesundheitspolitischen Verantwortung auf kommunaler Ebene kann dies nur bedeuten, dass die Leistungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes insoweit subsidiär erbracht werden, als andere Stellen zur Erbringung gesundheitlicher Leistungen verpflichtet sind. Im Gegenteil muss der Öffentliche Gesundheitsdienst künftig stärker darauf hinwirken, dass alle Verantwortlichen ihrer Verantwortung gerecht werden. Dort, wo Aufgabenbereiche verschiedener Träger ineinander greifen, sind Zusammenarbeit und Abstimmung der Aktivitäten erforderlich; als Beispiele können genannt werden:

- Gesundheitsförderung/Prävention nach § 20 SGB V
- Öffentliche Jugendzahnpflege/Gruppenprophylaxe nach § 21 SGB V.

Die Neubestimmung des Auftrags des Öffentlichen Gesundheitsdienstes verlangt auch, dass seine gesetzlichen Aufgaben offensiv definiert werden und ihm nicht die Wahrnehmung von Restaufgaben des Gesundheitswesens oder die Ausfüllung von Systemlücken zugewiesen wird. Die Eigenständigkeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes wird betont und sein Selbstverständnis als öffentlicher Dienstleistungsbereich wird gestärkt, indem das Gesetz Ziele, Aufgaben, Steuerungsinstrumente und Befugnisse des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in einem geschlossenen Regelwerk zusammenführt; eines Rückgriffs zum Beispiel auf das allgemeine Ordnungsrecht bedarf es deshalb künftig nicht mehr.

Im übrigen zielt der Entwurf auf größtmögliche Übersichtlichkeit der Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes; er trägt zur Bereinigung der gesundheitsrechtlichen Vorschriften des Landesrechts bei, indem - unter Berücksichtigung zwischenzeitlicher Änderungen des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch - die Öffentliche Jugendzahnpflege in Form eines Sicherstellungsauftrags der Kreise und kreisfreien Städte in das Gesetz integriert wird (§ 7 Abs. 2) und das Jugendzahnpflegegesetz sowie die dazu erlassene Durchführungsverordnung aufgehoben werden. Durch die Qualifizierung der Aufgaben des kommunalen Öffentlichen Gesundheitsdienstes als Selbstverwaltungsaufgabe wird die bisherige differenzierte Zuständigkeitsbestimmung der "Kreisgesundheitsbehörden" durch Landesverordnung entbehrlich. Die für den kommunalen Träger des Öffentlichen Gesundheitsdienstes handelnde Behörde ergibt sich künftig unmittelbar und ausschließlich aus §11 des Landesverwaltungsgesetzes in Verbindung mit den kommunalverfassungsrechtlichen Vorschriften; auch die Zuständigkeitsverordnung GDG kann deshalb weitgehend aufgehoben werden. Darüber hinaus wird auf die Ermächtigung zum Erlass gesetzeskonkretisierender Verordnungen so weit wie möglich verzichtet (§ 14). Wegen des Gesetzesvorbehalts nach § 2 Abs. 2 der Gemeindeordnung / Kreisordnung ist es allerdings erforderlich, einige bisher als weisungsgebundene Aufgaben durch Zuständigkeitsverordnung übertragene Aufgaben in das Gesetz aufzunehmen (§§ 10, 11 und 12).

Um einer Zersplitterung des gesundheitsbezogenen Datenschutzrechts entgegenzuwirken, enthält das Gesetz in § 16 eine bereichsspezifische Datenschutzvorschrift für den Öffentlichen Gesundheitsdienst.

II. Inhalt

Der Gesetzentwurf ist in vier Abschnitte gegliedert:

Der Abschnitt I beschreibt die Ziele des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, denen er bei der Erfüllung seiner gesetzlichen Aufgaben (vgl. Abschnitt II, §§ 5 bis 13) verpflichtet ist. Bestimmt wird ferner das Verhältnis zu anderen Leistungserbringern und die Koordination der Angebote. Ferner befasst sich dieser Abschnitt mit der Organisation des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, das heißt mit der Trägerschaft, dem Aufgabencharakter und der Aufsicht. Regelungsgegenstand dieses Abschnitts sind auch die Grundsätze der Aufgabenerfüllung, insbesondere die Steuerung durch Gesundheitsziele, das Verhältnis des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zu öffentlichen Planungsträgern und anderen Stellen, die kooperative Zusammenarbeit der Kreise und kreisfreien Städte sowie die Beratungsaufgaben des Landes gegenüber dem kommunalen Öffentlichen Gesundheitsdienst.

Die Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, auf die Abschnitt I Bezug nimmt, werden im Abschnitt II des Gesetzes beschrieben und konkretisiert, soweit sich dies nicht bereits aus besonderen Vorschriften (z. B. dem Infektionsschutzgesetz) ergibt. Zentrale Bedeutung kommt dabei auf kommunaler Ebene der Gesundheitsförderung zu (§ 5), die als umfassende sozialraumbezogene Querschnittsaufgabe definiert ist und die insofern eine künftig stärkere gesundheitspolitische Verantwortung auf kommunaler Ebene widerspiegelt. Neben den neuen Aufgaben der Gesundheitsberichterstattung und des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes finden sich in diesem Abschnitt des Gesetzes auch traditionelle Aufgabenbereiche des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, und zwar die Kinder- und Jugendgesundheit, die Gesundheitshilfe, der Infektions- und Gesundheitsschutz, Überwachungsaufgaben insbesondere im Arzneimittelbereich, die Berufsaufsicht und die Ausstellung amtlicher Gutachten.

Abschnitt III fasst Verordnungsermächtigungen, Überwachungsvorschriften, Datenschutz und Kostenregelungen zusammen; die Schlussbestimmungen in Abschnitt IV betreffen das Inkrafttreten des Gesetzes sowie die Aufhebung von Vorschriften.

III. Zu den einzelnen Vorschriften

Zu § 1 (Ziel des Öffentlichen Gesundheitsdienstes)

Die Vorschrift formuliert das Selbstverständnis des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Es dient der Stärkung seiner Position, deutlich zu machen, dass er nicht abstrakte Restzuständigkeiten im Gesundheitswesen wahrnimmt, sondern eigenständige Aufgaben und Leistungen erbringt, die ihn von weiteren Sektoren des Gesundheitswesens unterscheiden.

Vier zentrale Ziele veranschaulichen den insbesondere bevölkerungsmedizinisch orientierten gesetzlichen Auftrag des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Diese Ziele bilden - bei

Vorrang besonderer Regelungen - den Rahmen für die Steuerung der Aufgabenerfüllung nach § 4 Abs. 1, sie bestimmen ferner die Wahrnehmung der im Abschnitt II beschriebenen einzelnen Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Die Formulierung der Ziele gibt Raum für die Weiterentwicklung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zu einem modernen Dienstleistungs- und Servicesystem. Damit wird auch eine unterschiedliche Ausprägung der Leistungsstruktur des kommunalen Öffentlichen Gesundheitsdienstes unter Berücksichtigung regionaler oder lokaler Besonderheiten, wie z. B. Siedlungsstruktur, Bevölkerungsdichte und Industrialisierungsgrad, ermöglicht.

Mit den Zielen nach § 1 und den Regelungen des Abschnitts II (Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes) wird der Öffentliche Gesundheitsdienst definiert. Insofern bedarf es - mit Blick auf die abstrakte Definition in § 1 des Gesundheitsdienst-Gesetzes von 1979 - keiner ausdrücklichen Regelung mehr, dass besondere Fachbereiche der Verwaltung, die auf der Grundlage spezieller Vorschriften und zum Teil in besonderer Ressortzuständigkeit die Gesundheit der Bevölkerung schützen oder gesundheitsbezogene Leistungen erbringen, z. B. die Lebensmittelüberwachung, die ärztlichen Dienste der Polizei, des Strafvollzugs, der Versorgungsverwaltung und der gewerbeärztliche Dienst, vom Gesetz nicht erfasst sind.

Zu § 2 (Kooperation und Koordination)

Diese Vorschrift verpflichtet den Öffentlichen Gesundheitsdienst zur engen Zusammenarbeit mit allen gesellschaftlichen Institutionen und Akteuren der gesundheitlichen Versorgung und weist ihm insoweit eine zentrale Informations-, Steuerungs- und Koordinierungsfunktion zu. Subsidiär hat der Öffentliche Gesundheitsdienst Aufgaben in den Bereichen zu erfüllen, in denen andere Stellen durch Rechtsvorschrift (z.B. § 20 SGB V) zur Erbringung gesundheitlicher Leistungen verpflichtet sind. Insofern leistet diese Vorschrift auch einen Beitrag zur Entlastung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes von Aufgaben, die schon von anderen Stellen wahrgenommen werden, sowie zur Abgrenzung von Systemen, die individualmedizinische Leistungen erbringen. Vereinbarungen über die Abstimmung der Leistungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes mit denen anderer Stellen, z. B. der Krankenkassen nach dem SGB V, können sowohl Kosten zum Gegenstand haben als auch - im Bereich von Gesundheitsförderung/Prävention bzw. der Prophylaxe von Zahnerkrankungen - das Angebot des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, seine Dienstleistungscompetenz gegen Bezahlung in Anspruch zu nehmen.

Zu § 3 (Träger, Aufsicht)

Von den nach § 2 des Landesverwaltungsgesetzes in Betracht kommenden Trägern der öffentlichen Verwaltung werden nach Absatz 1 Satz 1 für die Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes das Land sowie die Kreise und die kreisfreien Städte bestimmt. Das

Gesetz knüpft damit an die durch das Gesundheitsdienst-Gesetz von 1979 geschaffene Struktur an, nimmt aber – ohne dass damit der Aufgabenkatalog der Kammern der Heilberufe verändert wird – die Kammern wegen der besonderen, berufsständisch orientierten Zielsetzung der ihnen obliegenden Aufgaben nunmehr aus.

Satz 2 weist in Abkehr vom geltenden Gesetz von 1979 alle Aufgaben der kommunalen Träger des Öffentlichen Gesundheitsdienstes als Selbstverwaltungsaufgaben aus. Diese Bestimmung des Aufgabencharakters entspricht dem oben (unter I) erläuterten Anliegen des Gesetzes, den kommunalen Trägern des Öffentlichen Gesundheitsdienstes eine größere Verantwortung und Handlungsautonomie einzuräumen. Ausgenommen von dieser Vorschrift sind spezielle Regelungen für den Öffentlichen Gesundheitsdienst wie z. B. das Psychisch-Kranken-Gesetz vom 14. Januar 2000 (GVOBl. Schl.-H. S. 106), das den Kreisen und kreisfreien Städten Aufgaben zur Erfüllung nach Weisung übertragen hat.

Sämtliche Aufgaben sind Pflichtaufgaben; dies gewährleistet auch den einheitlichen Vollzug von Bundesgesetzen durch die Kreise und kreisfreien Städte und räumt dem Land im Rahmen der Kommunalaufsicht die je nach konkretem Normzweck notwendigen Mitwirkungsrechte (vgl. Bracker/Conrad/Dehn/v. Scheliha, Kreisordnung Schleswig-Holstein Erl. 7 zu § 59) ein. So berät das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz die Kreise und kreisfreien Städte mit dem Ziel einer einheitlichen und gleichmäßigen Aufgabenerfüllung (Absatz 2), soweit lokal-individuelle Lösungen dem konkreten Regelungsziel der betreffenden Rechtsvorschrift nicht gerecht werden können (der Wesensgehalt der kommunalen Selbstverwaltung wird damit nicht angetastet, vgl. Bracker/Conrad/Dehn/v. Scheliha, a.a.O.). Insoweit kann das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz z. B. durch Verwaltungsvorschrift gesetzliche Regelungen (z. B. die Anforderungen bei Heilpraktiker-Kennntnisüberprüfungen) konkretisieren. Abweichend von § 129 Gemeindeordnung bzw. § 68 Kreisordnung kann das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz bei der Wahrnehmung seiner Aufsicht auf Eingriffsinstrumente der Kommunalaufsicht zurückgreifen. Um dabei einen einheitlichen Maßstab für aufsichtliche Eingriffe in die kommunale Aufgabenwahrnehmung sicherzustellen, ist zuvor das Einvernehmen mit dem in Übrigen für die Kommunalaufsicht zuständigen Innenministerium herzustellen. Für die Ausübung des Auskunftsrechts nach § 122 Gemeindeordnung und § 61 Kreisordnung ist das Einvernehmen nicht erforderlich, da es sich nicht um Eingriffsmaßnahmen nach § 129 Gemeindeordnung bzw. § 68 Kreisordnung handelt. Die Zuständigkeit für kommunalaufsichtliche Zwangsmaßnahmen nach §§ 125, 127 Gemeindeordnung bzw. §§ 64, 66 Kreisordnung (Ersatzvornahme, Bestellung von Beauftragten) verbleibt auch für den Bereich des Öffentlichen Gesundheitsdienstes beim Innenministerium.

Keiner gesetzlichen Regelung bedurfte, dass auch bisher schon einzelne Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, z. B. im Bereich der Gesundheitsförderung, von anderen Stellen wahrgenommen werden. Es ist davon auszugehen, dass der Öffentliche Gesundheitsdienst sich auch künftig bei seinen Aufgaben des Sachverstands und der Unterstützung anderer bedienen wird. Weil darin keine Aufgabenübertragung im Sinne des § 24 des Landesverwaltungsgesetzes ("Beleihung") liegt, bleibt es in diesen Fällen bei der Verantwortung der Träger nach Absatz 1 Satz 1.

Die im Gesundheitsdienst-Gesetz von 1979 noch enthaltene Vorschrift über die Struktur der "Gesundheitsbehörden" (Landes-, Kreis- und Sondergesundheitsbehörden) ist durch die im neuen Gesetz gewählte Konstruktion entbehrlich. Infolge der Charakterisierung der den Kreisen und kreisfreien Städten übertragenen Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes als Selbstverwaltungsaufgaben ergibt sich die für den kommunalen Aufgabenträger handelnde Behörde künftig unmittelbar und ausschließlich aus §11 des Landesverwaltungsgesetzes in Verbindung mit den kommunalverfassungsrechtlichen Vorschriften. Die bisherige Landesverordnung zur Bestimmung der Zuständigkeit von Gesundheitsbehörden (Zuständigkeitsverordnung GDG) kann deshalb für die Kreisebene insoweit ersatzlos aufgehoben werden. Lediglich soweit bisher in der Zuständigkeitsverordnung GDG Zuständigkeiten für Landesbehörden sowie für die Vorstände der Heilberufekammern als Sondergesundheitsbehörden geregelt sind, ist eine auf § 28 LVwG gestützte Zuständigkeitsregelung erforderlich.

Auf Landesebene nehmen das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz und das zum 1. Januar 1998 in seinem Geschäftsbereich eingerichtete Landesamt für Gesundheit und Arbeitssicherheit Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes wahr. Beim Landesamt sind dies derzeit Angelegenheiten der Gesundheitsberufe, des Arzneimittelrechts und künftig auch des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes; Weisungsrechte gegenüber den kommunalen Trägern des Öffentlichen Gesundheitsdienstes bestehen nicht. Insofern entspricht die Behördenstruktur im Öffentlichen Gesundheitsdienst den Forderungen der Funktionalreform nach zweistufigem Aufbau der Landesverwaltung.

Zu § 4 (Grundsätze der Aufgabenerfüllung)

Absatz 1 hat für die Erfüllung der Aufgaben insbesondere des kommunalen Öffentlichen Gesundheitsdienstes besondere Bedeutung. Soweit gesetzlich nichts anderes bestimmt ist - z. B. bei Vollzugsaufgaben nach dem Infektionsschutzgesetz und anderen bundesrechtlichen Vorschriften -, legen die Kreise und kreisfreien Städte Gesundheitsziele fest und entscheiden auch, welche Maßnahmen sie zu deren Erreichung treffen. Der Handlungsrahmen der Kreise und kreisfreien Städte ergibt sich einerseits aus § 1 und den in Abschnitt II konkretisierten Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, andererseits aus der Bewertung des regionalen Bedarfs, für den wiederum die Gesundheitsberichte (§ 6) den entscheidenden Maßstab liefern. Insofern dokumentiert diese Vorschrift sowohl den lokalen Bezug der Aufgaben als auch ein verändertes Verständnis von kommunaler Gestaltungs- und Umsetzungsverantwortung im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Sie leistet damit - neben § 5 (Gesundheitsförderung) - einen wesentlichen Beitrag zu der in der öffentlichen Diskussion häufig geforderten stärkeren inhaltlichen und organisatorischen Integration des Aufgabenfelds Gesundheit in die Kommunalverwaltung.

Gesundheitsziele des Öffentlichen Gesundheitsdienstes können sich - in Anlehnung an die WHO-Ziele für das 21. Jahrhundert - insbesondere beziehen auf

- die Erhöhung der gesundheitlichen Chancengleichheit
(z. B. Erleichterung des Zugangs von Migranten, Wohnungslosen und anderen sozial benachteiligten Gruppen zum gesundheitlichen Versorgungssystem)
- die Stärkung gesundheitsfördernder Lebensweisen
(z. B. Förderung körperlicher Aktivität)
- die Eindämmung gesundheitsgefährdender Lebensweisen
(z. B. Verringerung der Fehlernährung oder des Konsums von Suchtmitteln)
- die Verbesserung der Lebensqualität
(z. B. durch Stärkung der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung)
- die Verringerung umweltbezogener Gesundheitsgefährdungen
(z. B. Belastung des Trinkwassers)
- die Bekämpfung von Infektionskrankheiten
(z. B. durch Erhöhung der Impfquote).

Auch bisher schon haben Land und Kommunen bei der Festlegung und Umsetzung von Gesundheitszielen zusammen gearbeitet, zum Beispiel im Rahmen der 1999 begonnenen Impfkampagne. Diese Kooperation wird - ohne dass es hierzu einer ausdrücklichen Erwähnung im Gesetz bedarf - künftig die Zusammenarbeit von Land und Kommunen im Öffentlichen Gesundheitsdienst mitbestimmen.

Satz 2 trägt auch der aktuellen Forderung Rechnung, dass alle Stellen, die gesundheitsbezogene Leistungen erbringen, Maßnahmen zur Sicherung der Qualität dieser Leistungen zu treffen haben. Für einige Tätigkeitsbereiche des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sind insoweit bereits Kriterien/Standards entwickelt worden, z. B. der Erhebungsbogen für Schuleingangsuntersuchungen oder die Basisdokumentation in der psychosozialen Krebsnachsorge im Bereich der Gesundheitsförderung sowie für amtliche Gutachten und Zeugnisse. Anlassbezogen greift das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz derartige Fragestellungen auf. Im Falle der Gutachten ist dies sogar länderübergreifend erfolgt. So hat ein kompetenter Vertreter der Gesundheitsämter für das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz in einer Arbeitsgruppe der norddeutschen Länder Leitlinien und Empfehlungen zur Qualitätssicherung von Gutachten am Beispiel der Gutachten zur Dienstfähigkeit/Dienstunfähigkeit erarbeitet.

Vor allem unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten kann es sinnvoll sein, dass nicht jeder kommunale Träger des Öffentlichen Gesundheitsdienstes das gesamte Leistungsspektrum vollständig selbst abdeckt. Satz 3 sieht deshalb Vereinbarungen der Kreise und kreisfreien Städte über die arbeitsteilige Aufgabenwahrnehmung vor. Für eine derartige Zusammenarbeit kommen insbesondere Überwachungsaufgaben (Spezialisierung auf bestimmte Tätigkeitsfelder oder Einrichtungen), die Gesundheitsförderung (u. a. Schwerpunktbildung für die Konzeptionierung von Maßnahmen und Kampagnen), die zentrale Abnahme der Heilpraktiker-Kennntnisüberprüfung und die Spezialisierung einzelner Kommunen auf bestimmte Gutachten (§ 13) in Betracht. Im Hinblick auf die mit dem Gesetz verfolgte Stärkung der kommunalen Verantwortung im Öffentlichen Gesundheitsdienst bedurfte es keiner besonderen gesetzlichen Regelung, dass die Kreise und kreisfreien

Städte ihre Aufgaben stärker als bisher flexibel und prioritär, z. B. in Abhängigkeit von aktuellen Anlässen, erfüllen können.

Weil die gesundheitlichen Belange der Bevölkerung durch Planungen und Maßnahmen vieler Behörden berührt werden können, müssen sich die Träger des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie öffentliche Planungsträger und andere Stellen nach Absatz 2 rechtzeitig miteinander abstimmen; hinsichtlich des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes wird diese Vorschrift durch § 9 konkretisiert. Abweichende Rechtsvorschriften bleiben unberührt, zum Beispiel das Baugesetzbuch (Beteiligung der Träger öffentlicher Belange).

Die sachverständige Beratung von Behörden in humanmedizinischen und hygienischen Fachfragen nach Absatz 3 gehört zu den klassischen Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Im Rahmen der Beratung können z. B. der Heimaufsicht die aus gesundheitlicher Sicht erforderlichen Maßnahmen vorgeschlagen werden. Die Zuständigkeit besonderer fachlicher Dienste der öffentlichen Verwaltung (z.B. Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, Veterinärverwaltung) bleibt unberührt.

Zu § 5 (Gesundheitsförderung)

Satz 1 verpflichtet - in der Zusammenschau mit § 4 Abs. 1 - die Kreise und kreisfreien Städte erstmals zu aktiver kommunaler Gesundheitspolitik in eigener Verantwortung. Im Rahmen dieses Auftrags führen sie - definiert als "Gesundheitsförderung" - in einer "Sozialraumkonzeption" das Handlungsfeld Gesundheit mit anderen kommunalen Handlungsfeldern zusammen, die lediglich implizit einen Gesundheitsbezug aufweisen; dies sind insbesondere Siedlungsentwicklung, Wohnen, Verkehr, Umwelt, Jugendhilfe, Menschen im Alter, Schulen und Soziales. Die - insofern an der Quelle ansetzende - Reduzierung vermeidbarer Gesundheitsrisiken und die Herstellung gleicher Gesundheitschancen für alle sowie die Stärkung der gesundheitsbezogenen Eigenverantwortung stehen dabei im Vordergrund.

Bestandteil dieser koordinierenden, sektor- und ämterübergreifenden Querschnittsaufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ist auch - mit dem Ziel einer "gesundheitsverträglichen Gesamtpolitik" - die Beratung politischer Gremien sowie die Begleitung, Moderation und Koordinierung fachlicher Entscheidungsprozesse in den Kommunen. Insofern leistet auch diese Vorschrift einen wichtigen Beitrag dazu, dass das Aufgabenfeld Gesundheit mehr als bisher in der Region verankert, die kommunale Selbstverwaltung gestärkt und die wünschenswerte Integration des kommunalen Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Verwaltung und politische Entscheidungsstrukturen der Kreise und kreisfreien Städte vorangebracht wird. Damit werden zugleich Ziele der Funktionalreform umgesetzt.

Insbesondere bei der Initiierung gesundheitsfördernder Aktivitäten und der Aufklärung und Beratung der Bevölkerung oder benachteiligter Gruppen über Gesundheitsrisiken und gesundheitsfördernde Verhaltensweisen/Verhältnisse sind Überschneidungen mit Aufgabenfeldern der (individualmedizinischen) Prävention nach § 20 SGB V nicht vermeidbar,

zumal der Präventionsauftrag der Krankenkassen nach dieser Vorschrift seit Inkrafttreten der Gesundheitsreform zum 1. Januar 2000 die "Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen" umfasst und damit einen bisher spezifischen Adressatenkreis des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ausdrücklich einschließt. Insofern liegt hier nicht nur ein Bedarf für Koordination und Kooperation beider Systeme (vgl. § 2); vielmehr kann der Öffentliche Gesundheitsdienst, der in der Vergangenheit gerade im Bereich der primären Prävention (Satz 2 Nr. 2) eine hohe (komplementäre) Kompetenz aufgebaut hat, sich in diesem Bereich als qualifizierter Dienstleister für die Krankenkassen anbieten (vgl. § 2 Abs. 2 Satz 2). Andererseits ist der Öffentliche Gesundheitsdienst nicht gehindert, eigene - subsidiäre - Leistungen zu erbringen, wenn er dies gesundheitspolitisch für sinnvoll hält; in Betracht kommen zum Beispiel Informations- und Aufklärungsangebote in der Verhaltens- und Verhältnisprävention.

Zu § 6 (Gesundheitsberichterstattung)

Die Kreise und kreisfreien Städte können zentrale Aufgaben nach diesem Gesetz nur wirksam wahrnehmen, wenn sie sich - unter Anwendung statistisch-epidemiologischer Methoden - über die gesundheitlichen Verhältnisse der Bevölkerung kontinuierlich unterrichten. Die Vorschrift hat vor dem Hintergrund der neuen Aufgaben der Kreise und kreisfreien Städte nach § 4 Abs. 1 und § 5 eine zentrale Bedeutung.

Die Gesundheitsberichterstattung nach den Absätzen 1 und 2 erfolgt ausschließlich mit nichtpersonenbezogenen Daten. Aufgrund anderer Rechtsvorschriften erhobene und anonymisierte Daten stehen der Gesundheitsberichterstattung ebenfalls zur Verfügung. Werden nach Absatz 1 Satz 1 notwendige Daten weder von den Kreisen und kreisfreien Städten noch von anderen Stellen erhoben und sind die Kommunen selbst dazu nicht in der Lage, wirken sie nach Absatz 1 Satz 2 darauf hin, dass diese Angaben von anderen Stellen erhoben werden; ein Weisungsrecht besteht insoweit aber nicht. Diese Regelung soll gewährleisten, dass die zur Erfüllung der Aufgaben notwendigen Daten zur Verfügung stehen und Doppelerhebungen aus Anlass dieses Gesetzes vermieden werden. Als Basisdaten für eine Gesundheitsberichterstattung kommen nicht nur gesundheitsbezogene Daten im engeren Sinne in Betracht; auch die Ergebnisse von Expertengesprächen können in die Gesundheitsberichterstattung einfließen.

Die kommunale Gesundheitsberichterstattung nach Absatz 1 ist auch ein Instrument, um sinnvoller Weise in regelmäßigen Intervallen die Auswirkungen gesundheitsrelevanter Maßnahmen in der Region sichtbar zu machen und zu überprüfen, einen Überblick auch über deren Eignung zu erhalten und Vergleiche zu ermöglichen. Sie dient insofern der kontinuierlichen Ermittlung von vordringlichem Handlungsbedarf des kommunalen Öffentlichen Gesundheitsdienstes, sei es - im Rahmen seiner Aufgabenstellung und der formulierten Gesundheitsziele - durch eigene Leistungen, sei es - wenn Defizite in der gleichmäßigen gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung deutlich geworden sind - durch Appelle an die anderen zur Leistung Verpflichteten (vgl. § 2 Abs. 1 Satz 2). Es entspricht der auch darin zum Ausdruck kommenden gesundheitspolitischen Verantwortung der Kommunen, dass Gesundheitsberichte mit dem Ziel einer breiten Diskussion in der Bevölkerung in geeigneter Weise zu veröffentlichen sind.

Absatz 2 Satz 1 schafft die Voraussetzung insbesondere dafür, dass die für Zwecke der kommunalen Gesundheitsberichterstattung nach Absatz 1 erhobenen Daten auch für Landesgesundheitsberichte (Absatz 4) nutzbar gemacht werden können. Die Berichtspflicht nach Satz 2 verschafft dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz insbesondere die für eine landesweite Bewertung der gesundheitlichen Verhältnisse erforderlichen Erkenntnisse. Sie schließt auch die Übermittlung von Einzeldatensätzen ein.

Für bestimmte Fragestellungen im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung kann die Erhebung personenbezogener Daten aus verschiedenen Gründen sinnvoll sein:

- Bei sog. Längsschnittuntersuchungen und solchen Untersuchungen, die den Grad der Erreichung sozial-/gesundheitspolitischer Ziele überprüfbar machen, ist häufig die Betrachtung derselben Personen über einen längeren Zeitraum hinweg erforderlich.
- Zur Bewertung z. B. der Zusammenhänge von Gesundheitszustand und potentiellen Risikofaktoren kann es notwendig sein, personenbezogene Daten aus verschiedenen Quellen zusammenzuführen.
- Ein konkreter Bevölkerungsbezug eines Gesundheitsberichts lässt sich nur herstellen, wenn insbesondere Alter, Geschlecht und Wohnort in die epidemiologische Auswertung einfließen.

Absatz 3 regelt die Voraussetzungen für die Erhebung personenbezogener Daten für solche besonderen Fragestellungen und normiert die mit der Gesundheitsberichterstattung korrespondierende datenschutzrechtliche Verarbeitungsbefugnis, soweit personenbezogene Daten verarbeitet werden. Landesweite oder mehrere Kreise und kreisfreie Städte umfassende Erhebungen werden durch Verordnung des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz im Benehmen mit den betroffenen Kreisen und kreisfreien Städten angeordnet (Verordnungsermächtigung siehe § 14 Nr. 4). Die Kreise und kreisfreien Städte regeln die Anordnung einer Maßnahme nach Satz 1 für ihr Gebiet durch Satzung.

Es entspricht der zentralen Bedeutung kommunaler Gesundheitsberichte, dass Landesgesundheitsberichte (Absatz 4) sich auf Einzelthemen oder Bevölkerungsgruppen konzentrieren; dafür kommen sowohl Überblicksberichte als auch Spezialberichte in Betracht, die sich zielgruppen- oder sektorenspezifisch z. B. mit einzelnen Gesundheitsrisiken befassen können.

Zu § 7 (Kinder- und Jugendgesundheit)

Zur Früherkennung von Krankheiten, Behinderungen, Fehlentwicklungen und Verhaltensstörungen hatten Vorsorgeuntersuchungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes bei Kindern und Jugendlichen auch bisher schon erhebliche Bedeutung; die Gesundheit der Erwachsenen kann auf diese Weise frühzeitig beeinflusst und gefestigt werden. Aktuelle Veränderungen im Krankheitsspektrum bei Kindern und Jugendlichen in Form der Zunahme von chronischen und psychosomatischen Erkrankungen sowie psychosozialen und e-

motionalen Störungen, die Armutsentwicklung und die damit einhergehende Ungleichheit der Gesundheitschancen machen es erforderlich, die Aufgabe, die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu schützen und zu fördern, in Absatz 1 besonders herauszuheben. Deren gesundheitliche Verhältnisse werden insofern wichtiger Aspekt auch der Gesundheitsberichterstattung sein; Kinder und Jugendliche bleiben darüber hinaus auch Zielgruppe der Angebote nach § 8 Abs. 1 (Gesundheitshilfe). Auch die Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe) gehört zu den zentralen Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Die enge inhaltliche Verzahnung des auf die Kinder- und Jugendgesundheit bezogenen Auftrags des Öffentlichen Gesundheitsdienstes mit den schulärztlichen Aufgaben nach schulrechtlichen Bestimmungen macht es erforderlich, Veränderungen schulischer Rahmenbedingungen (z. B. die Reform der Schuleingangsphase) zu berücksichtigen. Bei der danach ohnehin gebotenen Neudefinition schulärztlicher Aufgaben ist auch zu entscheiden, ob sich die Schwerpunkte schulärztlicher Tätigkeit künftig zu Gesundheitsberatung und -förderung verlagern sollten.

Absatz 2 zieht für die Öffentliche Jugendzahnpflege die erforderlichen Konsequenzen aus der Änderung des § 21 SGB V, mit der seit Januar 2000 den Krankenkassen der Auftrag zu flächendeckenden Maßnahmen erteilt und die Gruppenprophylaxe in Schulen und Behinderteneinrichtungen unter bestimmten Voraussetzungen auf die bis zu 16jährigen ausgedehnt wurde. Mit dieser Vorschrift hat der Bundesgesetzgeber die bisherige Konzeption, dass die gesetzliche Krankenversicherung die Leistungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in der Jugendzahnpflege ergänzt, entscheidend verändert. Für einen unveränderten landesgesetzlichen Auftrag an die Kreise und kreisfreien Städte, die Jugendzahnpflege als originäre kommunale Aufgabe mit eigenem Personal durchzuführen, ist vor diesem Hintergrund kein Raum mehr.

An die Stelle des aufzuhebenden Jugendzahnpflegegesetzes (vgl. § 19 Abs. 2 Nr. 2) von 1966 tritt - als kommunale Pflichtaufgabe - der ausdrückliche Auftrag der Kreise und kreisfreien Städte, die Durchführung der Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe) unter Berücksichtigung der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen sicherzustellen. Der Sicherstellungsauftrag der Kreise und kreisfreien Städte wird erfüllt durch Zusammenwirken mit den Krankenkassengemäß § 21 Abs. 1 SGB V. Hierzu schließen sie Rahmenvereinbarungen mit den Krankenkassen ab. Unabhängig davon ist § 21 SGB V der Maßstab für die Erfüllung des Sicherstellungsauftrags. Hierdurch wird eine enge Verzahnung der Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in diesem Bereich mit der Regelung des SGB V erreicht. Damit wird - mit Blick auf die sozialpolitische Bedeutung der Gruppenprophylaxe - die politische Mitverantwortung der Kreise und kreisfreien Städte für diesen wichtigen Bereich dokumentiert. Strukturen und gruppenprophylaktische Angebote in den Kreisen und kreisfreien Städten werden künftig - nach Bewertung des konkreten Bedarfs und in enger Kooperation mit den Krankenkassen - in der Region selbst festgelegt. Insofern ist auch dieser Sicherstellungsauftrag Ausdruck einer aktiven kommunalen Gesundheitspolitik, in deren Mittelpunkt - als umfassende Sozialraumkonzeption auf verschiedenen Handlungsfeldern - die Reduzierung vermeidbarer Gesundheitsrisiken und die Herstellung gleicher Gesundheitschancen für alle stehen.

Erfassung und statistische Auswertung von Maßnahmen der Kinder- und Jugendgesundheit nach Absatz 1 und 2 sind entscheidende Voraussetzung für eine spezifische Gesundheitsberichterstattung. Absatz 3 begründet deshalb die Verpflichtung der Kreise und kreisfreien Städte zu solchen Erhebungen sowie der Weiterleitung der Ergebnisse an das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz.

Der Erfolg der Angebote im Handlungsfeld Kinder- und Jugendgesundheit hängt wesentlich davon ab, dass eine möglichst große Zahl von Kindern und Jugendlichen erreicht wird. Dazu ist erforderlich, Kinder und Jugendliche in Schulen, Kindertagesstätten und Gemeinschaftseinrichtungen anzusprechen und die Einbeziehung dieser Institutionen in die kinder- und jugendärztlichen Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes gesetzlich abzusichern. Absatz 4 verpflichtet deshalb die Einrichtungen und deren Träger in angemessenem Umfang zur Mitwirkung.

Zu § 8 (Gesundheitshilfe)

Absatz 1 rückt die sozialkompensatorische Funktion der Gesundheitshilfe in den Mittelpunkt der Vorschrift und zählt exemplarisch Bevölkerungsgruppen auf, die besonders schutzwürdig und häufig darauf angewiesen sind, dass der Öffentliche Gesundheitsdienst Anwalts- und Wegweiserfunktionen wahrnimmt und zur Inanspruchnahme der Regelversorgung Brücken baut. Die steigende Vielfalt kurativer medizinischer Angebote hat nichts daran ändern können, dass oft gerade diejenigen diese Angebote nicht in Anspruch nehmen, die - mit dem Ansteigen sozialer Ungleichheiten - ihrer besonders bedürfen. Die Gesundheitshilfe für medizinisch unzureichend versorgte Bevölkerungsgruppen mit spezifischen Problemlagen (dies sind nicht nur Arme, Obdachlose und Suchtkranke sowie Migrantinnen und Migranten, sondern zunehmend auch Kinder und Jugendliche) ist deshalb mehr denn je eine Kernaufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Dieser Aufgabe hat er sich durch Beratungsleistungen und durch Betreuung (tatsächliche Handlungen, insbesondere Untersuchungen und vorübergehende Maßnahmen zum Schutz der Gesundheit auf Wunsch des Betroffenen) zu widmen mit dem Ziel, allen Menschen gleiche Gesundheitschancen zu eröffnen (§ 1 Nr. 1). Der Erfolg dieser Leistungen ist ganz wesentlich davon abhängig, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Öffentlichen Gesundheitsdienstes bei Bedarf die benachteiligten Bevölkerungsgruppen aufsuchen. Zu den Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes gehört nicht die Schaffung eigener Therapieangebote. Unberührt bleiben die Aufgaben anderer Stellen, insbesondere der Rehabilitationssträger und der Freien Wohlfahrtsverbände.

Zu den Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes gehört traditionell die Beratung in gesundheitlichen Fragen der Partnerschaft (einschließlich Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung), den eine Schwangerschaft unmittelbar oder mittelbar berührenden Fragen sowie die Schwangerschaftskonfliktberatung, ferner die Betreuung gefährdeter Schwangerer und Eltern von Säuglingen. Die bisher geltende Regelung wird an die unterschiedlichen Beratungsformen nach dem Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten in der Fassung vom 21. August 1995 (BGBl. I S. 1050) angepasst.

Die Beratung und Untersuchung bezüglich AIDS und anderer sexuell übertragbarer Krankheiten obliegt bereits gemäß § 19 des Infektionsschutzgesetzes den Gesundheitsämtern und ist dort abschließend geregelt. Für eine Regelung im Rahmen dieses Gesetzes ist deshalb kein Raum mehr.

Psychisch Kranke und Suchtkranke sind auf die Gesundheitshilfe durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst besonders angewiesen. Spezifische Leistungen für diesen Personenkreis sind Gegenstand des Psychisch-Kranken-Gesetzes; unabhängig davon sollte die Versorgung psychisch Kranker in die kommunale Gesundheitsberichterstattung einbezogen werden.

Zu § 9 (Umweltbezogener Gesundheitsschutz)

Durch diese Vorschrift werden die Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im umweltbezogenen Gesundheitsschutz gegenüber den bisherigen Regelungen (vgl. § 5 Abs. 2 und 3 des Gesundheitsdienst-Gesetzes von 1979) deutlich gestärkt, so dass insofern von einer neuen Schwerpunktaufgabe gesprochen werden kann, die in Zukunft weiter an Bedeutung gewinnen wird.

Bereits durch § 6 Abs. 1 Satz 1 werden die Kreise und kreisfreien Städte zur Beobachtung und Bewertung der Einwirkungen der Umwelt auf die menschliche Gesundheit verpflichtet. § 9 Satz 1 fügt die Verpflichtung zu einer umweltmedizinischen Beratung hinzu. Ziel ist, auf der Grundlage von Daten zur Exposition (mikrobiologische und chemische Umweltkontaminationen, Lärm und andere physikalische Einflüsse, Strahlen) und zur Toxikologie Risiken zu erkennen und Maßnahmen zu deren Abwehr anzuregen.

Satz 2 konkretisiert den Grundsatz des § 4 Abs. 2 in der Weise, dass die Kreise und kreisfreien Städte bei gesundheitsrelevanten Planungen im Rahmen der Beteiligung durch die zuständige Behörde auf die Vermeidung gesundheitlicher Gefahren durch Umwelteinflüsse hinzuwirken haben; dies gilt insbesondere für das Verfahren der gesetzlich vorgeschriebenen Umweltverträglichkeitsprüfung (vgl. die Anlage zu § 3 des Gesetzes über die Umweltverträglichkeitsprüfung vom 12. Februar 1990 - BGBl. I S. 205, zuletzt geändert durch Gesetz vom 18. August 1997 - BGBl. I S. 2111).

Zu § 10 (Infektionsschutz)

Das am 1. Januar 2001 in Kraft getretene Infektionsschutzgesetz (IfSG), mit dem das Bundes-Seuchengesetz und das Geschlechtskrankheitengesetz ersetzt worden sind, ist als umfassende und abschließende Regelung zum Schutz vor Infektionen konzipiert. Neben der Infektionsprävention durch Information, Aufklärung und Beratung, den besonderen Maßnahmen zur Verhütung und Bekämpfung konkreter und abstrakter Infektionsgefahren enthält das Gesetz differenzierte Regelungen z. B. zu Krankenhausinfektionen (§ 23 IfSG) und zum Schutz von Menschen in Gemeinschaftseinrichtungen, insbesondere Kindergärten, Schulen und Heimen. Gemeinschafts-, Vorsorge-, Rehabilitations- und Behandlungseinrichtungen, Obdachlosenunterkünfte und Gemeinschaftsunterkünfte für Asylbewerber

unterliegen darüber hinaus der infektionshygienischen Überwachung durch das "Gesundheitsamt" (§ 36 IfSG). Besondere Vorschriften des Gesetzes betreffen die Beschaffenheit von Wasser für den menschlichen Gebrauch, von Schwimm- und Badebckenwasser sowie die Beseitigung von Abwasser (§§ 37 ff IfSG); auch insoweit ist eine Überwachung durch das "Gesundheitsamt" bundesrechtlich vorgeschrieben. Durch die Aufgabenübertragung in § 10 Abs. 1 i.V.m. der Definition des Begriffs "Gesundheitsamt" in § 2 Nr. 14 IfSG sind die Kreise und kreisfreien Städte als Aufgabenträger verpflichtet, zumindest einen "Amtsarzt" zu beschäftigen.

Dieser erweiterte Regelungsansatz des IfSG macht es nunmehr entbehrlich, die im Gesundheitsdienst-Gesetz von 1979 vorgenommene Unterscheidung zwischen allgemeiner und Seuchenhygiene wieder aufzugreifen. Insofern sind weder ein landesrechtlicher Hygienebegriff (vgl. § 5 Abs. 1 Satz 2 und 3 GDG-1979) noch landesrechtliche Hygieneüberwachungsvorschriften z. B. für Krankenhäuser, sonstige Behandlungseinrichtungen und Gemeinschaftseinrichtungen (vgl. §§ 11, 12, 14 und 16 GDG-1979) erforderlich. Die landesrechtliche Aufgabenzuweisung im GDG kann sich deshalb auf eine knappe Bestimmung unter Betonung der gesundheitspolitischen Bedeutung eines umfassenden Impfschutzes beschränken (Absatz 1). Lediglich für Freizeiteinrichtungen und Einrichtungen des Badewesens sind – zur Umsetzung der EG-Badegewässerrichtlinie und auch mit Blick auf die Bedeutung des Tourismus in Schleswig-Holstein - in § 14 Nr. 1 besondere Hygienevorschriften vorgesehen; diese Ermächtigung zum Erlass einer Badestellen-Verordnung ersetzt die gleichlautende Ermächtigung des geltenden Gesundheitsdienst-Gesetzes (vgl. auch die Regelungen der Badestellen-Verordnung).

Abweichend z. B. von den Überwachungsvorschriften des Lebensmittel- und Arzneimittelrechts (vgl. §§ 41, 42 LMBG, §§ 64, 65 AMG), die differenzierte Bestimmungen über die Qualifikation des Überwachungspersonals, die Intervalle von Besichtigungen und Probenahmen durch die Überwachungsbehörde enthalten, hat das IfSG die Ausgestaltung der Überwachung dem Landesrecht überlassen. Für den Bereich der Überwachung von Trinkwasser-Versorgungsanlagen hatte auch bisher schon das Bundesrecht (vgl. 19 Abs. 2 Satz 4 der insbesondere auf das BSeuchG gestützten Trinkwasserverordnung) bestimmt, dass das Gesundheitsamt einen Teil seiner Überwachungsaufgabe auch in der Weise erfüllen kann, dass es sich auf die Überprüfung von Niederschriften bestimmter externer Stellen über die Untersuchung des Trinkwassers beschränken kann.

Dieser Grundgedanke aus der Trinkwasserverordnung wird in Absatz 2 und 3 auf die gesamte infektionshygienische Überwachung durch die Kreise und kreisfreien Städte übertragen. Die Kommunen sollen damit in die Lage versetzt werden, im Rahmen des ihnen obliegenden pflichtgemäßen Ermessens die bisherige, äußerst personalintensive Überwachungstätigkeit zu reduzieren und insofern personelle und finanzielle Freiräume für neue Aufgabenfelder des kommunalen Öffentlichen Gesundheitsdienstes zu erschließen. Unberührt bleibt die Möglichkeit der überwachenden Stelle, Externe mit Überwachungstätigkeiten zu beauftragen. Weil darin keine Aufgabenübertragung im Sinne des § 24 des Landesverwaltungsgesetzes ("Beleihung") liegt, bleibt es in diesen Fällen bei der Verantwortung der überwachenden Stelle. Spezielle bundesrechtliche Vorgaben für diese externe Zertifizierung (vgl. § 19 Abs. 2 Trinkwasserverordnung) bleiben unberührt und sind einer landesrechtlichen Modifikation nicht zugänglich.

Absatz 3 enthält die aus verfassungsrechtlichen Gründen (Art. 12 GG) notwendigen Voraussetzungen einer Zulassung als Hygiene-Zertifizierungsstelle. Diese Anforderungen machen deutlich, dass - neben den genannten öffentlichen Einrichtungen - für eine Zertifizierung nur besonders qualifizierte Laboratorien in Frage kommen werden. Dem Verwaltungsakt zur Zulassung als Hygiene-Zertifizierungsstelle können je nach dem beantragten Tätigkeitsbereich Nebenbestimmungen gemäß § 107 des Landesverwaltungsgesetzes beigelegt werden

Zu § 11 (Aufgaben nach weiteren Rechtsvorschriften)

Die in dieser Vorschrift bezeichneten Materien waren bisher - vor dem Hintergrund der generellen Aufgabenübertragung durch § 1 des Gesundheitsdienst-Gesetzes von 1979 - durch besondere Zuständigkeitsvorschrift den "Kreisgesundheitsbehörden" zugewiesen. Die in den Erläuterungen zu § 3 beschriebene neue Charakterisierung der Aufgaben des kommunalen Öffentlichen Gesundheitsdienstes macht nach den organisationsrechtlichen Grundsätzen des Landesverwaltungsgesetzes und des Kommunalverfassungsrechts eine gesetzliche Aufgabenübertragung erforderlich; eine besondere Bestimmung der "zuständigen Behörde" ist aus den bei § 3 erläuterten Gründen entbehrlich. Der sich aus dem zweiten Halbsatz ergebende Vorbehalt ist wegen besonderer landesbehördlicher Zuständigkeiten in diesem Bereich notwendig. Neue Aufgaben werden durch diese Vorschrift nicht übertragen. Die Aufteilung der Zuständigkeiten zwischen dem Land (Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz und Landesamt für Gesundheit und Arbeitssicherheit) einerseits und den Kreisen und kreisfreien Städten andererseits wird nicht verändert.

Zu § 12 (Gesundheitsberufe)

Die Regelung entspricht in Teilen § 10 Abs. 1 bis 3 des Gesundheitsdienst-Gesetzes von 1979; die bisherige - mit nicht unerheblichem Verwaltungsaufwand verbundene Erfassung dieser Daten bei den Gesundheitsämtern in Bezug auf die abhängig in Gesundheitsberufen Tätigen hat sich als entbehrlich erwiesen. Der Kreis der Gesundheitsberufe wird - wie auch bisher schon - durch Landesverordnung bestimmt (§ 14 Nr. 2).

Die in Absatz 1 vorgesehene Begrenzung auf selbständig Tätige hat zur Konsequenz, dass damit die Meldung aller abhängig in Gesundheitsberufen Beschäftigten und damit auch die entsprechende Statistik entfällt. Die hier vorgesehene Meldepflicht liefert den Kreisen und kreisfreien Städten sowohl einen Überblick über die selbständig einen Beruf des Gesundheitswesens Ausübenden als auch die Grundlage für die Überwachung nach Absatz 2 für diesen Personenkreis und für die Überwachung der Einhaltung der Infektionshygiene nach § 36 des Infektionsschutzgesetzes.

Die Kann-Vorschrift des Absatz 2 macht deutlich, dass an eine Routineüberwachung der Angehörigen der Gesundheitsberufe nicht gedacht ist. Allerdings ermöglicht sie, im konkreten Einzelfall notwendige Maßnahmen nach § 15 zu treffen.

Zu § 13 (Amtliche Bescheinigungen, Zeugnisse, Gutachten)

Absatz 1 beschränkt die Ausstellung amtlicher Bescheinigungen, Zeugnisse und Gutachten als Pflichtaufgabe der Kreise und kreisfreien Städte auf die Fälle, in denen diese durch bundes- oder landesrechtliche Regelungen vorgeschrieben ist. Abweichend vom Gesundheitsdienst-Gesetz von 1979 sind zur Entlastung der Kreise und kreisfreien Städte Satzungen von juristischen Personen des Öffentlichen Rechts damit ausgenommen. Bezüglich der Zusammenarbeit der Kommunen bei Begutachtungen wird auf die Begründung zu § 4 Abs. 1 verwiesen.

Die Regelung des Absatzes 2 berechtigt die Kreise und kreisfreien Städte, die Erteilung amtlicher Bescheinigungen, Zeugnisse und Gutachten auf Ärztinnen und Ärzte außerhalb des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zu übertragen. Damit wird eine sog. "Beleihung" im Sinne des § 24 des Landesverwaltungsgesetzes ermöglicht, durch die die Adressaten der Übertragung in die verwaltungsorganisationsrechtliche Struktur einbezogen werden. Zugleich stehen die Beliehenen in einem sonstigen öffentlich-rechtlichen Amtsverhältnis im Sinne des § 11 Abs. 1 Nr. 2 b des Strafgesetzbuchs. Es liegt in der Entscheidung der Kreise und kreisfreien Städte, ob sie die Aufgabenübertragung auf bestimmte amtliche Bescheinigungen, Zeugnisse oder Gutachten beschränken; Maßstab ihrer Entscheidung ist vor allem die Gewährleistung einer objektiven Begutachtung. Die Kreise und kreisfreien Städte haben auch die Rechtmäßigkeit der Aufgabenwahrnehmung sicherzustellen (§ 24 Abs. 3 des Landesverwaltungsgesetzes).

Von der Vorschrift nicht erfasst sind verwaltungsinterne Begutachtungen für Stellen desselben Verwaltungsträgers, z. B. für Sozialämter.

Zu § 14 (Verordnungsermächtigungen)

Die im Gesetz vorgesehenen Verordnungsermächtigungen sind zur besseren Übersicht in einer Vorschrift zusammengefasst. Ihre Zahl ist auf das unbedingt notwendige Maß reduziert. Nr. 1 enthält u. a. die durch EU-Recht gebotene Ermächtigung für die Hygiene-Anforderungen der geltenden Badestellen-Verordnung sowie für die Überwachung. Nr. 2 ermöglicht die Fortschreibung der Landesverordnung über die Berufe des Gesundheitswesens. Die in Nr. 3 vorgesehene Ermächtigung ist erforderlich, um für neue, nicht bundesgesetzlich geregelte Gesundheitsberufe z. B. Ausbildungsinhalte bestimmen oder Erlaubnisvorbehalte schaffen zu können, falls eine unregelmäßige Berufsausübung Risiken für die Bevölkerung befürchten lässt. Nr. 4 enthält die Ermächtigung zur Anordnung landesweiter oder mehrere Kreise und kreisfreie Städte umfassender Erhebungen, für die personenbezogene Daten benötigt werden.

Zu § 15 (Überwachungsbefugnisse)

Absatz 1 enthält eine eigenständige gesundheitsbehördliche Generalklausel für die Abwehr von Zuwiderhandlungen gegen Rechtsvorschriften, deren Durchführung den Kreisen und kreisfreien Städte nach diesem Gesetz übertragen worden ist. Materiell tritt damit keine Änderung gegenüber der früheren Rechtslage ein (§ 3 Abs. 1 Satz 2, Abs. 3 Satz 1 i. V. m. § 2 der Zuständigkeitsverordnung GDG), allerdings wird durch die in § 15 Abs. 1 gewählte Konstruktion sowohl die Fiktion der Behörden der Träger des kommunalen Öffentlichen Gesundheitsdienstes als Ordnungsbehörden wie auch der Rückgriff auf die ordnungsbehördliche Generalermächtigung des Landesverwaltungsgesetzes für die Abwehr von Zuwiderhandlungen entbehrlich. Damit wird einerseits verdeutlicht, dass die Kreise und kreisfreien Städte sich auch bei ihren Überwachungsaufgaben weniger als Gesundheitspolizei, vielmehr zunehmend als präventiv orientiertes Dienstleistungssystem begreifen; zum anderen wird auch an dieser Vorschrift die Absicht erkennbar, das Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst als geschlossenes, übersichtliches Regelwerk für Ziele, Aufgaben und Handlungsinstrumente des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zu konstruieren. Spezialrechtliche Eingriffsgrundlagen (z. B. nach dem IfSG) gehen - ohne dass es insoweit einer gesetzlichen Klarstellung bedürfte - dieser Vorschrift schon nach allgemeinen Rechtsgrundsätzen vor.

Absätze 2 bis 5 entsprechen weitgehend der bisher geltenden Regelung (§ 23 Abs. 1 bis 3 des Gesundheitsdienst-Gesetzes von 1979). In Absatz 5 ist als letzter Satz für Fälle von Mehrfach-Überwachungszuständigkeiten (z. B. Heimaufsicht und infektionshygienische Überwachung nach § 36 IfSG) eine Abstimmungsverpflichtung der Behörden angefügt worden, um eine unnötige Häufung von Besichtigungsterminen zu vermeiden. Die Regelungen über eine externe Zertifizierung (§ 10 Abs. 2) bleiben unberührt.

Zu § 16 (Datenschutz)

Mit dieser Vorschrift wird die mehrfach erhobene Forderung nach bereichsspezifischen Datenschutzvorschriften für den Öffentlichen Gesundheitsdienst aufgegriffen. Die Regelung orientiert sich an den Begriffen des allgemeinen Datenschutzrechts.

Absatz 1 enthält die Voraussetzungen für die Verarbeitung personenbezogener Daten durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst. Neben die zentrale Verarbeitungsvorschrift der Nr. 1 stellt das Gesetz vier weitere alternative Voraussetzungen, die die notwendige Abwägung unterschiedlicher Interessen widerspiegeln. Die Verarbeitung personenbezogener Daten für Zwecke des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ist stets zulässig, wenn die betroffene Person eingewilligt hat; Näheres ergibt sich auch insoweit aus dem Landesdatenschutzgesetz.

Die Übermittlungsbefugnisse nach Absatz 2 knüpfen an die Verarbeitungsvoraussetzungen des Absatzes 1 an; ferner regelt die Vorschrift die Datenweitergabe innerhalb derselben Behörde sowie - mit Rücksicht auf die Sensibilität von Gesundheitsdaten - eine enge Zweckbindung, die Absatz 3 auch auf personenbezogene Daten erstreckt, die dem Öffent-

lichen Gesundheitsdienst im Rahmen einer Beratung oder sonst ohne rechtliche Verpflichtung anvertraut worden sind.

Die Verweisung in Absatz 4 verpflichtet den Öffentlichen Gesundheitsdienst zu den nach dem Landesdatenschutzgesetz vorgeschriebenen Maßnahmen zur Datensicherheit.

Die Regelung des Absatzes 5 lässt insbesondere verwaltungsverfahrenrechtliche sowie dienstrechtliche Geheimhaltungs- und Verschwiegenheitspflichten nach anderen Rechtsvorschriften unberührt.

Zu § 17 (Ordnungswidrigkeiten)

Die Vorschrift enthält die für die Durchführung der eigenständigen materiellen Regelungen des Gesetzes erforderlichen Bußgeldandrohungen. Der Bußgeldrahmen ist im Hinblick auf das zu schützende Gemeinschaftsgut Gesundheit angemessen.

Zu § 18 (Kosten)

Die in Absatz 1 Nr. 2 getroffene Regelung stellt klar, dass sich die Erhebung von Gebühren und Auslagererstattung für die Tätigkeit des kommunalen Öffentlichen Gesundheitsdienstes künftig nach dem Kommunalabgabengesetz und den auf seiner Grundlage erlassenen kommunalen Gebührensatzungen richtet. Diese Änderung der Erhebungsgrundlage gegenüber dem bisherigen Recht ergibt sich aus der ausnahmslosen Charakterisierung der Aufgaben der Kreise und kreisfreien Städte nach diesem Gesetz als Selbstverwaltungsaufgaben (§ 3 Abs. 1 Satz 2). Eine - auf der Basis von individuellen Kostenstellenrechnungen - unterschiedliche Gebührenhöhe je Kreis / kreisfreier Stadt für vergleichbare Amtshandlungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ist nicht auszuschließen und muss insofern hingenommen werden. Durch die Änderung wird den Kreisen und kreisfreien Städten ein weiter Rahmen für die Entscheidung eingeräumt, in welchem Umfang sich der kommunale Öffentliche Gesundheitsdienst durch Gebühren refinanzieren will. Durch die Maßgabe zur Anwendung des Kommunalabgabengesetzes wird den Kreisen und kreisfreien Städten die Möglichkeit eröffnet – ebenso wie den Landesbehörden nach § 13 Abs. 1 Nr. 1 des Verwaltungskostengesetzes -, die von ihnen überwachten Einrichtungen zu den Kosten der Besichtigungen und Überprüfungen heranzuziehen, auch soweit keine Beanstandungen festgestellt worden sind, soweit nicht von der Möglichkeit einer externen Zertifizierung nach § 10 Abs. 2 Gebrauch gemacht wird. Voraussetzung für die Anwendung der Maßgabe ist allerdings, dass der Überwachungsmodus so gestaltet ist, dass eine Gleichbehandlung der einer Überwachung unterliegenden Einrichtungen oder Personen gewährleistet ist.

Absatz 1 Nr. 1 stellt klar, dass es für Landesbehörden bei der bisherigen Erhebungsgrundlage (Verwaltungskostengesetz und Gebührentarif) verbleibt.

Abweichende Rechtsvorschrift im Sinne des Absatzes 1 Satz 2 ist z. B. das Gesetz über die Kostenträger nach dem Infektionsschutzgesetz.

Absatz 2 nimmt bestimmte Leistungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes von einer Gebührenerhebung aus, weil Gebühren in diesen Fällen entweder dem Charakter der Leistung widersprechen (z. B. sozialkompensatorische Leistungen der Gesundheitshilfe) oder den Erfolg der Leistung beeinträchtigen.

Gelbe Prüfliste **Anlage 2**
für die Überprüfung von Gesetzen, Landesverordnungen und Verwaltungsvorschriften¹

Ausgefüllt aus Anlass einer (X) zu schaffenden Vorschrift, () Vorschriftenänderung, () Bestandsüberprüfung

Bezeichnung der Vorschrift (ggf. Fundstelle):	Referat		
Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst Gesundheitsdienst-Gesetz (GDG)	IX 40		
1 Ist die Vorschrift erforderlich?	Ja	Nein	entf.
Besteht Regelungsbedarf?	X		
Rechtlicher Grund:			
Fachlicher Grund:	X		
1.1 Kann als Alternative zu der Vorschrift das Ziel auch durch sonstige Mittel vollständig oder mit vertretbaren Abstrichen erreicht werden? (Im Rang niedrigere Vorschrift, schriftl. oder mündl. Vereinbarungen ggf. auch mit Organisationen, Öffentlichkeitsarbeit, Dienstbesprechungen, Initiativen, Tätigwerden kommunaler oder anderer Stellen u.a.)		X	
1.2 Kosten			X
1.2.1 Verursacht die Vorschrift direkte Kosten (zusätzliche Haushaltsmittel)? Wenn "ja" Höhe der Kosten, ggf. geschätzt:			
DM einmalig		DM jährlich	
beim Land			
bei den Kreisen			
bei den Städten, Gemeinden, Ämtern			
bei Dritten (insb. private Wirtschaft)			
Wenn "ja", aber die Höhe der Kosten nicht bekannt bzw. abschätzbar: Warum nicht? Falls die Frage nicht beantwortet werden kann, bitte die Gründe hierfür nennen:			
1.2.2 Verursacht die Vorschrift erhöhten Verwaltungsaufwand (Angaben, soweit möglich, in DM oder zusätzlichen Stellen und ggf. auf besonderem Blatt)			X
beim Land			
bei den Kreisen			
bei den Städten, Gemeinden, Ämtern			
bei Dritten (insb. private Wirtschaft)			
1.2.3 Führt die Vorschrift zu Einsparungen (Angaben, soweit möglich, in DM oder verringerten Stellen und ggf. auf besonderem Blatt)			X
beim Land			
bei den Kreisen			
bei den Städten, Gemeinden, Ämtern			
bei Dritten (insb. private Wirtschaft)			
1.2.4 Werden die direkten Kosten/Wird der erhöhte Verwaltungsaufwand unter Berücksichtigung etwaiger Einsparungen so bewertet, dass die Vorschrift noch geändert oder auf sie verzichtet werden muss?			X
1.3 <u>Zwischenergebnis:</u> Die Vorschrift ist erforderlich.			
1.4	X		

¹ Vgl. Ziffer 1.1.1 und 1.1.2 der Richtlinien über Gesetz- und Verordnungsentwürfe

2	Ja	Nein	entf.
Sind Inhalt, Art, Umfang und Regelungsdichte der Vorschrift zweckmäßig?	X		
2.1 Entspricht die Vorschrift inhaltlich auch in aktuell nicht zu ändernden Bereichen den Erforderlichkeits- und Zweckmäßigkeitskriterien?		X	
2.2 Sind in der Vorschrift enthaltene Mindestanforderungen an Personal- und Sachmittel sowie Verfahrensvorgaben (Standards) zwingend erforderlich? (Personalstandards: Festlegung von Mindestvoraussetzungen oder bestimmten Bandbreiten hinsichtlich des Einsatzes von Fachpersonal für einzelne Aufgaben oder bestimmten Besetzungstärken, ggf. besondere Qualifikationen oder Ausbildung. Sachstandards: Festlegung von Mindestvoraussetzungen oder bestimmten Bandbreiten hinsichtlich bestimmter qualitativer oder quantitativer Anforderungen, z.B. Raumgrößen, Vorhaltung bestimmter Sachmittel, Einhaltung von Normen, Durchführung bestimmter Maßnahmen. Verfahrensstandards: Bestimmte Anforderungen an das anzuwendende Verfahren.)		X	
2.3 Ist die Vorschrift inhaltlich und sprachlich zu knapp wie möglich gehalten? (z.B. Verzicht auf Regelungstatbestände und Verwendung von Typisierungen, Pauschalierungen und unbestimmten Rechtsbegriffen)		X	
2.4 Ist die Vorschrift für die Normenadressaten in allen Punkten verständlich?			
2.5 Räumt die Vorschrift überall dort Ermessensspielräume ein, wo sie möglich und unter dem Gesichtspunkt des Vollzuges sinnvoll sind?		X	
2.6 Sind die vorgesehenen/bestehenden Einschränkungen u. Mitwirkungspflichten für die Betroffenen tatsächlich erforderlich? (z.B. Genehmigungs- u. Anzeigepflichten, Antragstellungen, Auskunfts-, Nachweis- u. Berichtspflichten, Verbote, Strafen)		X	
2.7 Wird die Vorschrift die Motivation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter voraussichtlich günstig beeinflussen?			
2.8 <u>Zwischenergebnis:</u> Die Vorschrift ist zweckmäßig.	X		
3 Kann eine Zusammenfassung der geplanten/bestehenden Vorschrift mit einer anderen, bereits bestehenden Vorschrift erfolgen?		X	
4 Wird die Vorschrift nur für eine bestimmte Zeit benötigt? (Bei Verordnungen § 62 LVwG beachten!) Wenn "ja": Begrenzung der Gültigkeitsdauer auf Jahre.		X	
5 Liegen zu der Vorschrift bereits Änderungsvorschläge von Verbänden, Institutionen oder des Landesrechnungshofes vor?		X	
6 <u>Gesamtprüfungsergebnis:</u> Die Vorschrift entspricht allen Erforderlichkeitskriterien, da die Ziffern 1.3 und 2.8 mit "ja" sowie die Ziffer 3 mit "Nein" beantwortet wurden. Bei einer Bestandsüberprüfung: Ist aus fachlichen/politischen Gründen die Unterrichtung eines Verbandes, einer Institution oder des Landesrechnungshofes über das Gesamtergebnis angezeigt?	X		X

Kiel,

01.06.2001 gez. Müller

(Referatsleiterin oder Referatsleiter)

 gez. Teupke

(Mitarbeiterin oder Mitarbeiter)