



HESSISCHER LANDTAG

06. 09. 2021

Plenum

Gesetzentwurf

Landesregierung

Drittes Gesetz zur Änderung des Hessischen Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst

Die Landesregierung legt mit Schreiben vom 3. September 2021 den nachstehenden, durch Kabinettsbeschluss vom 30. August 2021 gebilligten und festgestellten Gesetzentwurf dem Landtag zur Beschlussfassung vor. Der Gesetzentwurf wird vor dem Landtag von dem Minister für Soziales und Integration vertreten.

A. Problem

Das Hessische Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (HGöGD) vom 28. September 2008 (GVBl. I S. 659), zuletzt geändert durch Gesetz vom 6. Mai 2020 (GVBl. S. 310), lief zum 31. Dezember 2020 aus und wurde im Jahr 2020 aufgrund der Coronapandemie kurzfristig um ein Jahr verlängert.

B. Lösung

Im Oktober 2020 war gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern der Kommunalen Spitzenverbände, des Regierungspräsidiums Darmstadt und des Hessischen Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen eine erste Analyse der Erfahrungen, die im Laufe der Pandemie gemacht wurden, vorgenommen und weitere Änderungswünsche erarbeitet worden.

Mit beiliegendem Entwurf wird das Gesetz nochmals um drei Jahre verlängert. Die aufgenommenen Regelungen sollen einerseits den öffentlichen Gesundheitsdienst modernisieren und andererseits den ersten Erfahrungen aus der Pandemie Rechnung tragen. Nach Ende der Pandemie sollen dann die Erfahrungen aufgearbeitet und ggf. umfassend in das Gesetz eingearbeitet werden.

C. Befristung

Nach dem Ersten Teil Nr. 2.1.2 Buchstabe c des Leitfadens für das Vorschriftencontrolling vom 1. Januar 2018 (StAnz. 1/2018, S. 2): Das Gesetz wird bis zum 31. Dezember 2024 befristet, weil eine zeitnahe, erneute Evaluation geplant ist, um weitere Erfahrungen aus der Pandemie in das Gesetz aufnehmen zu können.

D. Alternativen

Keine, da sich das Gesetz grundsätzlich bewährt hat und dringend benötigt wird.

E. Finanzielle Auswirkungen

1. Auswirkungen auf die Liquiditäts- oder Ergebnisrechnung

	Liquidität		Ergebnis	
	Ausgaben	Einnahmen	Aufwand	Ertrag
Einmalig im Haushaltsjahr -	-	-	-	-
Einmalig in künftigen Haushaltsjahren -	-	-	-	-
Laufend ab Haushaltsjahr -	-	-	-	-

2. Auswirkungen auf die Vermögensrechnung

Keine.

3. Berücksichtigung der mehrjährigen Finanzplanung

Keine.

4. Auswirkungen für hessische Gemeinden und Gemeindeverbände

Es wird davon ausgegangen, dass sich keine wesentlichen Auswirkungen ergeben. Durch die klarstellende Aufnahme der Rufbereitschaft ergeben sich keine Änderungen. Bereits heute schon besteht diese Rufbereitschaft aufgrund der Umsetzung des Infektionsschutzgesetzes als Gefahrenabwehrgesetz und ist bereits in allen Landkreisen eingerichtet. Die Aufnahme der Rufbereitschaft soll klarstellen, dass diese nicht eine 24-h-Erreichbarkeit für die Bevölkerung darstellt, sondern nur die Erreichbarkeit zwischen den Gefahrenabwehrbehörden (über die Zentralen Leitstellen) sicherzustellen ist. Durch das HGöGD soll keine Erweiterung der bisherigen Situation erfolgen.

Bezüglich der Finanzierung von Stellen aus den Mitteln für den Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst wird gesondert entschieden werden

F. Unmittelbare oder mittelbare Auswirkungen auf die Chancengleichheit von Frauen und Männern

Keine.

G. Besondere Auswirkungen auf Menschen mit Behinderungen

Das Gesetz wurde am Maßstab der UN-Behindertenrechtskonvention überprüft. Es bestand kein Änderungsbedarf.

Der Landtag wolle das folgende Gesetz beschließen:

**Drittes Gesetz
zur Änderung des Hessischen Gesetzes
über den öffentlichen Gesundheitsdienst¹**

Vom

Artikel 1

Das Hessische Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst vom 28. September 2007 (GVBl. I S. 659), zuletzt geändert durch Gesetz vom 6. Mai 2020 (GVBl. S. 310), wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
 - a) In der Angabe zu § 1 wird das Wort „Aufgaben“ durch „Kernaufgaben“ ersetzt.
 - b) Die Angaben zu § 3 bis 5 werden wie folgt gefasst:
 - „§ 3 Ausstattung der Gesundheitsämter
 - § 4 Zuständigkeiten
 - § 5 Abwehr erheblicher gesundheitlicher Gefahren“
 - c) Nach der Angabe zu § 5 wird folgende Angabe eingefügt:
 - „§ 5a Zusammenarbeit und Aufgabenübertragung“
 - d) In der Angabe zu § 9 werden die Wörter „von Einrichtungen“ gestrichen.
 - e) In der Angabe zu § 14 wird das Wort „Untersuchungen“ durch „Begutachtungen“ ersetzt.
 - f) Nach der Angabe zu § 22 wird folgende Angabe eingefügt:
 - „§ 22a Eilverkündung“
2. § 1 wird wie folgt geändert:
 - a) In der Überschrift wird das Wort „Aufgaben“ durch „Kernaufgaben“ ersetzt.
 - b) Abs. 2 wird wie folgt gefasst:
 - „(2) Zur Erreichung dieses Ziels sind Kernaufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes der Gesundheitsschutz, die Sozialmedizin und die Begutachtung sowie die Entwicklung einer Gesundheitsstrategie. Dies beinhaltet insbesondere:
 1. beim Gesundheitsschutz
 - a) gesundheitliche Gefahren von der Bevölkerung abzuwehren und den Ursachen von Gesundheitsgefährdungen und Gesundheitsschäden nachzugehen,
 - b) übertragbare Krankheiten bei Menschen zu verhüten und zu bekämpfen, Infektionskrankheiten epidemiologisch zu erfassen und zu bewerten sowie Gesundheitsberichte zu erstellen und darüber zu wachen, dass die Anforderungen der Hygiene eingehalten werden,
 - c) die Einwirkungen aus der Umwelt auf die menschliche Gesundheit zu beobachten und zu bewerten,
 - d) die Medizinalaufsicht über Einrichtungen und Berufe des Gesundheitswesens auszuüben, soweit keine andere Zuständigkeit gegeben ist,
 - e) bei der Ausbildung der Fachberufe des Gesundheitswesens mitzuwirken und insbesondere die staatlichen Anerkennungen durchzuführen,
 2. bei der Sozialmedizin und der Begutachtung
 - a) die amtsärztlichen, ärztlichen und zahnärztlichen Untersuchungen durchzuführen sowie Zeugnisse und Gutachten zu erstellen,

¹ Ändert FFN 350-94.

- b) die Einschulungsuntersuchungen und Schulgesundheitspflege durchzuführen,
 - c) die psychiatrische Versorgung zu beobachten und zu bewerten,
 - 3. bei der Prävention und der Gesundheitsförderung
 - a) integrierte Gesundheitsstrategien zu entwickeln, umzusetzen und zu evaluieren,
 - b) die Gesundheitsberichterstattung zu entwickeln und umzusetzen,
 - c) Gesundheitsgefährdungen und Gesundheitsschäden zu untersuchen,
 - d) Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung zu koordinieren und zu evaluieren.“
 - c) Abs. 3 wird aufgehoben.
- 3. § 2 wird wie folgt geändert:
 - a) In Abs. 2 Nr. 1 wird das Wort „Städte“ durch „Städten“ ersetzt.
 - b) Abs. 3 wird aufgehoben.
 - c) Der bisherige Abs. 4 wird Abs. 3.
 - d) Abs. 5 wird aufgehoben.
 - e) Der bisherige Abs. 6 wird Abs. 4 und wie folgt gefasst:

„(4) Bei drohender oder gegenwärtiger erheblicher Gefahr für Leib und Leben der Bevölkerung können die Aufsichtsbehörden die Befugnisse der nach § 4 zuständigen Behörde an deren Stelle ausüben, wenn

 1. diese nicht tätig wird,
 2. diese einer Weisung im Einzelfall zuwiderhandelt oder
 3. im Einzelfall bei Gefahr in Verzug sofortiges Handeln erforderlich ist.

In den Fällen der Nr. 1 und 2 wird die Aufsichtsbehörde auf Kosten der zuständigen Behörde tätig.“
- 4. Nach § 2 wird als neuer § 3 eingefügt:

„§ 3
Ausstattung der Gesundheitsämter

(1) Den Gesundheitsämtern müssen im Rahmen der verfügbaren Stellen und Mittel Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte als Fachkräfte des höheren Dienstes sowie das erforderliche Fachpersonal in ausreichender Zahl angehören. Diese sind verpflichtet, sich regelmäßig im Rahmen ihrer Tätigkeit weiter- und fortzubilden.

(2) Die Leitungen der Gesundheitsämter müssen über die Anerkennung als Fachärztin oder Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen verfügen, die Stellvertretungen sollen eine solche Anerkennung oder eine Anerkennung als Fachzahnärztin oder Fachzahnarzt für öffentliches Gesundheitswesen spätestens innerhalb eines Jahres nach der Übertragung der Stellvertretung erwerben. Die obere Gesundheitsbehörde kann in Einzelfällen auf Antrag eine befristete Ausnahme von Satz 1 zulassen.

(3) Amtsärztinnen und Amtsärzte sind alle beim Gesundheitsamt beschäftigten Ärztinnen und Ärzte.

(4) Die Gesundheitsämter haben außerhalb der üblichen Dienstzeiten für die Zentralen Leitstellen eine Erreichbarkeit für Eilmaßnahmen sicherzustellen.“
- 5. Der bisherige § 3 wird § 4 und wie folgt geändert:
 - a) Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die unteren Gesundheitsbehörden sind zuständig, soweit in diesem Gesetz oder aufgrund dieses Gesetzes nichts anderes bestimmt ist.“
 - b) In Abs. 2 wird die Angabe „20. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2934)“ durch „19. Juni 2020 (BGBl. I S. 1328)“ ersetzt.

6. Der bisherige § 4 wird § 5 und in Abs. 3 wie folgt geändert:
- a) In Satz 1 werden nach dem Wort „fortzuschreiben“ die Wörter „sowie angemessene Schutzkleidung zu bevorraten und auf lokaler Ebene präventiv Strukturen zur Bewältigung von Epidemien und Pandemien zu schaffen“ eingefügt.
 - b) In Satz 2 werden nach dem Wort „Rettungsdienst“ ein Komma und das Wort „Katastrophenschutz“ eingefügt.

7. Nach § 5 wird als § 5a eingefügt:

„§ 5a
Zusammenarbeit und Aufgabenübertragung

(1) Die Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes arbeiten kooperativ zusammen und unterstützen sich in fachlichen Fragen, insbesondere auch im Bereich der Weiterbildung nach den Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammer Hessen und der Landeszahnärztekammer Hessen.

(2) Die Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes arbeiten mit den Behörden und Stellen eng zusammen, die Leistungen zur gesundheitlichen Versorgung erbringen oder gesundheitliche Interessen vertreten. Dabei kommt dem öffentlichen Gesundheitsdienst eine zentrale Informations-, Steuerungs- und Koordinierungsfunktion in allen gesundheitlichen Fragen zu.

(3) Benachbarte Landkreise und kreisfreie Städte können, wenn dies fachlich und wirtschaftlich geboten ist, durch öffentlich-rechtliche Vereinbarung nach dem Vierten Abschnitt des Gesetzes über kommunale Gemeinschaftsarbeit vom 16. Dezember 1969 (GVBl. I S. 307), zuletzt geändert durch Gesetz vom 11. Dezember 2019 (GVBl. S. 416), vereinbaren, dass einer der Beteiligten einzelne oder mehrere Aufgaben der Beteiligten in seiner Zuständigkeit übernimmt oder für die übrigen Beteiligten durchführt. Die Vereinbarung bedarf der Zustimmung der Aufsichtsbehörden.“

8. § 6 wird wie folgt geändert:
- a) Dem Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:
„Dies umfasst auch die Beobachtung und Bewertung des Auftretens potenziell krankheitsübertragender Organismen.“
 - b) Abs. 2 wird wie folgt gefasst:
„(2) Die Gesundheitsämter beobachten und bewerten die Impfsituation der Bevölkerung. Die Gesundheitsämter erfassen die ihnen im Rahmen ihrer Aufgabenwahrnehmung bekannt gewordenen Impfdaten.“
 - c) Folgender Abs. 3 wird angefügt:
„(3) Die Gesundheitsämter führen Impfungen selbst durch, um auf das Schließen von Impflücken hinzuwirken.“
9. § 7 wird wie folgt geändert:
- a) Abs. 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird das Wort „klären“ durch die Wörter „informieren und beraten“ ersetzt und das Wort „auf“ gestrichen.
 - bb) Satz 2 und 3 werden aufgehoben.
 - b) Abs. 2 wird wie folgt gefasst:
„(2) Als Maßnahme der Daseinsvorsorge wirken die Gesundheitsämter auf die Schaffung von Versorgungsstrukturen hin, die insbesondere für sozial benachteiligte oder besonders schutzbedürftige oder gefährdete Personen einen geeigneten Zugang bieten. Für diesen Personenkreis können die Gesundheitsämter im Einzelfall ambulante Behandlungen und Vorsorgeleistungen vornehmen.“
 - c) Dem Abs. 3 wird folgender Satz angefügt:
„Die Regelungen des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes vom 4. Mai 2017 (GVBl. S. 66) bleiben unberührt.“
 - d) Als neuer Abs. 6 wird eingefügt:
„(6) Die Gesundheitsämter tragen in Zusammenarbeit mit anderen Stellen zur Weiterentwicklung von Gewaltprävention und Schutz vor Gewalt, insbesondere für Frauen und Kinder, bei.“

- e) Der bisherige Abs. 6 wird Abs. 7.
- f) Folgende Abs. 8 und 9 werden eingefügt:
- „(8) Als Instrument zur Umsetzung der Gesundheitsstrategien und zur Koordinierung der lokalen Versorgung im Gesundheitsbereich können Kommunale Gesundheitskonferenzen eingerichtet werden. Diese können auf der Basis der Ergebnisse der Gesundheitsberichterstattungen und Versorgungsanalysen sowie im Rahmen der integrierten Gesundheitsstrategie der Kommune die kommunalen Entscheidungsträger beraten, konkrete Lösungsvorschläge und Handlungsmaßnahmen erarbeiten sowie die für die Umsetzung notwendige Netzwerkbildung unterstützen.“
- (9) In jedem Versorgungsgebiet nach § 17 Abs. 5 des Hessischen Krankenhausgesetzes 2011 vom 21. Dezember 2010 (GVBl. I S. 587), zuletzt geändert durch Gesetz vom 4. September 2020 (GVBl. S. 573), sind regionale Netzwerke der Gesundheitsämter zu bilden. Diese haben die regionalen Versorgungsstrukturen zu beobachten und gemeinsame, kreisübergreifende Handlungsmaßnahmen für die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes im jeweiligen Versorgungsgebiet zu erarbeiten. Sie können gemeinsame Vorschläge für die regionalen Gesundheitskonferenzen nach dem Zweiten Teil des Gesetzes zur Bildung von Gremien zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung vom 18. Dezember 2017 (GVBl. S. 465), zuletzt geändert durch Gesetz vom 13. September 2018 (GVBl. S. 599), erarbeiten.“
10. In § 8 Abs. 1 Satz 1 wird das Wort „aus“ gestrichen und werden nach dem Wort „Umwelt“ die Wörter „und des Klimas“ eingefügt.
11. § 9 wird wie folgt geändert:
- a) In der Überschrift werden die Wörter „von Einrichtungen“ gestrichen.
- b) Abs. 1 wird wie folgt gefasst:
- „(1) Die Gesundheitsämter überwachen die Einhaltung der Hygieneanforderungen nach dem Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), zuletzt geändert durch Gesetz vom 27. Juli 2021 (BGBl. I S. 3274), und den hierzu erlassenen Rechtsverordnungen.“
- c) In Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 wird das Wort „Rettungsleitstellen“ durch die Wörter „Zentralen Leitstellen“ ersetzt.
12. § 10 wird wie folgt geändert:
- a) Abs. 1 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 2 werden die Wörter „bei allen Kindern vor Schuleintritt ärztliche Einschulungsuntersuchungen“ durch „Maßnahmen der Schulgesundheitspflege“ ersetzt.
- bb) Satz 3 bis 6 werden aufgehoben.
- b) Als neue Abs. 2 bis 4 werden eingefügt:
- „(2) Bei allen Kindern sind vor Schuleintritt ärztliche Einschulungsuntersuchungen durchzuführen. Die Untersuchungen nach Satz 1 sollen zu einem Zeitpunkt durchgeführt werden, der es erlaubt, gegebenenfalls notwendige, stützende Maßnahmen rechtzeitig anzubieten. Sie haben den Zweck, Einschränkungen, die die Teilnahme am Unterricht betreffen, festzustellen. Die nach § 34 Abs. 11 des Infektionsschutzgesetzes zu erhebenden Impfdaten dürfen auch verwendet werden, um im Bedarfsfall schnellstmöglich geeignete Maßnahmen zum Infektionsschutz einleiten zu können.“
- (3) Die Gesundheitsämter beraten Schülerinnen und Schüler, deren Personensorgeberechtigte und die Schulen zu gesundheitlichen Fragen, die den Schulbesuch betreffen. Dies betrifft auch die Beratung und Unterstützung bei chronischen Erkrankungen und die damit jeweils zusammenhängenden Maßnahmen im Schulalltag.
- (4) Bei schulärztlichen Reihenuntersuchungen nach § 2 Abs. 1 der Verordnung über die Zulassung und die Ausgestaltung von Untersuchungen und Maßnahmen der Schulgesundheitspflege vom 19. Juni 2015 (GVBl. S. 270) werden auch die Impfdaten erhoben. Zudem können die Gesundheitsämter Schulsprechstunden durchführen.“
- c) Der bisherige Abs. 2 wird Abs. 5.

- d) Der bisherige Abs. 3 wird Abs. 6 und nach dem Wort „ist,“ werden die Wörter „Untersuchungen anbieten“ eingefügt sowie die Wörter „beraten, betreuen oder“ durch „beraten und“ ersetzt.
 - e) Als Abs. 7 wird eingefügt:

„(7) Die Gesundheitsämter sind bei Kindern und Jugendlichen präventiv oder anlassbezogen im Sinne des Kinderschutzes tätig. Dabei arbeiten sie eng mit den Trägern der Jugendhilfe, insbesondere auch mit den Netzwerken Frühe Hilfen, zusammen.“
 - f) Der bisherige Abs. 4 wird Abs. 8.
 - g) Der bisherige Abs. 5 wird Abs. 9 und in Satz 1 wird die Angabe „Die nach Abs.1“ durch „Die nach Abs. 2 und 4“ und die Angabe „1 Satz 3“ durch „2 Satz 3 und 4“ ersetzt.
13. § 11 wird wie folgt geändert:
- a) Dem Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

„Die Ergebnisse der Untersuchungen werden dokumentiert und statistisch ausgewertet, um die Entwicklung der Zahngesundheit bei Kindern beobachten und beurteilen zu können.“
 - b) In Abs. 4 wird die Angabe „4 und 5“ durch „8 und 9“ ersetzt.
14. § 12 Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:
- „Wer
1. einen Beruf des Gesundheitswesens selbstständig ausüben will,
 2. Angehörige der Berufe des Gesundheitswesens beschäftigt oder beschäftigen will oder
 3. eine Tätigkeit nach dem Heilpraktikergesetz in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 2122-2, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Gesetz vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191), ausüben will,
- hat Beginn und Ende dieser Tätigkeit innerhalb eines Monats dem für den Ort der Niederlassung zuständigen Gesundheitsamt anzuzeigen.“
15. § 14 wird wie folgt geändert:
- a) In der Überschrift wird das Wort „Untersuchungen“ durch „Begutachtungen“ ersetzt.
 - b) Abs. 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Untersuchungen“ das Komma und das Wort „Begutachtungen“ gestrichen.
 - bb) In Satz 2 werden nach dem Wort „Untersuchung“ die Wörter „oder Überprüfung“ eingefügt.
16. § 15 Abs. 1 wird wie folgt geändert:
- a) In Nr. 1 wird das Wort „umweltbezogenen“ durch die Wörter „umwelt- und klimabezogenen“ ersetzt.
 - b) In Nr. 2 werden nach dem Wort „Infektionskrankheiten“ ein Komma und die Wörter „zur Art der Ausbreitung oder im Rahmen von Ausbruchsuntersuchungen“ eingefügt.
 - c) In Nr. 5 wird das Wort „besonderen“ durch „schwerwiegenden“ ersetzt und werden nach dem Komma die Wörter „insbesondere im Rahmen der Krankenhaushygiene,“ angefügt.
 - d) In Nr. 6 werden nach dem Wort „Untersuchungen“ die Wörter „und Studien“ eingefügt.
17. In § 16 Abs.3 Satz 2 werden nach der Angabe „(BGBl. I S. 1604)“ ein Komma und die Angabe „geändert durch Gesetz vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018)“ eingefügt.
18. In § 17 Abs. 2 Satz 2 wird die Angabe „10. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2128)“ durch „25. Juni 2021 (BGBl. I S. 2099)“ ersetzt.

19. § 18 wird wie folgt geändert:
- a) In Abs. 2 werden nach dem Wort „Geburtstag,“ die Wörter „die Schulklassenzugehörigkeit,“ und nach dem Wort „Jahrgangs“ ein Komma und die Wörter „die Anschrift einschließlich der Telefonnummer sowie der E-Mail-Adresse der Personensorgeberechtigten“ eingefügt.
 - b) Als neuer Abs. 4 wird eingefügt:
„(4) Impfdaten, die nach § 10 Abs. 2 Satz 4 und Abs. 4 Satz 1 erfasst werden, dürfen zum Zwecke des Infektionsschutzes verarbeitet werden, um im Bedarfsfall schnellstmöglich geeignete Maßnahmen einleiten zu können.“
 - c) Der bisherige Abs. 4 wird Abs. 5.
20. Als neuer § 22a wird eingefügt:

„§ 22a
Eilverkündung

Verordnungen über Gebote oder Verbote zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, die aufgrund des § 32 Satz 1 in Verbindung mit den §§ 28 bis 31 des Infektionsschutzgesetzes erlassen werden, können anstelle der Verkündung im Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Hessen nach § 1 Abs. 1 des Verkündungsgesetzes vom 2. November 1971 (GVBl. I S. 258), zuletzt geändert durch Gesetz vom 13. Dezember 2012 (GVBl. S. 622), auf der Internetseite „www.hessen.de/verkuendung“ amtlich bekanntgemacht werden (Eilverkündung). Eine Verkündung nach § 1 Abs. 1 des Verkündungsgesetzes ist unverzüglich nachzuholen; dabei ist auf den Tag der vorangegangenen Eilverkündung hinzuweisen. Im Fall einer Eilverkündung steht die Bereitstellung der Verordnung in elektronischer Form auf der Internetseite der Ausgabe des Verkündungsblatts nach § 1 Abs. 1 des Verkündungsgesetzes gleich.“

21. In § 24 Satz 2 wird die Angabe „2021“ durch „2024“ ersetzt.

Artikel 2

Dem § 7 des Verkündungsgesetzes vom 2. November 1971 (GVBl. I S. 258), zuletzt geändert durch Gesetz vom 13. Dezember 2012 (GVBl. S. 622), wird als Abs. 3 angefügt:

„(3) § 22a des Hessischen Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst vom 28. September 2007 (GVBl. I S. 659), zuletzt geändert durch Gesetz vom ... [*einsetzen: Ausfertigungsdatum und Fundstelle dieses Gesetzes*], bleibt unberührt.“

Artikel 3

Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Begründung

A Allgemeines

Das Hessische Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst wurde im Jahr 2007 erlassen und im Jahr 2018 evaluiert sowie nochmals in einem gemeinsamen Workshop mit allen Akteuren im Oktober 2020 um die Erfahrungen aus der noch anhaltende pandemischen Lage mit dem Virus SARS-CoV-2 ergänzt.

Aufgrund des durch die aktuelle Befristung des Gesetzes vorgegeben Evaluierungszeitraums beschränkt sich der Gesetzentwurf auf kurzfristig umsetzbare und punktuelle Änderungen, die sich aus einer vorläufigen Bewertung erster Erkenntnisse aus der noch andauernden Corona-Pandemie ergeben. Eine umfassende Überarbeitung des Gesetzes muss einer grundlegenden Evaluierung auf der Grundlage einer umfassenden Analyse der administrativen Maßnahmen zur Bewältigung der Corona-Pandemie vorbehalten bleiben.

Es wurde aber deutlich, dass der öffentliche Gesundheitsdienst, insbesondere die Gesundheitsämter, im Kampf gegen die Pandemie eine tragende Rolle des Bevölkerungsschutzes hat.

Aber auch außerhalb der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten wirkt der öffentliche Gesundheitsdienst maßgeblich beim Erhalt und Stärkung der Lebensqualität, Selbstbestimmung und sozialen Teilhabe aller Bevölkerungsgruppen mit.

Dafür nimmt der öffentliche Gesundheitsdienst als fachliche Institution für Bevölkerungsmedizin und Gesundheitsstrategieentwicklung hoheitliche Aufgaben wahr und arbeitet sozialkompensatorisch, planerisch und gestalterisch, um gesundheitliche Chancengerechtigkeit und bestmögliche Gesundheit für alle zu ermöglichen. Er arbeitet wissenschaftsbasiert mit multiprofessionellen Teams. Er orientiert sich sowohl an den globalen als auch lokalen gesundheitlichen Herausforderungen.

Die vorliegenden Änderungen haben vor allem das Ziel, den Aufbau des öffentlichen Gesundheitsdienstes noch klarer zu strukturieren, seine Aufgaben deutlicher hervorzuheben und für die kommenden Herausforderungen zu stärken. Die Städte und Kreise müssen sich vermehrt mit Fragen der Versorgung, Gesundheitsförderung und Prävention befassen. Auf kommunaler Ebene bestehen zurzeit nur wenige koordinierende Strukturen. Die Gesetzesänderung reagiert auch auf diese veränderten Anforderungen und sieht die flächendeckende Etablierung solcher Struktur vor.

Die Definition von Gesundheitsberichterstattung ist den Ergebnissen einer Hamburger Arbeitsgruppe entlehnt. Zu betonen ist die Notwendigkeit der Ermittlung von Handlungsbedarfen im jeweiligen lokalen Umfeld in Abgrenzung zur Medizinalstatistik. Die Gesundheitsberichterstattung ermöglicht die differenzierte Betrachtung von Bevölkerungsgruppen sowie der gesundheitlichen Versorgung. Sie bildet die Grundlage der Gesundheitsstrategie auf lokaler Ebene.

Das gemeinsame Ziel von Gesundheitsförderung und Prävention ist der Gewinn an Gesundheit, sie unterscheiden sich aber in den Ansätzen.

Im Vordergrund der Gesundheitsförderung steht die Stärkung individueller Ressourcen v. a. durch die Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen in den einzelnen Lebenswelten. Gesundheitsförderung wurde als Mittel zur Erreichung eines höchstmöglichen Grades an Gesundheit in der Bevölkerung schon 1988 in der Ottawa-Charta international anerkannt und durch die WHO-Mitgliedsstaaten mehrmals bestätigt, zuletzt 2013 in Shanghai.

Prävention orientiert sich an den Risiken von Erkrankungen und versucht, krankmachende Rahmenbedingungen und risikobehaftetes individuelles Verhalten zu verändern. Der Ansatzpunkt ist damit die Krankheitsursache. Im Idealfall sollten sich Gesundheitsförderungs- und Präventionsstrategien ergänzen.

Der Begriff der Versorgung wurde bewusst weit gewählt, da die unterschiedlichen Bereiche (z.B. ambulant ärztlich, stationär, pflegerisch, psychosozial, pharmazeutisch, Hebammen) sich gegenseitig beeinflussen. Gesundheitsförderung und Versorgung ergänzen sich mit dem Ziel einer besseren Gesundheit der Bevölkerung. Ein besonderes Augenmerk des ÖGD liegt darauf, die gesundheitlichen Chancen für Menschen in sozioökonomischen Risikolagen zu erhöhen. Präventive Angebote und Maßnahmen werden hierfür über kommunale Ressortgrenzen hinweg und unter Einbeziehung verwaltungsexterner Akteure sowie der Zielgruppen aufeinander abgestimmt.

B Zu den einzelnen Änderungen

Zu Art. 1

Zu Nr. 1

Redaktionelle Änderungen.

Zu Nr. 2

Die Übersicht der Aufgaben des ÖGD im § 1 wird neu und übersichtlich strukturiert, präzisiert, enthält aber keine neuen Aufgaben.

Die Ziele wurden dem GMK-Beschluss 2018 angepasst. Des Weiteren erfolgten stilistische Änderungen zur Präzisierung des Auftrags sowie eine modernere und im Bund konsenterte Aufgabenbeschreibung des ÖGD.

In der medizinischen Fachsprache werden die Begriffe wie folgt verwendet:

1. Gesundheit

Entsprechend der Definition der WHO ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.

2. Gesundheitsstrategie

Ist das Ergebnis eines langfristig angelegten interdisziplinären und partizipativen Prozesses, durch den die Handlungsfelder Gesundheitsförderung und Prävention sowie Versorgung gesteuert und koordiniert werden. Grundlage von Gesundheitsstrategien sind Ergebnisse der Gesundheitsberichterstattung.

3. Gesundheitsberichterstattung

Ist eine Lagebeschreibung und Ermittlung von vordringlichen Handlungsbedarfen im Hinblick auf die gesundheitliche Lage und Versorgung von Bevölkerungsgruppen im jeweiligen Zuständigkeitsbereich.

4. Gesundheitsförderung

Ist die Gesamtheit aller Maßnahmen, die es den Menschen ermöglichen, sich gesünder zu verhalten. Dies beinhaltet sowohl die Stärkung von individuellen Fähigkeiten der Lebensbewältigung, von Schutzfaktoren und Ressourcen als auch die Schaffung einer die Gesundheit fördernden physischen und sozialen Umwelt.

5. Prävention

Ist die Gesamtheit aller individuellen und strukturellen Maßnahmen, die eine gesundheitliche Schädigung verhindern, weniger wahrscheinlich machen oder verzögern. Dabei handelt es sich sowohl um Verhaltens- als auch Verhältnisprävention.

6. Versorgung

Ist die Gesamtheit aller Rahmenbedingungen, Institutionen und Berufsgruppen der Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Pflege.

7. Gesundheitliche Chancengleichheit

Ist eine gerechte Verteilung von gesundheitsbezogenen Zugangswegen und Lebenschancen.

Zu Nr. 3

Der ehemalige Abs. 3 wird gestrichen und in einem neuen § 3 „Ausstattung der Gesundheitsämter“ geregelt.

Im neuen Abs. 4 werden die aktuellen Erfahrungen aus der SARS-CoV-2-Pandemie einbezogen. Diese haben gezeigt, dass die Aufsichtsbehörden in besonderen Fällen bei Gefahr im Verzug, in diesem Fall bei unmittelbar drohenden erheblichen Gefahren für die Gesundheit der Bevölkerung ein Selbsteintrittsrecht benötigen, weil die unteren Gesundheitsbehörden z.B. nicht oder nicht rechtzeitig erreichbar sind.

Zu Nr. 4

Klarstellung der personellen Besetzung und deren Verpflichtung zur Fort- und Weiterbildung in den Gesundheitsämtern. Die ausreichende Zahl des erforderlichen Fachpersonals hat sich an dem laut „Leitbild für einen modernen öffentlichen Gesundheitsdienst“ relevanten Kernaufgaben zu orientieren.

Die sich aus dem Infektionsschutzgesetz ergebende Verpflichtung zur Sicherstellung der Rufbereitschaft außerhalb der üblichen Dienstzeiten wird klarstellend aufgenommen. Für Eilmaßnahmen in besonderen Gefahrenlagen müssen die Gesundheitsämter eine ständige Erreichbarkeit für Einsatzkräfte und Behörden gewährleisten. Nicht notwendig ist eine ständige Erreichbarkeit für die Bevölkerung.

In einigen Fachgesetzen wird auf die Amtsärztin oder den Amtsarzt bzw. amtsärztliche Begutachtungen verwiesen, so z.B. in § 111 Hessisches Beamtenengesetz vom 23. Mai 2013 (GVBl. S. 218), zuletzt geändert durch Gesetz vom 7. Mai 2020 (GVBl. S. 318). Die Neuformulierung in Abs. 4 dient der Klarstellung, dass alle im Gesundheitsamt tätigen Ärztinnen und Ärzte neben der Amtsleitung Amtsärztinnen und Amtsärzte sind. Dies gilt auch für die Zahnärztinnen und Zahnärzte, die unter den Begriff „Ärztinnen und Ärzte“ fallen. Ärztinnen und Ärzte in anderen Behörden sind keine Amtsärzte, es sei denn, sie sind aufgrund eines Gesetzes hierzu besonders befugt.

Zu Nr. 5

Redaktionelle Änderungen in Abs.1 und Abs. 2.

Zu Nr. 6

Der Wortlaut des bisherigen § 5 wird im Gesetz ersatzlos gestrichen. Die besonderen Zuständigkeiten der Gesundheitsbehörden werden der Übersichtlichkeit wegen künftig nur noch in der Rechtsverordnung geregelt. Derzeit sind Zuständigkeiten der Gesundheitsbehörden im Gesetz sowie in der Verordnung zur Bestimmung von Zuständigkeiten nach dem Arzneimittelrecht, nach dem Heilpraktikerrecht sowie in der staatlichen Gesundheitsverwaltung vom 13. Mai 2011 (GVBl. I S. 195), zuletzt geändert durch Verordnung vom 31. Oktober 2016 (GVBl. S. 190), geregelt. Die besonderen Zuständigkeiten sollen nunmehr in der Verordnung zusammengeführt werden. Dabei kann dann auch auf geänderte Aufgaben der Behörden schnell reagiert werden.

Aufgrund der Erfahrungen der SARS-CoV-2-Pandemie werden die bereits gesetzliche verankerten vorzubereitenden Maßnahmen klarstellend um die Aspekte der Bevorratung angemessener Schutzkleidung für das Personal der Gesundheitsämter und der Schaffung präventiver Strukturen zur Bewältigung von Epidemien und Pandemien auf lokaler Ebene ergänzt.

Zu Nr. 7

Die Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes sollen stärker zusammenarbeiten.

Es wird in Abs. 3 die Möglichkeit geschaffen, dass benachbarte Gesundheitsämter durch öffentlich-rechtliche Vereinbarung einzelne Aufgaben gemeinsam oder füreinander wahrnehmen. Dies kann insbesondere für die Rufbereitschaft genutzt werden und so zur Entlastung der Gesundheitsämter führen.

Zu Nr. 8

Abs. 1 dient der Klarstellung der Aufgaben der Gesundheitsämter, bereits im Vorfeld die Entwicklung potenzieller Krankheiten zu beobachten und zu bewerten.

Die Erfassung der Impfdaten in Abs. 3 und 4 durch die Gesundheitsämter im Rahmen ihrer Aufgabenwahrnehmung verfolgt das Ziel einer aussagefähigen Impfsurveillance.

Zu Nr. 9

Mit den Änderungen erfolgt eine Anpassung an den aktuellen Wissensstand dieser Bereiche unter besonderer Berücksichtigung der Bedarfe vulnerabler Zielgruppen (z.B. Gewaltprävention für Kinder und Frauen).

Zur Strategieentwicklung als eine Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes gehören insbesondere das Aufzeigen von Problemfeldern, die Festlegung von kommunalen Gesundheitszielen, die Abstimmung und Festlegung des kommunalen Koordinierungs- und Vernetzungsbedarfes und die Koordinierung der erarbeiteten Lösungsansätze. Die Gesundheitsämter wirken bei der Steuerung der chancengerechten Verteilung der Angebote von Gesundheitsförderung und Prävention mit. Dies beinhaltet insbesondere lebensweltbezogene Ansätze und Maßnahmen nach dem Präventionsgesetz. Die Gesundheitsämter tragen in Zusammenarbeit mit anderen Stellen zur Weiterentwicklung einer vernetzten ambulanten und stationären medizinischen und pflegerischen Versorgungsstruktur bei.

In Abs. 8 wurde neu die Möglichkeit zur Bildung sog. „Kommunaler Gesundheitskonferenzen“ aufgenommen. Damit wird der Forderung der Kommunen entsprochen, eine Ergänzung zu den kreisübergreifenden Gesundheitskonferenzen nach dem Hessischen Gesetz zur Bildung eines Gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch § 90a SGB V Diskussionsplattformen auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte zu etablieren, um auf dieser Ebene regionale Versorgungsthemen zu erörtern und Maßnahmen zu initiieren. Hierzu gehört insbesondere, dass die Kommunale Gesundheitskonferenz Themenschwerpunkte für die Gesundheitsberichterstattung und die Erhebung von Versorgungsdaten vorschlagen kann.

Parallel wird auf der interkommunalen Ebene in Abs. 9 eine regionale Vernetzung der Gesundheitsämter innerhalb der nach dem Krankenhausgesetz begründeten Versorgungsgebiete gefördert. Diese haben insbesondere die Aufgabe, die kreisübergreifende Entwicklung aus der Sicht des ÖGD zu beobachten und gemeinsame Handlungsmaßnahmen zu erarbeiten. Ziel ist es, die Erfahrungen und Maßnahmen auf der kommunalen Ebene durch die Kommunalen Gesundheitskonferenzen auf der überregionalen Eben einfließen zu lassen. Diese können dann auch in Vorschlägen des ÖGD für die Gesundheitskonferenzen nach dem Gesetz zur Bildung von Gremien zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung münden. Die Zuständigkeit für die Leitung dieser regionalen Netzwerke wird durch RVO geregelt.

Zu Nr. 10

Mit der Änderung werden auch Einwirkungen des Klimas auf die menschliche Gesundheit aufgenommen.

Zu Nr. 11

Die Änderung dient der Klarstellung, dass auch die auf der Grundlage des Infektionsschutzgesetzes erlassenen Rechtsverordnungen maßgeblich sind (so z.B. Hessische Hygieneverordnung vom 01.12.2011 (GVBl. I. S. 737), zuletzt geändert durch VO vom 11.12.2018 (GVBl. S. 726).

Im Übrigen redaktionelle Änderung.

Zu Nr. 12

Mit den Änderungen werden die Maßnahmen der Schulgesundheitspflege konkretisiert. Die Verwendung der bei der Einschulungsuntersuchung erhobenen Impfdaten nach § 34 Abs. 11 IfSG auch zum Zwecke des Infektionsschutzes wird neu aufgenommen. Damit wird ein zeitnahes Management bei Auftreten von Masern, Windpocken und sonstigen impfpräventablen Krankheiten in Kindergemeinschaftseinrichtungen (z.B. Horten) und Schulen unterstützt.

Zu Nr. 13

Klarstellend wird aufgenommen, dass auch die Einzeluntersuchungen zu dokumentieren und statistisch auszuwerten sind und damit den Vorgaben im Abs. 3 angepasst.

Im Übrigen redaktionelle Änderungen.

Zu Nr. 14

Neu aufgenommen wird, dass Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker den Beginn und das Ende ihrer Tätigkeit beim örtlichen Gesundheitsamt anzuzeigen haben. Nach der Infektionshygieneverordnung vom 18.02.2003 (GVBl. I S. 121), zuletzt geändert durch VO vom 8.12.2017 (GVBl. S. 453), sind diese Praxen von den Gesundheitsämtern zu überwachen. Mit der Anzeigepflicht erlangen die Gesundheitsämter die notwendigen Kenntnisse über die überwachungspflichtigen Praxen.

Zu Nr. 15

Die Änderung dient der Klarstellung. Die unterschiedlichen Begriffe führen in der Praxis immer wieder zu Irritationen. Mit der Änderung soll klargestellt werden, dass der Untersuchungsauftrag umfassend ist, unabhängig davon, wie der Auftrag bezeichnet wird.

Zu Nr. 16

Mit der Änderung erfolgt eine Konkretisierung der Aufgaben des Hessischen Landesprüfungs- und Untersuchungsamtes im Gesundheitswesen (HLPUG). Die Aufgabenschwerpunkte Ausbruchuntersuchungen, wissenschaftliche Beratung des HMSI sowie die Auswertung und Analyse von Gesundheits- und Versorgungsdaten werden herausgestellt.

Zu Nr. 17

Redaktionelle Änderung.

Zu Nr. 18

Redaktionelle Änderung.

Zu Nr. 19

Notwendige datenschutzrechtliche Anpassung, um den Ärztinnen und Ärzten bei der Erfüllung ihrer Aufgaben eine schnelle Kontaktaufnahme mit den Personensorgeberechtigten bzw. im Ausbruchfall das schnelle Einleiten geeigneter Maßnahmen zu ermöglichen.

Im Übrigen redaktionelle Änderungen.

Zu Nr. 20

Rechtsverordnungen müssen nach § 1 Abs. 1 des Verkündungsgesetzes im Gesetz- und Verordnungsblatt verkündet werden. Dies erfordert nach Ausfertigung der Verordnung eine Herstellung des Verkündungsblattes in einer Druckerei und die Aufgabe der gedruckten Exemplare bei der Post. Diese Verkündungsschritte sind nach geltendem Recht zwingende Voraussetzung einer rechtswirksamen Verkündung. Sie kosten indes Zeit und bewirken, dass der Ordnungsgeber auf die sehr dynamische Entwicklung des Infektionsgeschehens – wie der SARS-CoV-2-Pandemie – stets nur mit entsprechender Verzögerung reagieren kann. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf soll deshalb vorsorglich eine Grundlage für die elektronische Eilverkündung jener Verordnungen geschaffen werden, die in Hessen zur wirksamen Eindämmung von Pandemien erlassen werden. Da sich die strengen Voraussetzungen einer Eilverkündung nach § 7 Abs. 1 des Verkündungsgesetzes in der Verkündungspraxis als zu eng erwiesen haben, soll die Möglichkeit zur Eilverkündung nach Möglichkeit noch innerhalb der aktuellen Corona-Pandemie geschaffen werden.

Zu Nr. 21

Die Änderung regelt die Verlängerung der Geltungsdauer des Gesetzes um drei Jahre.

Zu Art. 2

Redaktionelle Folgeänderung des Verkündigungsgesetzes zur Klarstellung, dass es sich bei dem neuen § 22a HGöGD um eine bereichsspezifische Eilverkündungsvorschrift handelt.

Zu Art. 3

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten des Gesetzes.

Wiesbaden, 3. September 2021

Der Hessische Ministerpräsident

Volker Bouffier

Der Hessische Minister
für Soziales und Integration
Kai Klose