THÜRINGER LANDTAG
8. Wahlperiode

Drucksache 8/3713
16.06.2026

G e s e t z e n t w u r f

der Landesregierung

Thüringer Gesetz zur Neuregelung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

A. Problem und Regelungsbedürfnis

Der Schutz der Gesundheit der und des Einzelnen ist mittlerweile ein selbstverständliches Recht. Dieser verteilt sich auf drei Säulen: die ambulante, die stationäre Versorgung und den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD). Letzterer ist der staatliche Garant für den Gesundheitsschutz der Bevölkerung, der sich dabei auch der Hilfe und Unterstützung von freien Trägern bedient. Folgerichtig wurde auf der 98. Gesundheitsministerkonferenz nochmals klargestellt, dass der Fokus auf eine systematische und zielgerichtete Stärkung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen gelegt werden muss, weil diese wesentliche Elemente des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sind.

Die Grundsätze des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Thüringen finden sich in der Verordnung über den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Aufgaben der Gesundheitsämter in den Landkreisen und kreisfreien Städten in der im Gesetz- und Verordnungsblatt für den Freistaat Thüringen veröffentlichten bereinigten Fassung (GVBl. 1998 S. 337). Diese Regelungen haben sich über fast drei Jahrzehnte als stabile Grundlage erwiesen. Jedoch haben sich die Anforderungen an die Aufgabenerfüllung seitdem deutlich geändert und das Bedürfnis nach Digitalisierung wurde von der Verordnung über den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Aufgaben der Gesundheitsämter in den Landkreisen und kreisfreien Städten noch nicht erkannt.

Dabei hat insbesondere die Corona-Pandemie auch Schwächen in der praktischen Handhabung der Gesundheitsdienstverordnung aufgezeigt, da wegen der offenen Formulierungen die zuständigen Akteure nur umständlich identifiziert werden können. Die Auseinandersetzung mit den Folgen der Covid-19-Pandemie hat zu einer kritischen Prüfung der rechtlichen Grundlagen geführt. Dabei fordert der Rechtsstaat eine genaue Darlegung seiner Handlungsbefugnisse und Niederlegung dieser im Gesetz (Parlamentsvorbehalt und dem Vorbehalt des Gesetzes). Die Verordnung ist dahin gehend verschiedentlich ausgelegt worden, was die Handlungs- und Reaktionsfähigkeit der Behörden eingeschränkt hat.

Daher müssen die Anforderungen an den modernen und zukunftsorientierten Gesundheitsdienst auf eine rechtssichere Basis von Gesetzesrang gestellt werden.

Vorabdruck bereitgestellt am 19. Juni 2026

Druck: Thüringer Landtag, 23. Juli 2026

Die Notwendigkeit einer gesetzlichen Regelung ergibt sich dabei jedoch nicht bereits aus dem Erlasszeitpunkt der Rechtsgrundlage und den Lehren aus der Corona-Pandemie, sondern auch aus dem Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz 2018 zu einem Leitbild für einen modernen Gesundheitsdienst. In der Präambel des Leitbilds heißt es, dass der Öffentliche Gesundheitsdienst ein zentraler Akteur der öffentlichen Sorge um die Gesundheit aller ist und „eine Brücke zwischen Theorie und Praxis ebenso wie zwischen Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung“ schlägt. Nach dem Leitbild sind die Kernaufgaben insbesondere der Gesundheitsschutz, die Beratung und Information, Gesundheitsförderung und Prävention, niedrigschwellige Angebote aber auch Koordination, Kommunikation, Moderation, Qualitätssicherung und Politikberatung. Dabei sollen die Handelnden im Öffentlichen Gesundheitsdienst bei der Aufgabenerfüllung sozialkompensatorisch, gemeinwohlorientiert und frei von kommerziellen Interessen arbeiten. Dieser Health in/for all Policies-Ansatz wurde zuletzt auf der 98. Gesundheitskonferenz nochmals hinsichtlich der Maßnahmen in verschiedenen Politikbereichen betont, da durch die Förderung von Synergien nicht nur Gesundheitsrisiken gemindert werden können, sondern, wie etwa im Falle der Umweltpolitik, auch die gesellschaftliche Akzeptanz von Klimaschutz- und Klimaanpassungsmaßnahmen gesteigert werden. Diese Verzahnung zwischen den verschiedenen Politikfeldern findet nicht nur auf horizontaler Ebene statt, sondern wirkt auch in vertikaler Richtung zwischen den Verwaltungsebenen. Deswegen ist die Einbeziehung und Unterstützung der Kommunen bei der Bewältigung der Aufgaben im Öffentlichen Gesundheitsdienst wesentlich für das Gelingen einer präventiven und nachhaltigen Gesundheitsförderung.

All diese Erfordernisse bedürfen einer gesetzlichen Grundlage, um den in Artikel 44 der Verfassung des Freistaats Thüringen geltenden Prinzipien gerecht zu werden, insbesondere dem Vorbehalt des Gesetzes.

B. Lösung

Die bestehenden Regelungen auf Verordnungsebene müssen folglich durch ein Gesetz abgelöst werden, welches dem im Laufe von drei Jahrzehnten erfolgten Wandel im Öffentlichen Gesundheitsdienst gerecht wird. Durch das Gesetz werden Aufgaben und Befugnisse, insbesondere der unteren Gesundheitsbehörden, konkret beschrieben, moderne Aufgabenfelder im Bereich der oberen Landesbehörde definiert sowie aufgenommen und der Öffentliche Gesundheitsdienst in moderne, digitale Strukturen eingebettet.

Damit stärkt das Thüringer Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst die Beteiligten in ihrer Aufgabenwahrnehmung auf allen Verwaltungsebenen und sie können auf akute und zukünftige Herausforderungen besser reagieren.

Deswegen ist es sinnvoll, dass die Strukturen des Öffentlichen Gesundheitsdiensts ebenso angepasst werden und der Bereich des Öffentlichen Gesundheitsdienstes aus dem Thüringer Landesverwaltungsamt herausgelöst und sich zukünftig im Geschäftsbereich des für den Öffentlichen Gesundheitsdienst zuständigen Ministeriums und dort im Thüringer Landesamt für Verbraucherschutz wiederfinden wird.

Die im Gesetz vorgenommene Konkretisierung der Aufgaben und die Anforderungen an die Aufgabenerfüllung findet sich in dieser Deutlichkeit nicht in der Verordnung über den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Aufgaben der Gesundheitsämter in den Landkreisen und kreis-

freien Städten wieder. Sie sind aber gelebte Praxis. Insoweit verfestigt das Thüringer Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst die bestehende Anwendungspraxis und gießt sie in Gesetzesform.

Bekannte Forderungen an einen modernen Gesundheitsdienst, wie etwa eine kritische Aufgabenanalyse, wurden inzident mit der Erarbeitung des Gesetzentwurfs durchgeführt und diesem zu Grunde gelegt.

In Zuge dessen wurden stets unter Berücksichtigung des Leitbildes für einen modernen Gesundheitsdienst insbesondere nachfolgende Schwerpunkte umgesetzt.

Die Digitalisierung von Verwaltungsprozessen ist in der modernen Verwaltung nicht mehr wegzudenken. Es darf sich dabei nicht um eine 1:1 Umsetzung der physischen Vorgänge handeln, denn damit werden keine Verbesserungen erreicht. Die Möglichkeiten der digitalen Kommunikation und des Austausches sollen die Informationsflüsse beschleunigen und Verwaltungswege verkürzen, weshalb diese daran zu messen sind, welches Ziel sie erreichen sollen und wie diese mit Hilfe der digitalen Möglichkeiten sinnvoll erreicht werden können.

Der Einsatz von KI-Systemen wird im Gesetz nicht ausgeschlossen und kann in der Praxis Anwendung finden. Dabei steht jedoch die praktische Prüfung der Möglichkeiten noch aus. Insoweit wird durch die Verordnungsermächtigung der Verwaltung ein flexibles Instrument bezüglich des genauen Einsatzes von IT-Strukturen gegeben. Die Datenschutz-Grundverordnung im Besonderen und datenschutzrechtliche Belange im Allgemeinen werden im Gesetzentwurf aufgegriffen, da die Gesundheitsdaten der Betroffenen besonders schützenswert sind. Dies gilt vor allem in Anbetracht der eingeräumten Nutzungsmöglichkeiten für die Wissenschaft und Forschung. Dabei leistet die Wissenschaft und Forschung einen wichtigen Beitrag für den Wirksamkeitsnachweis komplexer Interventionen in der Prävention und Gesundheitsförderung und ist auf die Datenverfügbarkeit angewiesen.

Im Zuge der Auseinandersetzung mit den Folgen der Corona-Pandemie hat sich gezeigt, dass eine Bündelung von Kompetenzen notwendig und der stete Austausch von Informationen zwischen den unteren Gesundheitsbehörden erforderlich ist.

Die Eingliederung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Thüringer Landesamt für Verbraucherschutz ist Ergebnis dieser Zweckmäßigkeitserwägung.

Dieser neue strukturelle Aufbau im Bereich des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, verbunden mit einem informationstechnologischen Unterbau, sorgt für eine flexible und zukunftsfeste Aufstellung der Thüringer Verwaltung im Bereich des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Das Problem des allgemeinen bestehenden Bedarfs an Fach- und Arbeitskräften wird im Gesetzentwurf aufgegriffen. Die obere Gesundheitsbehörde hat, entsprechend ihrer zentralen Verwaltungsfunktion, die Aufgabe, Konzepte für die Personalgewinnung, -bindung und -haltung zu erarbeiten und die untere Gesundheitsbehörde bei der Personalgewinnung zu unterstützen, sofern dieser Beratungsbedarf besteht. Aufgrund des Fachkräftemangels, insbesondere im ärztlichen Bereich, und um einem umfassenden Gesundheitsverständnis gerecht zu werden, muss der Öffentliche Gesundheitsdienst multiprofessionell ausgerichtet werden. Das heißt, die unterschiedlichen Professionen und Fachdisziplinen im

Öffentlichen Gesundheitsdienst müssen noch enger zusammenarbeiten und Tätigkeiten, die bisher streng an vorgegebene Berufsgruppen gebunden waren, können teilweise auch von anderen Professionen übernommen werden. Nach Einschätzung des ÖGD-Expertenbeirates beim Bundesgesundheitsministerium werden künftig vermehrt Berufsgruppen mit Abschlüssen in Gesundheitswissenschaften/Public Health, naturwissenschaftlichen oder sozialwissenschaftlichen Disziplinen benötigt, um den weiteren Herausforderungen gerecht zu werden. Beispielsweise bei der Gestaltung dieses Prozesses und der Erstellung von Muster-Stellen- beziehungsweise Kompetenzprofilen können die Landkreise und kreisfreien Städte entlastet werden. Damit kann sichergestellt werden, dass langwierige Vorlaufprozesse entfallen und die Verwaltung von Doppelstrukturen befreit werden. Dabei werden die unteren Gesundheitsbehörden immer noch in die Lage versetzt, ihre individuellen Bedürfnisse einzuarbeiten und ihre eigenen Rechte zu wahren.

Für die Personalbindung ist entscheidend, dass es individuelle Möglichkeiten der Fort- und Weiterbildung und somit auch Entwicklungsmöglichkeiten gibt, weshalb dieser Anspruch im Gesetz festgeschrieben wird. Ohnehin ist eine stete Fort- und Weiterbildung wichtig, um die Qualität der Arbeit auf einem festen, hohem Niveau zu halten.

Die Jahresberichterstattung wird gesetzlich festgeschrieben, denn es hat sich als Analyseinstrument in der Vergangenheit bewährt. Diese bisher auf behördlicher Praxis beruhende Analyse der Fachaufsicht sichert das frühzeitige Erkennen von Entwicklungen und Problemlagen vor allem in den unteren Gesundheitsbehörden und stellt sich damit als ein probates Mittel der Qualitätssicherung dar.

Die Abwehr einer erheblichen gesundheitlichen Gefahr für Leib und Leben der Bevölkerung wird für die unteren Gesundheitsbehörden als Aufgabe im übertragenen Wirkungskreis hinzukommen, zugleich ist damit ein Kompetenzproblem beseitigt und schafft Rechtssicherheit bei der Aufgabenwahrnehmung.

C. Alternativen

Um das Regelungsziel zu erreichen, bestehen keine Alternativen.

D. Kosten

I. Allgemeine Aussagen zu Ausgabenentwicklungen

Das Thüringer Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst wird eine fast 30 Jahre alte Regelung ablösen. Vieles, was sich in der alltäglichen Arbeit etabliert hat, wird sich nicht ändern, gleichwohl kann es wegen der teilweise nun detailliert festgeschriebenen Aufgaben den Anschein erwecken, dass es sich dabei um Standarderhöhungen handelt, die zu Mehrausgaben führen.

Dem ist nicht so. Der Gesetzesentwurf gibt den Stand der Wissenschaft wieder. Das bedeutet, dass natürlich auch die Gesundheitsbehörden bisher nach diesem Stand zu arbeiten hatten und weiterhin arbeiten werden. Insbesondere werden die Erfahrungen aus der Corona-Pandemie und daraus resultierende Schlussfolgerungen für den Öffentlichen Gesundheitsdienst eingearbeitet.

Im Folgenden werden die mit Ausgaben verbundenen Aufgaben und Befugnisse nach Ausgabensteigerungen, Ausgabenreduzierungen sowie

ausgabenneutralen Regelungen differenziert betrachtet. Zudem wird differenziert nach Ausgaben die dem Land (oberste beziehungsweise obere Landesbehörde) oder den Kommunen (untere Gesundheitsbehörden im übertragenen Wirkungskreis beziehungsweise Landkreise und kreisfreie Städte im eigenen Wirkungskreis) zuzurechnen sind.

II. Ausgaben für das Land

1. Ausgabensteigerungen

Artikel 2 - § 5 (Digitale Arbeitsweise, Verordnungsermächtigung)

a) Entwicklungs- und Umsetzungsausgaben

Die Entwicklung der webbasierten zentralen Plattform in Artikel 2 § 5 erfolgt durch Fördermittel aus dem „Förderleitfaden des Bundesministeriums für Gesundheit zur Förderung von Maßnahmen zur Steigerung und Weiterentwicklung des digitalen Reifegrades des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Deutschland“ vom 22. April 2022. Ausgaben aus Landesmitteln entstehen daher nicht.

Die Bereitstellung (Rollout) ist mit Landesmitteln ab April 2026 vorgesehen. Zur Anbindung aller 22 Gesundheitsämter belaufen sich die Ausgaben auf zwischen 1 350 888 Euro und 1 972 663 Euro, je nach Umfang der Anbindung und dem Umfang der Datenmigration.

b) Betriebskosten und eGAT-Leitstelle

Die Betriebskosten der Plattform inklusive Servicemanagement, Pflege, Support und technischem Applikationsmanagement belaufen sich auf derzeit 493 314,45 Euro pro Jahr. Darüber hinaus können je nach Umfang weitere Ausgaben für die Weiterentwicklung anfallen.

Die Personalausgaben für die eGAT-Leitstelle mit insgesamt 4 vollzeitäquivalenten Stellen (1x E12, 3x E11) im Landesamt für Verbraucherschutz belaufen sich auf 333 200 Euro pro Jahr (pro Jahr steigend durch Tarifanpassungen). Die 4 vollzeitäquivalenten Stellen sollen für den Haushalt 2028 als feste Personalstellen angemeldet werden.

Derzeit werden die Aufgaben mit befristeten Projektstellen, mit Unterstützung externer Dienstleister, sowie teilweise durch das zuständige Fachreferat im Ministerium für Soziales, Gesundheit, Arbeit und Familie wahrgenommen.

Diese Maßnahmen wurden im Haushalt für die Jahre 2026/2027 berücksichtigt (Titel 0829 633 73).

Die Ausgaben werden als angemessen und marktüblich angesehen beziehungsweise sind geringer als in anderen Ländern.

Die anfallenden Ausgaben in Bezug auf § 5 in Verbindung mit § 18 für die „Wasserfachanwendung“ sowie für die „Schnittstellenharmonisierung und Austauschplattform Trinkwasserhygiene“- SHAPTH werden ebenfalls als angemessen und marktüblich angesehen. Die Entwicklung der Harmonisierung der Schnittstellenformate/Datenaustauschplattform SHAPTH sowie die Entwicklung des Fachverfahrens „Wasserfachanwendung“ erfolgen durch Fördermittel aus dem „Förderleitfaden des Bundesministeriums für Gesundheit zur Förderung von Maßnahmen zur Steigerung und Weiterentwicklung des digitalen Reifegrades des Öffent-

lichen Gesundheitsdienstes in Deutschland“ vom 22. April 2022. Ausgaben aus Landesmitteln entstehen daher nicht. Im Übrigen sind weitere Betriebsausgaben bereits in der Haushaltsplanung (Titel 1608 632 71) berücksichtigt.

2. Ausgabenneutralität

a) Artikel 1 - § 2 (Zuordnung des Referates 234 des Landesverwaltungsamts zum Landesamt für Verbraucherschutz)

Das Landesamt für Verbraucherschutz soll als neue obere Landesbehörde im Bereich des Öffentlichen Gesundheitsdienstes fungieren. Dazu soll das Referat 234 des Landesverwaltungsamts, zuständig laut Organigramm unter anderem für den Öffentlichen Gesundheitsdienst, Fachaufsichtsbehörde für die unteren Gesundheitsbehörden und auch zuständig für den Vollzug des Infektionsschutzgesetzes, dem Landesamt für Verbraucherschutz zugeordnet werden. Dieser Personal- und Aufgabenübergang bleibt kostenneutral. Durch die damit verbundenen leichteren Durchgriffsrechte im Rahmen der Fachaufsicht sind möglicherweise sogar eher Ausgabenreduzierungen zu erwarten.

b) Artikel 2 - § 6 Abs. 5

Durch die Festlegung in § 6 Abs. 5 Satz 1, wonach die Sitzungen der Landesgesundheitskonferenz mindestens einmal jährlich stattfinden, erfolgt die Festschreibung eines vorhandenen Standards, die sich jedoch nicht kostensteigernd auswirken wird, da die bereits vorhandene und institutionelle geförderte Infrastruktur der AGETHUR genutzt werden kann. Zusätzliche Personal- und Sachausgaben sind mithin nicht zu erwarten.

c) Artikel 2 - § 7

Die mit Artikel 2 § 7 verbundenen Aufgaben und Befugnisse können zwar den Anschein teilweise neuer Aufgaben erwecken, existieren aber spätestens seit der Covid-19-Pandemie und wurden beziehungsweise werden seitdem mit dem vorhandenen Personal erledigt. Soweit einzelne Aufgaben mit dem Gesetz konkreter beschrieben werden (§ 7 Abs. 2 Nr. 5 und 7), werden diese durch das vorhandene Personal bereits kompensiert.

Neben den erwähnten Aufgaben in § 7 sind die anderen Aufgaben der oberen Gesundheitsbehörde bereits in der Verordnung über den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Aufgaben der Gesundheitsämter in den Landkreisen und kreisfreien Städten normiert beziehungsweise handelt es sich um bereits bestehende Aufgaben der Aufsichtsbehörde. Ebenso sind die statistischen Erhebungen und Auswertungen im Sinne des Infektionsschutzes bereits bestehende Aufgaben der oberen Landesbehörde.

Als bereits bestehende Aufgaben wirken sie sich nicht ausgabenmehrend oder -senkend aus.

d) Artikel 2 - § 8

In Artikel 2 § 8 werden Aufgaben im Bereich Personalgewinnung, Personalbindung und Personalentwicklung konstituiert. Diese Aufgaben sind ebenfalls nicht neu. So wurden beispielweise auf Grundlage von Aufgabenanalysen bereits in der Vergangenheit Personalempfehlungen für die Kommunen seitens des Landes ausgesprochen (§ 8 Abs. 2

Satz 2) und im Interesse der Personalgewinnung und Personalbindung auch landesseitig Maßnahmen ergriffen (wie zum Beispiel Erstattung von Aufwendungen an Kommunen zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Personalausstattung im Öffentlichen Gesundheitsdienst in Thüringen – Titel 0829 633 05 oder Maßnahmen zur Stärkung und Weiterentwicklung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Thüringen – Titel 0829 633 73 oder der sogenannte ÖGD Pakt). Basis hierfür sind jeweils natürlich entsprechende Analysen zur Bedarfsermittlung, mithin Überlegungen in den Bereichen Personalgewinnung, Personalbindung und Personalentwicklung. Mit der Verpflichtung, ein Konzept zur Personalgewinnung, Personalbindung und Personalentwicklung zu erstellen, zu evaluieren und zu aktualisieren, wird mit § 8 Abs. 1 lediglich die Grundlage all dieser vorgenannten Maßnahmen gesetzlich normiert.

e) Artikel 2 - § 9

Nach Artikel 2 § 9 stellt die obere Gesundheitsbehörde für die im Öffentlichen Gesundheitsdienst Beschäftigten angemessene Fortbildungsmöglichkeiten sicher und berät die unteren Gesundheitsbehörden, insbesondere zum Qualifizierungsbedarf in den einzelnen Fach- und Querschnittsbereichen sowie über bestehende Aus-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten. Dies ist keine neue Aufgabe, sondern die Festschreibung einer bereits bestehenden Aufgabe und durch den Eintritt Thüringens als Trägerland der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf wird diese Aufgabe auch bereits erfüllt.

f) Artikel 2 - § 24 (Pandemielager)

Die Unterhaltung eines Pandemielagers stellt keine neue Aufgabe für die zukünftige obere Gesundheitsbehörde dar, da diese bereits jetzt durch das Landesamt für Verbraucherschutz, welches mit der Zuordnung des Referates 234 aus dem Landesverwaltungsamt und nach diesem Gesetz obere Gesundheitsbehörde wird, erfüllt wird.

3. Ausgabensenkung

Das Gesetz setzt auf eine enge Zusammenarbeit der Gesundheitsbehörden und befördert diese. Diese Kernkomponente wird bereits in Artikel 2 § 1 Abs. 2 genannt und ihr nachfolgend ein eigener Paragraf (§ 4) gewidmet. Mit dieser Zusammenarbeit sollen organisatorische Abläufe verbessert und das fachlich vorhandene Wissen in einer Gesundheitsbehörde auch anderen für die Arbeit zur Verfügung gestellt werden. So können die unteren Gesundheitsbehörden etwa Beratungsleistungen, Präventivangebote und Aufklärungsarbeiten oder Impfkampagnen arbeitsteilig anbieten. Diese Möglichkeit bietet die Verordnung über den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Aufgaben der Gesundheitsämter in den Landkreisen und kreisfreien Städten bereits. Es ist gerade nicht Ziel und Aufgabe dieses Gesetzes, dass alle Gesundheitsbehörden in allen Bereichen die Aufgaben alleine und unabhängig vollziehen und durchführen sollen. Diese Herangehensweise widerspricht den auch zukünftig absehbaren Folgen des demografischen Wandels. Deswegen ist der Fokus auf die Zusammenarbeit im Gesetz ernst zu nehmen, denn dies ermöglicht vor allem die Effizienzsteigerung bei gleichzeitiger Entlastung einzelner Akteure. Bereits jetzt ist mit der Entwicklung einer Kollaborationslösung auf Grundlage der Thüringer Datenaustauschplattform ein Werkzeug geschaffen, dass die Vernetzung der Gesundheitsbehörden unterstützt.

Durch den Fokus auf die Stärkung und Unterstützung der Arbeitsteilung beziehungsweise Zusammenarbeit ist in der konsequenten Umsetzung des Gesetzes mit Kostenersparnissen (sowohl Personal- als auch Sachkosten) bei denjenigen Behörden zu rechnen, die sich dieser Arbeitsweise tatsächlich bedienen.

Des Weiteren ist mit dem Einsatz eines elektronischen Verfahrens nach Artikel 2 § 5 mit einer grundsätzlichen Effizienzsteigerung und Beschleunigung der Kommunikation und damit der Bearbeitung von Vorgängen zu rechnen. Insbesondere bleiben eingepflegte Vorgänge schnell auffindbar, können einfacher und schneller geteilt und kommentiert beziehungsweise geändert werden und bleiben auch für die zukünftige Arbeit erhalten. Das digitale Arbeiten erleichtert zudem die statistischen Erfassungen und unter dem Eindruck der bruchstellenfreien Kommunikation der Akteure im Öffentlichen Gesundheitsdienst die schnelle Weitergabe von relevanten oder auch den Abgleich mit vorhandenen Informationen. Die unteren Gesundheitsbehörden haben selbst nicht für die Einführung des elektronischen Verfahrens zu sorgen, sondern sind Nutznießer der Arbeit des Landes. Damit fallen nicht nur Einführungsprobleme weg, wie etwa falsch eingestellte Software, sondern sie haben die Software auch nicht selbst zu warten, mithin also keine Betriebskosten.

Auch die obere und oberste Landesbehörde wird durch den Einsatz des elektronischen Verfahrens in den unteren Gesundheitsbehörden deutlich entlastet, da der Informationsaustausch schnell und bruchstellenfrei erfolgen kann.

III. Ausgaben für die Kommunen

1. Ausgabensteigerungen

Ausgabenmehrungen für die Kommunen sind nicht zu erwarten.

2. Ausgabenneutralität

a) Artikel 2 - § 5

Die unteren Gesundheitsbehörden hatten und haben im Rahmen des „Förderleitfadens des Bundesministeriums für Gesundheit zur Förderung von Maßnahmen zur Steigerung und Weiterentwicklung des digitalen Reifegrades des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Deutschland“ vom 22. April 2022, des „Landesprogramms Digitalisierung des ÖGD“ sowie der Förderrichtlinie ÖGD-Pakt (Richtlinie zur Rahmenvereinbarung über die Umsetzung des Pakts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Thüringen) die Möglichkeit, sich nach dem Stand der Technik auszustatten, sodass hier keine zusätzlichen Ausgaben für die unteren Gesundheitsbehörden zu erwarten sind.

b) Artikel 2 - §§ 10, 12, 13

Die Aufgaben nach Artikel 2 §§ 10, 12 und 13 werden bereits in der Verordnung über den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Aufgaben der Gesundheitsämter in den Landkreisen und kreisfreien Städten normiert. Darüber hinaus ist auch im Zuge der kontinuierlichen Weiterentwicklung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in der Praxis festzustellen, dass es sich bei den §§ 10, 12 und 13 nicht um neue Aufgaben für die Landkreise und kreisfreien Städte handelt, so dass sie sich weder ausgabenmehrend noch -senkend auswirken.

Die Jahresberichterstattung wird in Artikel 2 § 4 Abs. 2 gesetzlich verankert, obgleich sie bereits jetzt eine bestehende Aufgabe der unteren Gesundheitsbehörden ist. Es ist ein bewährtes Werkzeug der Fachaufsicht, um die Aufgabenerfüllung zu unterstützen.

c) Aufgaben nach Artikel 2 - §§ 11, 14 bis 20

Die Aufgaben der unteren Gesundheitsbehörden im übertragenen Wirkungskreis (§§ 11, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20) sind ebenfalls bereits in der Verordnung über den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Aufgaben der Gesundheitsämter in den Landkreisen und kreisfreien Städten (§§ 6, 7 und 8) normiert worden. Durch das Gesetz werden in diesen Aufgabenbereichen zum Teil Maßnahmen konkretisiert, die dem Stand der Wissenschaft entsprechen. Dieses Niveau wird bereits in der aktuellen Praxis berücksichtigt. Es ist alleine dem Alter der Rechtsgrundlage und einer fehlenden modernen Gesetzesgrundlage geschuldet, dass die Konkretisierung in diesem Gesetz so umfangreich und standarderhöhend erscheint. Letztlich wird aber nur der Status quo normiert.

Die Aufgaben werden insofern ebenfalls nicht ausgabesteigernd wirken, da diese bereits in der Vergangenheit im Mehrbelastungsausgleich gemäß § 23 des Thüringer Finanzausgleichsgesetzes (ThürFAG) vom 31. Januar 2013 (GVBl. S. 10), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 30. Dezember 2025 (GVBl. 2026 S. 22), berücksichtigt wurden.

Hinsichtlich der neu anmutenden Aufgabe des § 21 Abs. 1 und 2 (Aufgabe im übertragenen Wirkungskreis) ist auf die geänderte Rechtslage aus dem Jahr 2015 zu verweisen: Eine entsprechende Regelung zur Feststellung der gesundheitlichen Eignung für die Berufung in ein Beamtenverhältnis auf Lebenszeit durch Amtsärzte, beamtete Ärzte oder sonstige von der zuständigen Stelle bestimmte Ärzte wurde erst mit Wirkung zum 1. Januar 2015 in das Thüringer Beamtenrecht eingeführt. Bis zu diesem Zeitpunkt war die der Gebührenerhebung zugrundeliegende amtsärztliche Untersuchung dem eigenen Wirkungskreis der Kommunen zuzuordnen. Diese Feststellung wurde auch in dem Beschluss des Oberverwaltungsgerichts vom 7. September 2022 (3 KO 293/14) getroffen. Die Beantwortung der Frage, ob es sich um eine Aufgabe des übertragenen Wirkungskreises handelt, macht das Gericht davon abhängig, ob eine Rechtsvorschrift besteht, nach der diese Aufgabe den unteren Gesundheitsbehörden übertragen wird. Wenngleich dies mit Änderung der beamtenrechtlichen Vorschriften zum 1. Januar 2015 praktisch geschehen ist, erfolgte keine explizite gesetzliche Zuordnung zum übertragenen Wirkungskreis. Dies wird nunmehr durch § 21 Abs. 1 klargestellt und nachgeholt. Da faktisch seit dem 1. Januar 2015 mit § 33 des Thüringer Beamtengesetzes vom 12. August 2014 (GVBl. S. 472), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 15. Dezember 2025 (GVBl. S. 271), eine Rechtsgrundlage besteht, nach der die unteren Gesundheitsbehörden die amtsärztliche Begutachtung durchführen, werden die entsprechenden Kosten auch bereits seitdem im Mehrbelastungsausgleich gemäß § 23 ThürFAG berücksichtigt.

Die sogenannten Einstellungsuntersuchungen sollen durch § 21 Abs. 3 perspektivisch und zur Entlastung der unteren Gesundheitsbehörden durch niedergelassene Ärzte erfolgen. Hier stehen sich die Einsparungen bei den unteren Gesundheitsbehörden und die Kostenerstattungen für die niedergelassenen Ärzte kostenneutral gegenüber.

d) Artikel 2 - §§ 22, 23

Die Maßnahmen zur Abwehr einer erheblichen gesundheitlichen Gefahr für Leib und Leben der Bevölkerung stellen neue Aufgaben im übertragenen Wirkungskreis dar.

Mit der Maßgabe, dass in Artikel 2 § 23 Satz 1 Nr. 2 lediglich eine Bevorratung für das Personal der unteren Gesundheitsbehörden sowie für Personal, welches gegebenenfalls in Amts- oder Vollzugshilfe für die unteren Gesundheitsbehörden zur Bewältigung der Gesundheitslage tätig wird, erforderlich ist, ist von einer nur unwesentlichen Mehrbelastung und damit unerheblichen Ausgabe auszugehen.

3. Ausgabensenkungen

a) Wegfall von Aufgaben

Soweit die Landkreise und kreisfreien Städte diese Aufgabe nach § 8 Nr. 1 und 4 der Verordnung über den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Aufgaben der Gesundheitsämter in den Landkreisen und kreisfreien Städten noch wahrnehmen, sind sie von der Beratungsleistung für Schwangere und Mütter sowie in Ernährungsfragen zukünftig durch den Wegfall befreit, wodurch sich Aufgabensenkungen ergeben können. Es bleibt ihnen unbenommen, diese als freiwillige Aufgabe bei verfügbaren Kapazitäten gleichwohl anzubieten. Auch durch den nunmehr existenten Verweis auf das Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), zuletzt geändert durch Artikel 7 des Gesetzes vom 26. Juni 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 195), im Bereich der infektionshygienischen Überwachungsaufgaben (§ 16) fallen im Vergleich zum bisherigen § 6 der Verordnung über den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Aufgaben der Gesundheitsämter in den Landkreisen und kreisfreien Städten einzelne Aufgaben weg.

b) Digitalisierung

Wie bereits ausgeführt, wird die technische Aufrüstung der Gesundheitsbehörden der Landkreise und kreisfreien Städte zu einer Verschlankung von Arbeitsabläufen führen. Der Austausch der Gesundheitsbehörden untereinander ermöglicht einen effizienten Wissenstransfer. Zu bedenken ist auch, dass statistische Erhebungen durch digital eingepflegte Dokumente besser erfolgen kann und damit langwierige Recherchen entfallen.

Die Gesundheitsbehörden der Landkreise und kreisfreien Städte sind letztlich Nutznießer dieser bereitgestellten IT-Infrastruktur und haben bei Problemfällen einen kompetenten Ansprechpartner, so dass die Lösung von Anwendungsschwierigkeiten nicht auch zusätzlich von allen Gesundheitsbehörden selbst geleistet werden muss.

Der Vorteil der Vereinheitlichung der IT-Infrastruktur ist nicht nur die schnellere Kommunikation, sondern ermöglicht auf dieser Basis auch die gemeinsame Arbeit der Kommunen nach den gesetzlichen Möglichkeiten.

c) § 3 Abs. 4 und 5 (Beleihung)

Im Grundsatz sind Beleihungen nicht günstiger als die Durchführung der Maßnahmen durch eigenes Personal. Gleichwohl kann es sich unter Beachtung einer zeitlichen Komponente (weil die verfügbaren Kräfte ad hoc bereitstehen oder nur für eine begrenzte Zeit benötigt werden)

und unter dem Gesichtspunkt der gemeinschaftlichen Zusammenarbeit (Kostenteilung) als günstigere Alternative herausstellen.

d) § 8 und 9

Die obere Landesbehörde wird die unteren Gesundheitsbehörden von koordinierenden Aufgaben befreien und zugleich unterstützende Hilfe bei der Personalarbeit anbieten (siehe oben). Dies hilft der Entschlackung von Personalverwaltungsaufgaben, sodass sich die unteren Gesundheitsbehörden stärker auf ihre Hauptaufgaben nach dem Gesetz widmen können, allerdings ohne Kompetenzen und Entscheidungsbefugnisse zu verlieren.

IV. Ausgaben für Unternehmen

Ausgaben im Rahmen einer Beleihung nach § 3 Abs. 4 und 5 werden erstattet. Demgegenüber stehen Einsparungen bei den unteren Gesundheitsbehörden (siehe oben unter Nummer III. 3 Buchst. c).

Ausgaben im Rahmen des § 21 Abs. 3 werden zukünftig über eine Rahmenvereinbarung ausgeglichen und stehen Einsparungen bei den unteren Gesundheitsbehörden (siehe oben unter Nummer III. 2 Buchst. c) gegenüber.

V. Ausgaben für Bürger

Keine zu erwarten

E. Zuständigkeit

Federführend ist das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Arbeit und Familie.

FREISTAAT THÜRINGEN
DER MINISTERPRÄSIDENT

An den
Präsidenten des Thüringer Landtags
Herr Dr. Thadäus König
Jürgen-Fuchs-Straße 1
99096 Erfurt

Erfurt, den 16. Juni 2026

Sehr geehrter Herr Präsident,

hiermit überreiche ich den von der Landesregierung beschlossenen Entwurf des

„Thüringer Gesetzes zur Neuregelung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes“

mit der Bitte um Beratung durch den Landtag in den Plenarsitzungen am 24./25./26. Juni 2026.

Mit freundlichen Grüßen

Mario Voigt

Anlagen*

* Hinweis der Landtagsverwaltung:
Auf einen Abdruck der Anlagen (Anlagen gemäß § 51 Abs. 2 Satz 3 Nr. 1 und 2, § 51a Abs. 2 und § 54d der Geschäftsordnung des Thüringer Landtags in Verbindung mit Nummer 6 der Vereinbarung zwischen dem Thüringer Landtag und der Thüringer Landesregierung zum prälegislativen Konsultationsverfahren gemäß § 54d Satz 3 der Geschäftsordnung des Thüringer Landtags) wird verzichtet. Die Anlagen stehen unter der oben genannten Drucksachennummer elektronisch im Abgeordneteninformationssystem und in der Parlamentsdatenbank unter der Internetadresse https://parldok.thltcloud.de/parldok zur Verfügung. Die Fraktionen erhalten je ein Exemplar der Anlagen in der Papierfassung.

Thüringer Gesetz zur Neuregelung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

Der Landtag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1
Thüringer Gesetz zur Neustrukturierung der für Gesundheit zuständigen oberen Landesbehörde

§ 1
Aufgaben

(1) Die bisher im Referat 234 des Landesverwaltungsamts wahrgenommenen Aufgaben und Befugnisse im Bereich des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, die nach diesem Gesetz weiterhin diesem Bereich zuzuordnen sind, gehen mit Inkrafttreten dieses Gesetzes auf das Landesamt für Verbraucherschutz über. Die Zuständigkeit des Landesamts für Verbraucherschutz vor Inkrafttreten dieses Gesetzes bleibt im Übrigen unberührt.

(2) Auf das Landesamt für Verbraucherschutz gehen nach Absatz 1 Satz 1 insbesondere folgende Aufgaben über:

1. Fachaufsicht über die unteren Gesundheitsbehörden,
2. Erlaubniserteilung nach den §§ 44, 45 sowie 47 bis 49 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG),
3. Bearbeitung von Anträgen auf Entschädigung nach den §§ 56 bis 67 IfSG,
4. ständige Aktualisierung des Verzeichnisses der Gesundheitsberatungsstellen, Beratungs- und Kontaktstellen der AIDS-Prävention in den Gebietskörperschaften, Kommunen und Gemeinden sowie Erfassung von Aktionen der AIDS-Prävention,
5. Zusammenfassung und Bewertung der Arbeitsberichte der Träger der AIDS-Prävention und der AIDS-Beratung in Thüringen,
6. Bearbeitung der medizinisch-fachlichen Grundlagen zur Durchführung und Dokumentation von Kinder- und jugendärztlichen Untersuchungen sowie Kinder- und jugendzahnärztlichen Untersuchungen,
7. Erstellung der Statistiken des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zur Kinder- und Jugendgesundheit als Statistikstelle nach § 20 des Thüringer Statistikgesetzes,
8. Planung und redaktionelle Bearbeitung der Statistik kinder- und jugendärztlicher Untersuchungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes Thüringen und der Schuljahresstatistik der Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienste sowie Herausgabe von Gesundheitsberichten zur Kinder- und Jugendgesundheit,
9. Meldung aggregierter Impfstatusdaten von Kindern und Jugendlichen, insbesondere nach § 34 Abs. 11 IfSG, an das Robert Koch-Institut,
10. Bearbeitung von Anfragen zu den im Landesverwaltungsamt und den unteren Gesundheitsbehörden archivierten Totenscheinen sowie Verwaltung des Totenscheinarchivs,
11. Bearbeitung von Anträgen gemäß § 4 Nr. 21 Buchst. a Doppelbuchst. bb des Umsatzsteuergesetzes auf Umsatzsteuerbefreiung von Bildungseinrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens,
12. Entscheidung über Anträge auf Zulassung privater Krankenanstalten gemäß § 30 der Gewerbeordnung,

13. Vollzug der Richtlinie zur Rahmenvereinbarung zur Umsetzung des Pakts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst,
14. Widerspruchsverfahren in Angelegenheiten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie Mitwirkung im Gutachterausschuss nach der Ersten Durchführungsverordnung zum Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz).

§ 2
Personal

Diejenigen Beamtinnen und Beamten, Tarifbeschäftigten und Auszubildenden des Landesverwaltungsamts, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes mit der Wahrnehmung von Aufgaben nach § 1 Abs. 2 betraut waren, werden mit Inkrafttreten dieses Gesetzes dem Landesamt für Verbraucherschutz zugeordnet; Entsprechendes gilt für das Personal, das nach diesem Stichtag im Landesverwaltungsamt eingestellt und mit Aufgaben nach § 1 Abs. 2 betraut wird, sowie an andere Dienststellen abgeordnetes und vorübergehend zugewiesenes Personal. Satz 1 gilt nicht für das Personal, das nach dem in Satz 1 genannten Stichtag in andere Bereiche des Landesverwaltungsamts umgesetzt oder an andere Behörden versetzt oder zugewiesen wurde und für das eine Nachbesetzung erfolgt ist. Im Fall des Satzes 2 wird das im Wege der Nachbesetzung eingesetzte Personal mit Inkrafttreten dieses Gesetzes dem Landesamt für Verbraucherschutz zugeordnet. Die von Satz 1 entsprechend umfassten Planstellen und Stellen gehen zum Stichtag in den Geschäftsbereich des für Gesundheit zuständigen Ministeriums über.

Artikel 2
Thüringer Gesetz
über den Öffentlichen Gesundheitsdienst
(Thüringer Gesundheitsdienstgesetz - ThürGDG -)

Inhaltsübersicht

Erster Teil
Allgemeines

§ 1 Ziele, Grundsätze, Kernaufgaben
§ 2 Behörden, personelle Ausstattung
§ 3 Zuständigkeiten, Aufsicht, Beleihung
§ 4 Grundsätze der Aufgabenerfüllung, Zusammenwirken
§ 5 Digitale Arbeitsweise, Verordnungsermächtigung
§ 6 Landesgesundheitskonferenz

Zweiter Teil
Aufgaben und Befugnisse der Behörden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

Erster Abschnitt
Obere Gesundheitsbehörde und Mittelbehörde

Erster Unterabschnitt
Allgemeine Aufgaben

§ 7 Allgemeine Aufgaben

Zweiter Unterabschnitt
Besondere Aufgaben

§ 8 Personalgewinnung, Personalbindung, Personalentwicklung
§ 9 Aus-, Fort- und Weiterbildung, Qualitätssicherung, Verordnungsermächtigung

Zweiter Abschnitt
Untere Gesundheitsbehörden, Landkreise und kreisfreie Städte

Erster Unterabschnitt
Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung

§ 10 Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung

Zweiter Unterabschnitt
Gesundheitshilfen

§ 11 Gesundheitshilfen für besondere Personengruppen
§ 12 Aufsuchende Hilfen

Dritter Unterabschnitt
Gesundheitsberichterstattung

§ 13 Gesundheitsberichterstattung, Verordnungsermächtigung

Vierter Unterabschnitt
Gesundheitsschutz

§ 14 Kinder- und Jugendgesundheit, Kinder- und Jugendzahngesundheit
§ 15 Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, Impfungen
§ 16 Hygiene, Überwachungsaufgaben, Verordnungsermächtigung
§ 17 Schutz vor gesundheitsschädigenden Umwelt- und Klimaeinflüssen
§ 18 Aufgaben im Rahmen der Überwachung von Wasser für den menschlichen Gebrauch, Schwimm- und Badebeckenwasser
§ 19 Befugnisse, Grundrechtseinschränkung
§ 20 Medizinalaufsicht

Fünfter Unterabschnitt
Gutachterliche Tätigkeiten

§ 21 Bescheinigungen, Zeugnisse, Begutachtungen

Dritter Teil
Besondere Regelungen zur Abwehr erheblicher gesundheitlicher Gefahren für Leib und Leben der Bevölkerung

§ 22 Erhebliche gesundheitliche Gefahr für Leib und Leben der Bevölkerung
§ 23 Aufgaben der unteren Gesundheitsbehörden, Verordnungsermächtigung
§ 24 Pandemielager, Verordnungsermächtigung
§ 25 Abgrenzung zu Regelungen im Bereich des Brand- und Katastrophenschutzes

Vierter Teil
Datenschutz, Kostenregelungen, Ordnungswidrigkeiten

Erster Abschnitt
Datenschutz

§ 26 Verarbeitung personenbezogener Daten, Verordnungsermächtigung
§ 27 Ärztliche Untersuchung und Datenschutz

Zweiter Abschnitt
Kostenregelungen

§ 28 Kostenregelungen

Dritter Abschnitt
Ordnungswidrigkeiten

§ 29 Ordnungswidrigkeiten

Fünfter Teil
Übergangs- und Schlussbestimmungen

§ 30 Übergangsbestimmungen
§ 31 Evaluation
§ 32 Gleichstellungsbestimmung

Erster Teil
Allgemeines

§ 1
Ziele, Grundsätze, Kernaufgaben

(1) Ziele des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sind die Förderung und der Schutz der Gesundheit der Bevölkerung unter Berücksichtigung medizinischer, sozialer, psychosozialer und ökologischer Belange. Bei der Wahrnehmung der Aufgaben nach diesem Gesetz wirken die Behörden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes auf die gesundheitliche Chancengleichheit aller Menschen hin.

(2) Die Behörden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes arbeiten mit anderen Trägern präventiver, kurativer und rehabilitativer gesundheitlicher Dienste sowie mit Behörden, Vereinen, Verbänden, Organisationen und Selbsthilfegruppen zusammen. In diesem Rahmen haben sie eine zentrale Informations-, Steuerungs- und Koordinierungsfunktion.

(3) Die Behörden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sind bevölkerungsmedizinisch tätig und sollen im Rahmen ihrer Möglichkeiten sozialkompensatorisch und subsidiär individualmedizinische Aufgaben wahrnehmen, soweit durch Gesetz nichts anderes bestimmt ist. Sie arbeiten öffentlichkeitsorientiert; insbesondere werden wesentliche Ergebnisse der Arbeit der Allgemeinheit, Behörden, Institutionen und Gruppen in adressatengerechter Form zugänglich gemacht.

(4) Die Behörden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes nehmen folgende Kernaufgaben wahr:
1. Prävention und Gesundheitsförderung,
2. Gesundheitshilfen, insbesondere Früherkennung und Unterstützung der Überwindung von Krankheiten,

3. Gesundheitsberichterstattung sowie
4. Gesundheitsschutz und Abwehr gesundheitlicher Gefahren.

(5) Auf der Grundlage von Bundes- oder Landesgesetzen von den Behörden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zu erfüllende Aufgaben werden, soweit dort nichts anderes bestimmt ist, nach den Bestimmungen dieses Gesetzes erfüllt.

§ 2
Behörden, personelle Ausstattung

(1) Behörden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sind das für Gesundheit zuständige Ministerium als oberste Gesundheitsbehörde, das Landesamt für Verbraucherschutz als obere Gesundheitsbehörde, die Landkreise und kreisfreien Städte als untere Gesundheitsbehörden.

(2) Die unteren Gesundheitsbehörden sind zur Durchführung ihrer Aufgaben mit ausreichend fachlich geeignetem Personal, insbesondere mit den erforderlichen ärztlichen, zahnärztlichen, psychologischen, psychotherapeutischen und weiteren nichtärztlichen Fachkräften sowie Verwaltungsfachkräften, auszustatten. Das Personal nach Satz 1 hat die erforderlichen Kenntnisse im öffentlichen Gesundheitsrecht und Gesundheitswesen nachzuweisen oder durch Teilnahme an entsprechenden Fortbildungen unmittelbar nachzuholen.

(3) Der erfolgreiche Abschluss der fachärztlichen oder fachzahnärztlichen Weiterbildung für das öffentliche Gesundheitswesen oder eine durch die oberste Gesundheitsbehörde als gleichwertig anerkannte ärztliche Qualifikation ist Voraussetzung für die Leitung und die stellvertretende Leitung einer unteren Gesundheitsbehörde. Soweit die Voraussetzung nach Satz 1 nicht erfüllt werden kann, kann mit Zustimmung der obersten Gesundheitsbehörde vorübergehend von Satz 1 abgewichen werden. Es sind alle Möglichkeiten auszuschöpfen, um die Voraussetzung des Satzes 1 schnellstmöglich zu erfüllen.

§ 3
Zuständigkeiten, Aufsicht, Beleihung

(1) Die unteren Gesundheitsbehörden sind zuständig, soweit in diesem Gesetz oder aufgrund dieses Gesetzes nichts anderes bestimmt ist. Satz 1 gilt auch in den Fällen, in denen in anderen Rechtsvorschriften die Zuständigkeit von Amtsärztinnen und Amtsärzten oder des Gesundheitsamts begründet wird.

(2) Die Landkreise und kreisfreien Städte nehmen, soweit nach Absatz 3 nichts anderes bestimmt ist, die ihnen nach diesem Gesetz oder aufgrund dieses Gesetzes obliegenden Aufgaben und Befugnisse als untere Verwaltungsbehörden im übertragenen Wirkungskreis wahr; Fachaufsichtsbehörden sind insoweit das Landesamt für Verbraucherschutz als obere und das für Gesundheit zuständige Ministerium als oberste Gesundheitsbehörde.

(3) Die Aufgaben und Befugnisse nach den §§ 10, 12 und 13 werden durch die Landkreise und kreisfreien Städte als Pflichtaufgaben im eigenen Wirkungskreis wahrgenommen.

(4) Die unteren Gesundheitsbehörden können im Einvernehmen mit der oberen Gesundheitsbehörde einzelne abgrenzbare Aufgaben und Befugnisse der Behörden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes nach diesem Gesetz sowie nach internationalem, europäischem, Bundes- oder Landesrecht auf Personen des Privatrechts übertragen (Beleihung), soweit die Aufgaben und Befugnisse nicht eigenständig erfüllt werden können. Im Rahmen der Beleihung nach Satz 1 ist verbindlich zu regeln, dass die Leistungserbringung nach den in diesem Gesetz geregelten Standards zu erfolgen hat. Der Leistungserbringer erhält Zugang zu den digitalen Verfahren für die Dokumentation. Ausgenommen davon sind Maßnahmen nach dem Thüringer Gesetz zur Hilfe und Unterbringung psychisch kranker Menschen (ThürPsychKG) in der Fassung vom 5. Februar 2009 (GVBl. S. 10) in der jeweils geltenden Fassung.

(5) Eine Person des Privatrechts nach Absatz 4 Satz 1 kann mit ihrem Einverständnis beliehen werden, wenn
1. sie von Kontroll- und Überwachungsaufgaben nach Absatz 4 Satz 1 betroffenen Wirtschaftskreisen unabhängig ist,
2. die Beleihung im öffentlichen Interesse liegt,
3. sie die Gewähr für eine sachgerechte Erfüllung der ihr übertragenen Aufgaben bietet.

Die beliehene Person unterliegt der Aufsicht der unteren Gesundheitsbehörde.

§ 4
Grundsätze der Aufgabenerfüllung, Zusammenwirken

(1) Die Behörden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes erfüllen ihre Aufgaben unter Beachtung der Ziele nach § 1 Abs. 1 und nehmen die Aufgaben eigenständig im arbeitsteiligen Gesundheitswesen wahr.

(2) Die unteren Gesundheitsbehörden können nach den Maßgaben des Thüringer Gesetzes über die kommunale Gemeinschaftsarbeit in der Fassung vom 10. Oktober 2001 (GVBl. S. 290) in der jeweils geltenden Fassung zusammenarbeiten. Im Übrigen beteiligen und unterstützen sich die unteren Gesundheitsbehörden gegenseitig sowie andere Behörden, soweit dies durch Rechtsvorschrift festgelegt ist oder zur rechtmäßigen Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der unterstützten Behörde erforderlich ist. Die unteren Gesundheitsbehörden erstellen eine Jahresberichterstattung für die obere Gesundheitsbehörde mit dem Zweck, Problemlagen bei der Aufgabenerfüllung frühzeitig zu erkennen und im Bedarfsfall entgegenwirken zu können.

(3) Die Behörden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes beraten auf Verlangen andere Behörden, Institutionen, die Landesregierung und, im Fall des § 22, weitere von der Landesregierung gebildete Gremien in medizinischen und gesundheitlichen Fragen, soweit nicht andere Stellen der öffentlichen Verwaltung zuständig sind.

(4) Die Behörden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie die anderen Behörden und öffentlichen Planungsträger des Landes unterrichten sich rechtzeitig bei allen Planungen und Maßnahmen, die für die gesundheitlichen Belange der Bevölkerung bedeutsam sind.

(5) Die anderen Behörden und Berufsvertretungen beteiligen und unterstützen die Behörden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, soweit dies durch Rechtsvorschrift angeordnet oder zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Behörden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes erforderlich ist.

§ 5
Digitale Arbeitsweise, Verordnungsermächtigung

(1) Die Behörden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes nutzen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben nach diesem Gesetz oder aufgrund dieses Gesetzes digitale Informations- und Kommunikationstechniken. Das für Gesundheit zuständige Ministerium bestimmt die durch die Behörden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zu verwendende webbasierte zentrale Plattform. Das Land stellt die Plattform nach Satz 2 zur Verfügung und koordiniert deren Weiterentwicklung.

(2) In der Plattform nach Absatz 1 Satz 2 werden zentrale Informationen im Sinne von verwaltungsorganisatorischen Informationen bereitgestellt, die die Anforderungen der Aufgabenwahrnehmung der Gesundheitsbehörden konkretisieren und der Qualitätssicherung dienen. In der Plattform nach Absatz 1 Satz 2 werden statistische Daten für Zwecke der wissenschaftlichen Auswertung für Forschung verarbeitet. Dabei dürfen personenbezogene Daten oder Daten nach Artikel 9 Abs. 1 der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung) (ABl. L 119 vom 4.5.2016, S. 1; L 314 vom 22.11.2016, S. 72; L 127 vom 23.5.2018, S. 2; L 74 vom 4.3.2021, S. 35) in der jeweils geltenden Fassung weiterverarbeitet werden, soweit dies für die Zwecke der wissenschaftlichen Auswertung und Forschung erforderlich ist. Diese sind je nach Anwendungsfall zu anonymisieren oder zu pseudonymisieren.

(3) Die verwendeten digitalen fachlichen Anwendungen der Plattform nach Absatz 1 Satz 2 sind interoperabel zu den Behörden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes des Bundes sowie zueinander und stellen die Anbindung an relevante Anwendungen sicher. Sie erlauben eine medienbruchfreie, digitale Ende-zu-Ende Bearbeitung.

(4) Die für die Nutzung der Plattform nach Absatz 1 Satz 2 eingesetzte technische Ausstattung der Behörden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ist am Stand der Technik auszurichten.

(5) Das für Gesundheit zuständige Ministerium wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem für den kommunalen Finanzausgleich zuständigen Ministerium sowie dem für Digitalisierung zuständigen Ministerium zur Bestimmung der Plattform nach Absatz 1 Satz 2, zur Schaffung von Standardisierung, Interoperabilität, Krisenresilienz sowie zur Bereitstellung einer Digitalisierungs- und KI-Strategie durch Rechtsverordnung Näheres zu den Absätzen 1 bis 4 einschließlich der Finanzierung der Betriebs- und Weiterentwicklungskosten der Plattform zu regeln.

§ 6
Landesgesundheitskonferenz

(1) Die Landesgesundheitskonferenz ist ein institutionalisiertes Gremium zur Verbesserung der gesundheitlichen Lebensbedingungen, Versorgung und Lage der Bevölkerung in Thüringen. Sie strebt einen gemeinsamen Handlungsrahmen und Transparenz bei gesundheitsbezogenen Aktivitäten an.

(2) Die Landesgesundheitskonferenz berät über gesundheitspolitische Fragen von grundsätzlicher Bedeutung, formuliert Gesundheitsziele und gibt gesundheitspolitische Empfehlungen ab, welche auch in die Arbeit der Landesregierung einfließen können. In diesem Rahmen koordiniert sie die Zusammenarbeit von Akteuren im Gesundheitswesen. Sie wirkt durch Stellungnahmen und Empfehlungen an der landesweiten Gesundheitsberichterstattung nach § 7 Abs. 2 Nr. 4 mit.

(3) Die Landesgesundheitskonferenz gibt den Trägern der Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie gemäß § 20f SGB V im Freistaat Thüringen Anregungen zur Ausgestaltung dieser Landesrahmenvereinbarung.

(4) Das für Gesundheit zuständige Ministerium beruft die Landesgesundheitskonferenz ein. Dieser gehören insbesondere Vertreterinnen und Vertreter der Sozialversicherungsträger, der verfassten Ärzte-, Zahnärzte-, Psychotherapeuten- und Apothekerschaft, der Krankenhausgesellschaft, der freien Wohlfahrtsverbände, der Interessenvertretungen des Pflegepersonals, der gemeinschaftlichen Selbsthilfe und der Einrichtungen und Organisationen für Gesundheitsvorsorge und Patientenschutz, der Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände und der kommunalen Spitzenverbände des Landes an.

(5) Die Sitzungen der Landesgesundheitskonferenz finden mindestens einmal jährlich statt. Das für Gesundheit zuständige Ministerium führt den Vorsitz der Landesgesundheitskonferenz.

(6) Die Landesgesundheitskonferenz gibt sich eine Geschäftsordnung. Sie kann Arbeitsgruppen bilden.

Zweiter Teil
Aufgaben und Befugnisse der Behörden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

Erster Abschnitt
Obere Gesundheitsbehörde und Mittelbehörde

Erster Unterabschnitt
Allgemeine Aufgaben

§ 7
Allgemeine Aufgaben

(1) Der oberen Gesundheitsbehörde obliegt die landesweite Koordinierung der unteren Gesundheitsbehörden im Rahmen des Zusammenwirkens nach § 4 Abs. 2 Satz 1 und 2 sowie die Erfüllung der Aufgaben nach § 116 der Thüringer Kommunalordnung im Rahmen der öffentlichen Gesundheit mit dem Ziel eines fachlich standardisierten Aufgabenvollzugs.

(2) Zudem obliegen der oberen Gesundheitsbehörde insbesondere folgende Aufgaben:

1. die Sammlung und Auswertung wissenschaftlicher Erkenntnisse sowie Auswertung praktischer Erfahrungen und Vermittlung von in der Praxis bewährten Maßnahmen,
2. die Zusammenarbeit in Forschung und Lehre mit den Hochschulen sowie Erarbeitung von Konzepten für Gesundheitsbildung an den Schulen,
3. die Entwicklung fachlicher Konzepte und Strategien,
4. die Erstellung von zusammenfassenden Gesundheitsberichten aus den von den unteren Gesundheitsbehörden gelieferten Daten nach § 13 Abs. 1 Satz 4 in Verbindung mit Satz 3 als Grundlage gesundheitspolitischer Planungen,
5. die Stärkung der Vernetzung zwischen den Behörden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und den anderen Akteuren im Gesundheitswesen durch die Bildung und Betreuung von aufgabenspezifischen Arbeitsgruppen,
6. die Erstellung epidemiologischer Bewertungen,
7. die Erarbeitung, Fortschreibung und regelmäßige Evaluierung eines Rahmenpandemieplans des Landes in Abstimmung mit der obersten Gesundheitsbehörde,
8. die Erarbeitung, Fortschreibung und regelmäßige Evaluierung von Musterhygieneplänen zur Unterstützung bei der Erfüllung der Vorgaben durch das Infektionsschutzgesetz (IfSG) vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045) in der jeweils geltenden Fassung,
9. die Impfberatung und Bereitstellung von Impfstoffen unter Beachtung der arzneimittelrechtlichen Vorschriften sowie Organisation landesweiter Impfkampagnen im Pandemiefall.

Zweiter Unterabschnitt
Besondere Aufgaben

§ 8
Personalgewinnung, Personalbindung, Personalentwicklung

(1) Die obere Gesundheitsbehörde erstellt zur Personalgewinnung, Personalbindung und Personalentwicklung ein Konzept für den Öffentlichen Gesundheitsdienst auf Grundlage der von den unteren Gesundheitsbehörden nach § 4 Abs. 2 Satz 3 zu erbringenden Jahresberichterstattung und unter Berücksichtigung eines multiprofessionellen Ansatzes. Das Konzept ist fortzuschreiben und regelmäßig zu evaluieren.

(2) Die obere Gesundheitsbehörde berät und unterstützt die unteren Gesundheitsbehörden bei der Personalgewinnung und Personalentwicklung sowie der Organisationsstruktur und Organisationsentwicklung, insbesondere durch Empfehlungen zu Stellenprofilen, Personalausstattung und Personalstärke, unter Berücksichtigung von Berufsbildern und Qualifikationen.

§ 9
Aus-, Fort- und Weiterbildung, Qualitätssicherung, Verordnungsermächtigung

(1) Die obere Gesundheitsbehörde stellt für die im Öffentlichen Gesundheitsdienst Beschäftigten angemessene Fortbildungsmöglichkeiten sicher und berät die unteren

Gesundheitsbehörden insbesondere zum Qualifizierungsbedarf in den einzelnen Fach- und Querschnittsbereichen sowie über bestehende Aus-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten.

(2) Die obere Gesundheitsbehörde entwickelt Methoden und Verfahren der Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle in einem Rahmenkonzept für den Öffentlichen Gesundheitsdienst. Das Rahmenkonzept ist regelmäßig fortzuschreiben und zu evaluieren und beinhaltet insbesondere Standardprozesse und Mindeststandards hinsichtlich der in diesem Gesetz geregelten Aufgaben auf Basis der nach § 4 Abs. 2 Satz 3 zu erstellenden Jahresberichterstattung. Das für Gesundheit zuständige Ministerium regelt Näheres zum Inhalt des Rahmenkonzepts durch Rechtsverordnung.

Zweiter Abschnitt
Untere Gesundheitsbehörden, Landkreise und kreisfreie Städte

Erster Unterabschnitt
Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung

§ 10
Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung

(1) Die Landkreise und kreisfreien Städte klären die Bevölkerung im Interesse der öffentlichen Gesundheit und Stärkung der Gesundheitskompetenz über die Möglichkeiten der Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und die Schaffung und Erhaltung gesunder Lebensbedingungen auf und regen geeignete gesundheitsfördernde, präventive, umwelt- und sozialmedizinische Maßnahmen an. Die Kompetenzstärkung durch Aufklärung nach Satz 1 durch andere Akteure im Gesundheitswesen bleibt unberührt.

(2) Zur Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten, insbesondere in Kindergärten, Schulen, Betrieben, Wohnquartieren und Stadtteilen, formulieren die Landkreise und kreisfreien Städte partnerschaftlich mit den im Bereich der Gesundheitsförderung tätigen Organisationen und Gruppen auf Basis der Gesundheitsberichterstattung nach § 13 Abs. 1 Satz 1 Ziele und Schwerpunkte für Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Sie berücksichtigen dabei epidemiologische Entwicklungen, Gesundheitszielsetzungen sowie insbesondere die regional vorhandenen, statistisch unterlegten, gesundheitsbezogenen Problemfelder und Bedarfe.

(3) Die Landkreise und kreisfreien Städte entwickeln und implementieren Programme zur Krankheits- und Suchtprävention sowie Gesundheitsförderung, um die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern. Sie bieten individuelle Beratung und Unterstützung in gesundheitsbezogenen Angelegenheiten an.

(4) Die Landkreise und kreisfreien Städte fördern im Sinne der Frühintervention mit entsprechenden Angeboten die persönliche Kompetenz der Menschen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit sowie die Übernahme sozialer Verantwortung für sich selbst und andere. Sie machen in diesem Zusammenhang auch auf die Angebote von Selbsthilfegruppen aufmerksam.

(5) Die Landkreise und kreisfreien Städte unterstützen Kooperationen, Vernetzungen und Arbeitskreise. Sie sollen im Rahmen ihrer Möglichkeiten kommunale oder regionale Gesundheitskonferenzen mit den im Bereich der Gesundheitsförderung tätigen Organisationen sowie Gruppen einrichten und die Gesundheitskonferenzen steuern. Dabei orientieren sie sich am Ansatz von Gesundheit in allen Politikfeldern zur Förderung der intersektoralen Zusammenarbeit, indem sie mit verschiedenen Sektoren wie Bildung, Umwelt, Verkehr, Wirtschaft und Soziales zusammenarbeiten, um gesundheitsförderliche Maßnahmen in deren Politik und Programme zu integrieren. Sie schaffen für einen Wissens- und Erfahrungszuwachs Möglichkeiten der aktiven Beteiligung für die Bevölkerung.

(6) Zur Entwicklung und Koordinierung stabiler kommunaler Strukturen der Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung für vulnerable Bevölkerungsgruppen beschreiben die Landkreise und kreisfreien Städte ihre Bedürfnislagen, konzipieren Angebote und koordinieren deren Umsetzung.

Zweiter Unterabschnitt
Gesundheitshilfen

§ 11
Gesundheitshilfen für besondere Personengruppen

(1) Auf dem Gebiet der Gesundheitshilfe bieten die unteren Gesundheitsbehörden neben den ihnen sonst durch Rechtsvorschrift zugewiesenen Aufgaben insbesondere folgende Dienste an:

1. gesundheitliche und psychosoziale Beratung sowie Vermittlung weitergehender spezifischer Hilfen für Menschen, die eine Suchterkrankung, eine psychische Erkrankung oder eine Behinderung haben, von ihr bedroht oder von ihr gefährdet sind, über Personen, Einrichtungen und Stellen, die vorsorgende, begleitende und nachsorgende Hilfen gewähren können,
2. gesundheitliche Beratung für Menschen, die an einer übertragbaren Krankheit leiden, von ihr bedroht oder dadurch gefährdet sind, über Personen, Einrichtungen und Stellen, die gesundheitliche Hilfe gewähren können, und über Schutz- und Vorbeugemaßnahmen.

Die Vermittlung der Hilfen nach Satz 1 Nr. 1 erfolgt auch gegenüber Angehörigen von den in Satz 1 Nr. 1 genannten Personen.

(2) Die untere Gesundheitsbehörde hält für die Erbringung der Gesundheitshilfen für psychisch kranke Menschen nach § 1 Abs. 2 ThürPsychKG, für Menschen mit einer seelischen Behinderung mit einer Störung von erheblichem Ausmaß mit Krankheitswert und für Menschen mit einer physischen oder psychischen Abhängigkeit von Rauschmitteln, Suchtmitteln oder Medikamenten sowie deren Angehörige einen Sozialpsychiatrischen Dienst vor. Die Bestimmungen des Thüringer Gesetzes zur Hilfe und Unterbringung psychisch kranker Menschen bleiben in Hinblick auf die fachgesetzlich geregelten Hilfsangebote nach § 4 Abs. 1 Satz 2 ThürPsychKG von Satz 1 unberührt.

(3) Die unteren Gesundheitsbehörden wirken auf die gegenseitige Information sowie auf die Koordination gesundheitlicher Dienste und Einrichtungen auf regionaler Ebene hin.

§ 12
Aufsuchende Hilfen

Die Landkreise und kreisfreien Städte vermitteln im Rahmen aufsuchender Hilfen Gesundheitshilfen für Personen, die aufgrund ihrer besonderen Situation in sozialen und gesundheitlichen Problemlagen keinen ausreichenden oder rechtzeitigen Zugang zum medizinischen oder psychosozialen Versorgungssystem finden oder deren komplexer Hilfebedarf besondere Koordination und Betreuung erforderlich macht; dies gilt insbesondere für Fälle von häuslicher Gewalt und Verstößen gegen die sexuelle Selbstbestimmung.

Dritter Unterabschnitt
Gesundheitsberichterstattung

§ 13
Gesundheitsberichterstattung, Verordnungsermächtigung

(1) Den Landkreisen und kreisfreien Städten obliegt die Gesundheitsberichterstattung. Die Gesundheitsberichterstattung dient der zielorientierten Koordination, Steuerung, Planung und Durchführung von bedarfsorientierten Maßnahmen zur Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Sie umfasst insbesondere

1. die Beobachtung, Beschreibung und Bewertung der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung und
2. die Erhebung und Auswertung von Daten zur gesundheitlichen Situation der Bevölkerung.

Die Landkreise und kreisfreien Städte stellen ihre Gesundheitsberichte der oberen Gesundheitsbehörde zur Verfügung.

(2) Für die Gesundheitsberichterstattung nutzen die Landkreise und kreisfreien Städte die ihnen vorliegenden Daten, insbesondere des kinder- und jugendärztlichen und jugendzahnärztlichen Dienstes, die Impfdaten sowie die Daten über meldepflichtige Infektionskrankheiten nach dem Infektionsschutzgesetz, Sozialdaten und Indikatoren zu Klima und Gesundheit sowie Daten.

(3) Das für Gesundheit zuständige Ministerium regelt Näheres zu Inhalt, Verfahren und Form der Gesundheitsberichterstattung sowie der elektronischen und datenschutzkonformen Verarbeitung der in der Gesundheitsberichterstattung verwendeten Daten durch Rechtsverordnung.

Vierter Unterabschnitt
Gesundheitsschutz

§ 14
Kinder- und Jugendgesundheit,
Kinder- und Jugendzahngesundheit

(1) Die untere Gesundheitsbehörde hat die Aufgabe, Kinder und Jugendliche vor Gesundheitsgefahren zu schützen und ihre Gesundheit zu fördern. Sie arbeitet hierzu mit anderen Behörden, Trägern, Einrichtungen und Personen, die Verantwortung für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen tragen, zusammen.

(2) Zu den Aufgaben der unteren Gesundheitsbehörden gehören insbesondere

1. die Durchführung von zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen und einer ärztlichen Vorsorgeuntersuchung nach dem Thüringer Kindergartengesetz vom 18. Dezember 2017 (GVBl. S. 276) in der jeweils geltenden Fassung,
2. die Durchführung der Schuleingangsuntersuchung und von schulärztlichen Untersuchungen sowie
3. die regelmäßige Durchführung von zahnärztlichen Untersuchungen von Schülerinnen und Schülern zur Gesunderhaltung des Mund-, Kiefer- und Zahnbereichs.

Die in Absatz 1 Satz 2 genannten Behörden, Träger, Einrichtungen und Personen, die Verantwortung für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen tragen, sind verpflichtet, zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen im Rahmen der in Satz 1 aufgeführten Untersuchungen mitzuwirken, insbesondere die erforderlichen Auskünfte an die unteren Gesundheitsbehörden zu erteilen und Räumlichkeiten zur Verfügung zu stellen.

(3) Zur Früherkennung von Krankheiten, Behinderungen, Entwicklungs- und Verhaltensstörungen kann die untere Gesundheitsbehörde zur Ergänzung von Vorsorgeangeboten ärztliche als auch zahnärztliche Untersuchungen durchführen. Soweit dies erforderlich ist, soll sie auch Impfungen durchführen. Wird im Rahmen der Untersuchungen nach Satz 1 die Gefährdung oder Störung der körperlichen, seelischen oder geistigen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen festgestellt, vermittelt die untere Gesundheitsbehörde, in Zusammenarbeit mit den für Jugendhilfe und Sozialhilfe zuständigen Stellen, die notwendigen Behandlungs- und Betreuungsangebote. Die Aufgaben und Befugnisse nach dem Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2975) in der jeweils geltenden Fassung bleiben von den Sätzen 1 bis 3 unberührt.

§ 15
Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, Impfungen

(1) Die unteren Gesundheitsbehörden haben erforderliche Maßnahmen zur Verhütung, Erkennung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten bei Menschen zu ergreifen. Durch Beratung, Aufklärung, Ermittlung und Anordnung von Maßnahmen zur Unterbrechung von Infektionsketten wirken sie darauf hin, dass die Verbreitung übertragbarer Krankheiten verhindert wird.

(2) Die unteren Gesundheitsbehörden wirken durch Information und Beratung an einer flächendeckenden Verbesserung der Durchimpfungsraten der Bevölkerung mit, um einen ausreichenden Impfschutz der Bevölkerung zu gewährleisten. Sie fördern die Durchführung der vom Robert Koch-Institut und vom Land empfohlenen Schutzimpfungen; zu diesem Zweck können sie Impfungen selbst vornehmen. Sie führen Impfungen und Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe selbst durch, in Fällen, in denen es aus Gründen des Bevölkerungsschutzes geboten ist.

§ 16
Hygiene, Überwachungsaufgaben,
Verordnungsermächtigung

(1) Die unteren Gesundheitsbehörden nehmen Überwachungsaufgaben wahr, soweit sie ihnen durch dieses Gesetz oder andere Rechtsvorschriften zugewiesen sind. Die Aufgaben umfassen die Überwachung der Einhaltung der Anforderungen der Hygiene zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten in den in § 23 Abs. 5 Satz 1 und 2, soweit von der Verordnungsermächtigung in § 23 Abs. 5 Satz 2 Gebrauch gemacht wird, § 35 Abs. 1, § 36 Abs. 1 und 2, § 37 Abs. 3 und § 41 Abs. 1 Satz 2 IfSG genannten Einrichtungen und Unternehmen sowie darüber hinaus in weiteren Einrichtungen und Unternehmen mit besonderem Risikoprofil in Bezug auf übertragbare Krankheiten. Die oberste Gesundheitsbehörde wird ermächtigt, Überwachungsintervalle sowie weitere Einrichtungen und Unternehmen mit besonderem Risikoprofil, die einer Überwachung nach Satz 2 unterliegen, durch Rechtsverordnung zu bestimmen.

(2) Die unteren Gesundheitsbehörden wirken dabei mit, dass die Anforderungen des Gesundheits- und Verbraucherschutzes im Verkehr mit Arzneimitteln, Medizinprodukten, Lebensmitteln einschließlich Trinkwasser und kosmetischen Mitteln und anderen Bedarfsgegenständen sowie bei der Werbung auf dem Gebiet des Heilwesens beachtet werden. Die unteren Gesundheitsbehörden haben die jeweils für den Vollzug zuständige Behörde zu unterrichten, wenn ihnen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben Verstöße gegen Vorschriften des Arzneimittelgesetzes in der Fassung vom 12. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3394), des Medizinprodukterecht-Durchführungsgesetzes vom 28. April 2020 (BGBl. I S. 960), des Apothekengesetzes in der Fassung vom 15. Oktober 1980 (BGBl. I S. 1993) und des Heilmittelwerbegesetzes in der Fassung vom 19. Oktober 1994 (BGBl. I S. 3068) jeweils in der jeweils geltenden Fassung sowie beim Verkehr mit verkehrs- und verschreibungspflichtigen Betäubungsmitteln des Betäubungsmittelgesetzes in der Fassung vom 1. März 1994 (BGBl. S. 358) sowie des Lebensmittel- und Futtermittelgesetzbuches in der Fassung vom 15. September 2021 (BGBl. I S. 4253; 2022 I S. 28) jeweils in der jeweils geltenden Fassung bekannt werden.

§ 17
Schutz vor gesundheitsschädigenden
Umwelt- und Klimaeinflüssen

(1) Die unteren Gesundheitsbehörden beobachten und bewerten Einwirkungen der Umwelt und des Klimas auf die menschliche Gesundheit. Sie informieren und beraten die Bevölkerung und Behörden in Fragen des umwelt- und klimabezogenen Gesundheitsschutzes und unterstützen die zuständigen Behörden darin, dass umwelt- und klimabedingte gesundheitliche Gefahren nicht entstehen, beseitigt oder vermindert werden.

(2) Bei Planungsvorhaben, Genehmigungsverfahren, Baumaßnahmen und sonstigen Maßnahmen, die gesundheitliche Belange der Bevölkerung oder Teile der Bevölkerung wesentlich berühren, nehmen die unteren Gesundheitsbehörden zu gesundheitlichen Auswirkungen der Maßnahme

Stellung. Die zuständigen Behörden sind verpflichtet, die unteren Gesundheitsbehörden zur Erfüllung der Aufgabe nach Satz 1 rechtzeitig zu beteiligen.

(3) In besonderen, die Gesundheit gefährdenden Situationen sind durch die untere Gesundheitsbehörde oder von ihr Beauftragte anlassbezogene Untersuchungen durchzuführen.

§ 18
Aufgaben im Rahmen der Überwachung von Wasser für den menschlichen Gebrauch, Schwimm- und Badebeckenwasser

(1) Die unteren Gesundheitsbehörden überwachen die Einhaltung der Anforderungen an die Beschaffenheit von Wasser für den menschlichen Gebrauch in den im 7. Abschnitt des Infektionsschutzgesetzes und den darauf beruhenden weiteren Rechtsvorschriften, insbesondere der Trinkwasserverordnung vom 20. Juni 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 159) in der jeweils geltenden Fassung genannten Wassergewinnungs- und Wasserversorgungsanlagen. Im Übrigen nehmen sie als untere Trinkwasserüberwachungsbehörde die ihnen nach der Trinkwasserverordnung des Bundes zugewiesenen Aufgaben wahr. Sie ordnen die notwendigen Maßnahmen an, um die Einhaltung der Anforderungen nach Satz 1 sicherzustellen.

(2) Die unteren Gesundheitsbehörden überwachen die Einhaltung der Anforderungen an die hygienische Beschaffenheit von Schwimm- oder Badebeckenwasser in den im 7. Abschnitt des Infektionsschutzgesetzes genannten Einrichtungen.

§ 19
Befugnisse, Grundrechtseinschränkung

(1) Die mit dem Vollzug dieses Gesetzes beauftragten Personen sind zur Durchführung ihrer Überwachungsaufgaben nach § 16 Abs. 1 Satz 1, § 17 Abs. 3 und § 18 berechtigt,
1. von natürlichen und juristischen Personen und von nicht rechtsfähigen Personenvereinigungen alle erforderlichen Auskünfte zu verlangen,
2. Grundstücke, Räume, Anlagen und Einrichtungen, die der Überwachung nach § 16 Abs. 1 Satz 1, § 17 Abs. 3 oder § 18 unterliegen, während der Betriebs- und Geschäftszeiten zu betreten, zu besichtigen und zu prüfen,
3. Gegenstände zu untersuchen, Proben zur Untersuchung zu fordern oder zu entnehmen, Bücher und sonstige Unterlagen, auch in elektronischer Form, einzusehen und daraus Abschriften, Ablichtungen oder Ausdrucke zu fertigen.

Zur Verhütung und Abwehr drohender Gefahren für die Gesundheit der Bevölkerung können Grundstücke, Räume, Anlagen und Einrichtungen nach Satz 1 Nr. 2 auch außerhalb der Betriebs- und Geschäftszeiten sowie Wohnräume der nach Satz 1 Nr. 1 zur Auskunft Verpflichteten betreten werden. Das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung nach Artikel 13 des Grundgesetzes und Artikel 8 der Verfassung des Freistaats Thüringen wird in den Fällen des Satzes 1 Nr. 2 und Satz 2 eingeschränkt.

(2) Personen, die zur Durchführung der Überwachungsaufgaben nach § 16 Abs. 1 Satz 1, § 17 Abs. 3 oder § 18 Auskünfte geben können, sind verpflichtet, auf Verlangen

die erforderlichen Auskünfte zu erteilen und Unterlagen vorzulegen. Die zur Auskunft verpflichtete Person kann die Auskunft auf solche Fragen verweigern, deren Beantwortung sie selbst oder einen der in § 52 Abs. 1 der Strafprozeßordnung in der Fassung vom 7. April 1987 (BGBl. I S. 1074, 1319) in der jeweils geltenden Fassung bezeichneten Angehörigen der Gefahr strafrechtlicher Verfolgung oder eines Verfahrens nach dem Gesetz über Ordnungswidrigkeiten (OWiG) in der Fassung vom 19. Februar 1987 (BGBl. I S. 602) in der jeweils geltenden Fassung aussetzen würde.

(3) Wer die tatsächliche Gewalt über Grundstücke, Räume, Anlagen, Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 und Gegenstände nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 innehat, ist verpflichtet, diese im Rahmen der Erfüllung der Überwachungsaufgaben nach § 16 Abs. 1, § 17 Abs. 3 und § 18 in Verbindung mit § 19 Abs. 1 Satz 1 und Satz 2 sowie § 19 Abs. 2 Satz 1 zugänglich zu machen. Er ist verpflichtet, die Amtshandlungen der mit der Überwachung beauftragten Personen zu dulden.

(4) Werden bei der Überwachung nach § 16 Abs. 1, § 17 Abs. 3 oder § 18 Tatsachen festgestellt, die ein Eingreifen erforderlich machen, veranlasst die untere Gesundheitsbehörde die notwendigen Maßnahmen, sofern nicht andere Behörden zuständig sind. Bei Gefahr in Verzug sind die erforderlichen Maßnahmen durch die untere Gesundheitsbehörde zu treffen.

(5) Weitere Überwachungsmaßnahmen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten nach dem Infektionsschutzgesetz bleiben unberührt.

§ 20
Medizinalaufsicht

(1) Die Angehörigen der Berufe des Gesundheitswesens haben Beginn und Beendigung einer selbstständigen Berufsausübung unverzüglich der jeweils zuständigen unteren Gesundheitsbehörde anzuzeigen. Im Fall des Beginns der Berufsausübung nach Satz 1 sind

1. die Anschrift der Niederlassung anzugeben und
2. die Berechtigung zur Ausübung des Berufs oder Führen der Berufsbezeichnung nachzuweisen.

Änderungen der nach Satz 2 mitgeteilten Informationen sind der jeweils zuständigen unteren Gesundheitsbehörde anzuzeigen.

(2) Die Anzeigepflicht nach Absatz 1 ist entbehrlich, wenn eine Anzeigepflicht aufgrund anderer Rechtsvorschriften besteht.

(3) Erlangt die untere Gesundheitsbehörde im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung oder aufgrund von Anzeigen Kenntnis davon, dass eine Angehörige oder ein Angehöriger der Berufe des Gesundheitswesens die beruflichen Befugnisse nicht einhält oder Berufspflichten nicht erfüllt, unterrichtet die untere Gesundheitsbehörde die für die Berufsaufsicht zuständige Heilberufekammer oder die für die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung zuständige Behörde. Die untere Gesundheitsbehörde achtet ferner darauf, dass niemand unerlaubt die Heilkunde ausübt.

Fünfter Unterabschnitt
Gutachterliche Tätigkeiten

§ 21
Bescheinigungen, Zeugnisse, Begutachtungen

(1) Die unteren Gesundheitsbehörden stellen erforderlichenfalls nach der Durchführung einer Untersuchung amtsärztliche Bescheinigungen oder Zeugnisse aus und erstellen Gutachten, soweit dies durch Rechtsvorschriften vorgeschrieben ist.

(2) Die unteren Gesundheitsbehörden führen die beamtenrechtlich vorgeschriebenen amtsärztlichen Untersuchungen und Begutachtungen über die Dienstfähigkeit oder Dienstunfähigkeit durch.

(3) Die Durchführung ärztlicher Untersuchungen und die Erstellung ärztlicher Zeugnisse über die gesundheitliche Eignung im Sinne des Beamtenrechts erfolgt grundsätzlich durch geeignete niedergelassene oder andere approbierte Ärztinnen oder Ärzte. In begründeten Einzelfällen können die unteren Gesundheitsbehörden erforderliche Nach- und Wiederholungsuntersuchungen einschließlich der Erstellung eines ärztlichen Zeugnisses durchführen. Zum Verfahren nach den Sätzen 1 und 2 schließt das für Gesundheit zuständige Ministerium mit dem für Dienstrecht zuständigen Ministerium, der Landesärztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen sowie den kommunalen Spitzenverbänden eine Rahmenvereinbarung.

Dritter Teil
Besondere Regelungen zur Abwehr erheblicher gesundheitlicher Gefahren für Leib und Leben der Bevölkerung

§ 22
Erhebliche gesundheitliche Gefahr für Leib und Leben der Bevölkerung

Die Landesregierung stellt das Vorliegen einer erheblichen gesundheitlichen Gefahr für Leib und Leben der Bevölkerung fest. Eine Gefahr nach Satz 1 liegt vor, wenn Tatsachen festgestellt werden, die insbesondere

1. zur Verbreitung einer bedrohlichen übertragbaren Krankheit oder
2. zur Freisetzung von biologischen und chemischen Stoffen mit lebensbedrohlichen Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit

führen können und dadurch große Teile der Bevölkerung gefährdet sind. Satz 2 gilt auch, wenn ein dringender oder begründeter Verdacht vorliegt.

§ 23
Aufgaben der unteren Gesundheitsbehörden, Verordnungsermächtigung

Zur Abwehr erheblicher gesundheitlicher Gefahren für Leib und Leben der Bevölkerung nach § 22 haben die unteren Gesundheitsbehörden in Zusammenarbeit mit den weiteren zur Abwehr von Gefahr für Leib und Leben zuständigen Behörden vorbereitende Maßnahmen zu treffen, insbesondere

1. Alarmpläne aufzustellen, deren Durchführung zu üben und sie nach dem jeweiligen Stand von Wissenschaft und Technik fortzuschreiben,
2. angemessene persönliche Schutzausrüstung zu bevorraten und
3. auf lokaler Ebene präventiv Strukturen zur Bewältigung von Epidemien und Pandemien zu schaffen.

Die unteren Gesundheitsbehörden wirken auf sachgerechte Regelungen zwischen Rettungsdienst, Katastrophenschutz und den stationären Einrichtungen nach § 18a Abs. 1 Satz 1 des Thüringer Krankenhausgesetzes in der Fassung vom 30. April 2003 (GVBl. S. 262) in der jeweils geltenden Fassung hin. Die zuständigen Behörden sind verpflichtet, die unteren Gesundheitsbehörden bei der Erfüllung der Aufgaben nach den Sätzen 1 und 2 zu unterstützen. Die unteren Gesundheitsbehörden treffen die notwendigen Maßnahmen, um erhebliche gesundheitliche Gefahren für Leib und Leben der Bevölkerung nach § 22 abzuwehren. Das für Gesundheit zuständige Ministerium regelt Näheres über die Art und den Umfang der Bevorratung nach Satz 1 Nr. 2 durch Rechtsverordnung.

§ 24
Pandemielager, Verordnungsermächtigung

Zur Abwehr einer Gefahr nach § 22 Satz 1 unterhält die obere Gesundheitsbehörde ein Pandemielager. Die obere Gesundheitsbehörde kann diese Aufgabe vollständig oder teilweise an eine von ihr zu beauftragende Stelle übertragen. Das für Gesundheit zuständige Ministerium regelt Näheres über die Art und den Umfang der Bevorratung, über die Bewirtschaftung des Pandemielagers einschließlich von Bestimmungen insbesondere zu Anforderungswegen und Ersatzbeschaffungen sowie über die Finanzierung durch Rechtsverordnung.

§ 25
Abgrenzung zu Regelungen im Bereich des Brand- und Katastrophenschutzes

Die Regelungen des Thüringer Brand- und Katastrophenschutzgesetzes vom 2. Juli 2024 (GVBl. S. 210) in der jeweils geltenden Fassung bleiben von diesem Teil des Gesetzes unberührt.

Vierter Teil
Datenschutz, Kostenregelungen, Ordnungswidrigkeiten

Erster Abschnitt
Datenschutz

§ 26
Verarbeitung personenbezogener Daten, Verordnungsermächtigung

(1) Die Behörden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes oder eine nach § 3 Abs. 4 und 5 beliehene Person dürfen personenbezogene Daten oder Daten im Sinne des Artikels 9 Abs. 1 der Verordnung (EU) 2016/679 und § 16 Abs. 2 des Thüringer Datenschutzgesetzes vom 6. Juni 2018 (GVBl. S. 229) in der jeweils geltenden Fassung nur verarbeiten, soweit diese im Zusammenhang mit der Wahrnehmung ihrer Aufgaben stehen und dies

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

Im Übrigen dürfen personenbezogene Daten nur verarbeitet werden, wenn die betroffene Person ausdrücklich eingewilligt hat. Die hinsichtlich einer Datenverarbeitung nach den Sätzen 1 oder 2 betroffenen Personen sind vor der Datenverarbeitung über Art, Umfang und Zweck der beabsichtigten Datenverarbeitung zu unterrichten und auf ihr Widerrufsrecht nach Artikel 7 der Verordnung (EU) 2016/679 hinzuweisen. Die Einwilligung nach Satz 2 bedarf in der Regel der Schriftform. Wird die Einwilligung nach Satz 2 nur mündlich erteilt, ist die mündlich erteilte Einwilligung unter Angabe der Gründe zu dokumentieren.

(2) Daten, die die Behörden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes für eine Beratung benötigen und die Dritte betreffen, dürfen bei der betroffenen Person erhoben werden. Die Dritten sind über die Erhebung in geeigneter Weise zu unterrichten, wenn und soweit die Erfüllung der Beratungsaufgabe dadurch nicht gefährdet wird und die betroffene Person in die Entbindung von der Schweigepflicht der einem besonderen Berufs- oder Amtsgeheimnis unterliegenden beratenden Person vor der Datenerhebung schriftlich eingewilligt hat. Personenbezogene Daten der betroffenen Person, die Behörden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes für eine Beratung erhoben haben, dürfen ohne weitere Einwilligung nicht für andere Zwecke verarbeitet oder genutzt werden. Eine Trennung zwischen diesen Daten und personenbezogenen Daten, die bei der Erfüllung anderer Aufgaben erhoben werden, ist zu gewährleisten.

(3) Die Behörden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes dürfen personenbezogene Daten an andere öffentliche Stellen nur übermitteln, wenn dies zur Erfüllung ihrer Aufgaben oder der Aufgaben der empfangenden Stelle erforderlich ist und die Daten entsprechend dem Zweck ihrer Erhebung genutzt werden oder eine Rechtsvorschrift nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 zugrunde liegt. Die Einwilligung nach Absatz 1 Satz 2 bleibt unberührt.

(4) Eine Übermittlung an Stellen außerhalb des öffentlichen Bereichs ist nur zulässig, wenn sie im öffentlichen Interesse liegt, die empfangende Stelle ein rechtliches Interesse an der Kenntnis der zu übermittelnden Daten glaubhaft macht und die betroffene Person nach Maßgabe des Absatzes 1 Satz 2 bis 4 eingewilligt hat.

(5) Personenbezogene Daten, die den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Behörden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes oder einer nach § 3 Abs. 4 und 5 beliehenen Person in Wahrnehmung ihrer Aufgaben anvertraut

oder sonst bekannt werden, unterliegen der Verschwiegenheit. Die innerbehördliche Organisation der Behörden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ist so zu gestalten, dass gesetzliche Geheimhaltungspflichten, insbesondere die ärztliche Schweigepflicht nach § 203 des Strafgesetzbuches gewahrt werden.

(6) Im Übrigen finden die Bestimmungen der Verordnung (EU) 2016/679 sowie des Thüringer Datenschutzgesetzes Anwendung.

(7) Personenbezogene Daten einschließlich der Dokumentation sind für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Maßnahme oder der Durchführung einer Untersuchung aufzubewahren, es sei denn, dass ihre Kenntnis bereits zuvor für die speichernde Stelle zur Erfüllung ihrer Aufgaben nicht mehr erforderlich ist. Sofern nach anderen Vorschriften abweichende Aufbewahrungsfristen bestehen, finden diese Anwendung.

(8) Das für die Gesundheit zuständige Ministerium wird ermächtigt, Näheres zur Verarbeitung personenbezogener Daten durch die Behörden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, insbesondere zu technisch-organisatorischen Abläufen, durch Rechtsverordnung zu regeln.

§ 27
Ärztliche Untersuchung und Datenschutz

Bei ärztlichen Untersuchungen auf Veranlassung Dritter oder im Rahmen dieses Gesetzes dürfen personenbezogene Daten oder Daten im Sinne des Artikels 9 Abs. 1 der Verordnung (EU) 2016/679 nur verarbeitet werden, wenn dies im Rahmen der Aufgabenwahrnehmung erforderlich ist. Der die Untersuchung veranlassenden Stelle darf nur das Ergebnis der Untersuchung und, soweit erforderlich, gesundheitlich bedingte Einschränkungen der Leistungsfähigkeit übermittelt oder weitergegeben werden. Abweichend von Satz 2 ist die Übermittlung von Einzelergebnissen der Anamnese und der Untersuchung sowie von ergänzenden Befunden und Diagnosen zulässig, soweit deren Kenntnis zur Entscheidung über die konkrete Maßnahme, zu deren Zweck die Untersuchung durchgeführt worden ist, erforderlich ist.

Zweiter Abschnitt
Kostenregelungen

§ 28
Kostenregelungen

Soweit die Behörden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes Aufgaben nach diesem Gesetz wahrnehmen, erheben sie Verwaltungskosten nach dem Thüringer Verwaltungskostengesetz vom 23. September 2005 (GVBl. S. 325) in Verbindung mit der Thüringer Verwaltungskostenordnung für den Geschäftsbereich des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie vom 11. Dezember 2001 (GVBl. 2002 S. 1) jeweils in der jeweils geltenden Fassung.

Dritter Abschnitt
Ordnungswidrigkeiten

§ 29
Ordnungswidrigkeiten

(1) Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig
1. entgegen § 14 Abs. 2 Satz 2 die erforderlichen Auskünfte nicht oder nicht rechtzeitig erteilt,
2. entgegen § 14 Abs. 2 Satz 2 die Räumlichkeiten nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellt,
3. entgegen § 19 Abs. 2 die erforderlichen Auskünfte nicht oder nicht rechtzeitig erteilt oder die erforderlichen Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig vorlegt,
4. entgegen § 19 Abs. 3 Satz 1 als Inhaberin oder Inhaber der tatsächlichen Gewalt den mit der Überwachung beauftragten Personen Grundstücke, Räume, Anlagen, Einrichtungen und Gegenstände auf Verlangen nicht oder nicht rechtzeitig zugänglich macht oder
5. entgegen § 19 Abs. 3 Satz 2 die Durchführung der Amtshandlungen der mit der Überwachung beauftragen Personen behindert.

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

(3) Verwaltungsbehörde im Sinne des § 36 Abs. 1 Nr. 1 OWiG ist die zuständige untere Gesundheitsbehörde.

Fünfter Teil
Übergangs- und Schlussbestimmungen

§ 30
Übergangsbestimmungen

(1) Soweit bei Inkrafttreten dieses Gesetzes die Leitung oder die stellvertretende Leitung einer unteren Gesundheitsbehörde die Voraussetzungen des § 2 Abs. 3 Satz 1 nicht erfüllt, sind nach Maßgabe des § 2 Abs. 3 Satz 3 die Voraussetzungen unverzüglich nachzuholen oder nach Maßgabe des § 2 Abs. 3 Satz 2 die Zustimmung der obersten Gesundheitsbehörde einzuholen.

(2) Bis zur Inbetriebnahme der Plattform nach § 5 Abs. 1 Satz 2 werden die derzeit genutzten Informations- und Kommunikationstechniken durch die jeweiligen Behörden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes weiterverwendet.

(3) Bis zum Abschluss der Rahmenvereinbarung nach § 1 Abs. 3 Satz 3 erfolgt die Durchführung ärztlicher Untersuchungen und die Erstellung ärztlicher Zeugnisse im Sinne des § 21 Abs. 3 Satz 1 weiterhin durch die unteren Gesundheitsbehörden.

§ 31
Evaluation

(1) Dieses Gesetz ist innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten in Bezug auf Anpassungs- und Änderungsbedarfe zu evaluieren.

(2) Die Landesregierung legt dem Landtag nach Ablauf von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieses Gesetzes einen Bericht über das Ergebnis der Evaluierung vor.

§ 32
Gleichstellungsbestimmung

Status- und Funktionsbezeichnungen in diesem Gesetz gelten jeweils auch für Personen, die mit der Angabe „divers“ oder ohne eine Angabe des Geschlechts in das Geburtenregister eingetragen sind.

Artikel 3
Änderung der Thüringer Verordnung zur Regelung von Zuständigkeiten und zur Übertragung von Verordnungsermächtigungen im Rahmen des Infektionsschutzes

Die Thüringer Verordnung zur Regelung von Zuständigkeiten und zur Übertragung von Verordnungsermächtigungen im Rahmen des Infektionsschutzes vom 12. Juli 2022 (GVBl. S. 316), geändert durch Artikel 2 der Verordnung vom 27. September 2022 (GVBl. S. 403), wird wie folgt geändert:

1. § 1 Abs. 4 wird aufgehoben.

2. § 4 wird wie folgt geändert:

   a) Nach Nummer 1 wird folgende neue Nummer 2 eingefügt:

      „2. die Information der Kontaktstelle nach § 5 Abs. 7 Satz 3 IfSG,“

   b) Die bisherigen Nummern 2 bis 6 werden die Nummern 3 bis 7.

   c) Nach der neuen Nummer 7 wird folgende neue Nummer 8 eingefügt:

      „8. die Durchführung chemischer, bakteriologischer, parasitologischer, mykologischer, mikrobiologischer, virologischer, umweltmedizinischer und wasserhygienischer Untersuchungen einschließlich krankenhaushygienischer Analysen nach § 16 Abs. 3 IfSG,“

   d) Die bisherigen Nummern 7 bis 9 werden die Nummern 9 bis 11.

   e) Nach der neuen Nummer 11 werden folgende neue Nummern 12 bis 16 eingefügt:

      „12. die Entscheidung über die Erteilung der Erlaubnis nach § 44 IfSG und deren Rücknahme oder Widerruf nach § 48 IfSG,
      13. die Freistellung von der Erlaubnispflicht nach § 45 Abs. 3 IfSG,
      14. die Untersagung von Tätigkeiten im Sinne des § 45 Abs. 1 bis 3 IfSG nach § 45 Abs. 4 IfSG,
      15. die Anerkennung nach § 47 Abs. 2 Satz 2 IfSG,
      16. die Erteilung der Erlaubnis nach § 47 Abs. 3 Satz 2 IfSG,“

   f) Die bisherigen Nummern 10 und 11 werden die Nummern 17 und 18.

g) Nach der neuen Nummer 18 wird folgende Nummer 19 eingefügt:

„19. die Untersagung einer Tätigkeit nach § 49 Abs. 3 IfSG,“

h) Die bisherigen Nummern 12 und 13 werden die Nummern 20 und 21.

i) Die bisherige Nummer 14 wird Nummer 22 und der Punkt am Ende wird durch ein Komma ersetzt.

j) Folgende Nummern 23 bis 26 werden angefügt:

„23. Entschädigungsleistungen nach § 56 IfSG,
24. die Erstattung von Aufwendungen nach § 58 IfSG,
25. die Gewährung von Entschädigungsleistungen nach § 65 IfSG sowie
26. die Entscheidung über sonstige Ansprüche aufgrund von Maßnahmen zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten nach § 32 Satz 1 in Verbindung mit § 28 Abs. 1 Satz 1 IfSG, insbesondere wenn diese gestützt werden auf
    a) § 839 des Bürgerlichen Gesetzbuches in Verbindung mit Artikel 34 Satz 1 des Grundgesetzes,
    b) das Staatshaftungsgesetz in der im Gesetz- und Verordnungsblatt für den Freistaat Thüringen veröffentlichten bereinigten Fassung (GVBl. 1998 S. 336) in der jeweils geltenden Fassung,
    c) den polizeirechtlichen oder sicherheitsrechtlichen Entschädigungsanspruch von in Anspruch genommenen, nicht verantwortlichen Personen,
    d) die allgemeinen Grundsätze für Ansprüche wegen eines enteignungsgleichen Eingriffs, eines enteignenden Eingriffs, eines aufopferungsgleichen Eingriffs oder des allgemeinen Aufopferungsanspruchs oder
    e) sonstige allgemeine Rechtsgrundsätze für die Gewährung von Entschädigungs- oder Ausgleichsleistungen.“

3. § 5 wird aufgehoben.

4. Der bisherige § 6 wird § 5.

5. Der bisherige § 7 wird § 6 und in der Einleitung der Nummer 1 wird das Wort „Landesverwaltungsamt“ durch die Worte „Landesamt für Verbraucherschutz“ ersetzt.

6. Die bisherigen §§ 8 bis 10 werden die §§ 7 bis 9.

Artikel 4
Änderung der Thüringer Verordnung zur Übertragung der Fachaufsicht auf dem Gebiet der Trink-, Schwimm- und Badewasserüberwachung auf das Landesamt für Verbraucherschutz

§ 1 der Thüringer Verordnung zur Übertragung der Fachaufsicht auf dem Gebiet der Trink-, Schwimm- und Badewasserüberwachung auf das Landesamt für Verbrau-

cherschutz vom 22 April 2002 (GVBl. S. 194), die durch Artikel 24 der Verordnung vom 8. August 2013 (GVBl. S. 208) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Nummer 2 wird die Verweisung „§ 6 Satz 1 Nr. 6 der Verordnung über den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Aufgaben der Gesundheitsämter in den Landkreisen und kreisfreien Städten vom 8. August 1990 (GBl. I Nr. 53 S. 1068) in der im Gesetz- und Verordnungsblatt für den Freistaat Thüringen veröffentlichten bereinigten Fassung vom 2. Oktober 1998 (GVBl. S. 329 -337-)“ durch die Verweisung „§ 18 des Thüringer Gesundheitsdienstgesetzes (ThürGDG) vom …[einsetzen: Datum des Erlasses dieses Mantelgesetzes] (GVBl. S. …[einsetzen: Angabe der Seite des GVBl., auf dem die Überschrift dieses Mantelgesetzes abgedruckt wird]) in der jeweils geltenden Fassung“ ersetzt.

2. In Nummer 3 wird die Verweisung „§ 6 Satz 1 Nr. 6 der Verordnung über den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Aufgaben der Gesundheitsämter in den Landkreisen und kreisfreien Städten“ durch die Verweisung „§ 18 ThürGDG“ ersetzt.

Artikel 5
Änderung der Thüringer Verwaltungskostenordnung für den Geschäftsbereich des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie

Die Anlage der Thüringer Verwaltungskostenordnung für den Geschäftsbereich des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie vom 11. Dezember 2001 (GVBl. 2002 S. 1), die zuletzt durch Verordnung vom 15. Dezember 2019 (GVBl. S. 521) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Teil B der Übersicht zum nachfolgenden Verwaltungskostenverzeichnis erhält Nummer 6.1 folgende Fassung:

   „6.1 Thüringer Gesundheitsdienstgesetz“

2. Teil B des Verwaltungskostenverzeichnisses wird wie folgt geändert:

   a) In Spalte 2 der Nummer 6 wird die Angabe „des/der“ durch das Wort „des“ ersetzt.

   b) Nummer 6.1 erhält folgende Fassung:

      „6.1 Thüringer Gesundheitsdienstgesetzes vom … [einsetzen: Datum des Erlasses dieses Mantelgesetzes] (GVBl. S. … [einsetzen: Angabe der Seite des GVBl., auf dem die Überschrift dieses Mantelgesetzes abgedruckt wird]) in der jeweils geltenden Fassung“

   c) In Spalte 2 der Nummer 6.1.1 wird die Verweisung „§ 3“ durch die Verweisung „§ 21“ ersetzt.

   d) In Spalte 2 der Nummer 6.2 wird die Angabe „in Verbindung mit § 7 Abs. 3 der Verordnung über den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Aufgaben der

Gesundheitsämter in den Landkreisen und kreisfreien Städten“ gestrichen.

e) Spalte 2 der Nummer 7 wird wie folgt geändert:

aa) Nach der Verweisung „Infektionsschutzgesetzes“ wird die Verweisung „Thüringer Gesundheitsdienstgesetzes“ eingefügt.

bb) Die Verweisung „Verordnung über den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Aufgaben der Gesundheitsämter in den Landkreisen und kreisfreien Städten“ wird gestrichen.

Artikel 6
Aufhebung der Verordnung über den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Aufgaben der Gesundheitsämter in den Landkreisen und kreisfreien Städten

Die Verordnung über den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Aufgaben der Gesundheitsämter in den Landkreisen und kreisfreien Städten in der im Gesetz- und Verordnungsblatt für den Freistaat Thüringen veröffentlichten bereinigten Fassung vom 2. Oktober 1998 (GVBl. S. 329 -337-) wird aufgehoben.

Artikel 7
Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am Tage nach der Verkündung in Kraft.

Begründung:

A. Allgemeines

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland steht vor den großen Herausforderungen des demografischen Wandels, der zunehmenden Prävalenz chronischer Erkrankungen, nicht ausreichender sozialer Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung und der Auswirkungen des Klimawandels.

Gerade in Thüringen sind diese Unterschiede wegen des starken Stadt-Land-Gefälles und der starken Abwanderung besonders deutlich zu spüren.

Prävention und Gesundheitsförderung bieten Potenzial, um diesen Herausforderungen wirksam zu begegnen, doch sie sind in ihrer Umsetzung oft fragmentiert, den Ansprüchen an eine solide Haushaltslage ausgesetzt und zum Teil unzureichend in politische und administrative Strukturen integriert.

Eine systematische und zielgerichtete Stärkung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen ist daher unerlässlich, um nachhaltige gesundheitliche Chancengerechtigkeit, Teilhabe, Resilienz und eine hohe Lebensqualität für alle Bevölkerungsgruppen zu stärken. Eine wirksame Präventionspolitik bedeutet vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung nicht zuletzt auch, die Erwerbs- und Arbeitsfähigkeit unserer Gesellschaft langfristig und nachhaltig zu sichern. Eine effektive betriebliche Gesundheitsförderung oder ausreichende Regenerationsphasen spielen eine zunehmende Rolle bei der Vermeidung von Krankheiten, die ein früheres Ausscheiden aus dem Berufsleben oft bedingen. Diese Prozesse durch gute Präventionspolitik zu verändern, ist in Zeiten des Fachkräftemangels auch ein wichtiger Wirtschaftsfaktor und wirkt dem demografischen Wandel entgegen. Die Förderung der Gesundheit aller Bürgerinnen und Bürger ist eine zentrale Aufgabe der öffentlichen Daseinsvorsorge und zugleich ein gesamtgesellschaftlicher Auftrag. Prävention und Gesundheitsförderung leisten nicht nur einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität, sondern stärken auch die Resilienz der Gesellschaft, können das Gesundheitssystem entlasten und soziale Gerechtigkeit fördern. Um diesen Aufgaben gerecht zu werden, ist es erforderlich, die bestehenden Ansätze zur Prävention und Gesundheitsförderung zu stärken, innovative Strategien zu entwickeln und sektorübergreifende Kooperationen auszubauen.

Die Aufgaben der Behörden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sind daher vielfältiger Natur, jedoch auch als niedrigschwelliges Angebot für die breite Bevölkerung zu verstehen. Dabei sind die Kommunen der Lebensraum, in dem die Gesundheit und Lebensqualität von Menschen täglich beeinflusst wird. Den Landkreisen und kreisfreien Städten obliegt es, die Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes mit Leben zu erfüllen; sie benötigen dafür insoweit die finanzielle und rechtliche Unterstützung. Die Stärkung von integrierten kommunalen Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung erfordert daher ein Zusammenspiel von Land und Kommunen und ist als gesamtgesellschaftliche Aufgabe anzusehen, die alle relevanten Akteure verbindet.

Zudem wird der Öffentliche Gesundheitsdienst beständig fortentwickelt und durch Beschlüsse auf den Gesundheitsministerkonferenzen konkretisiert. So stellt der unter Federführung Thüringens beschlossene Leitantrag der 98. Gesundheitsministerkonferenz vom 11. bis 12. Juni 2025 in

Weimar fest, dass die Weiterentwicklung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes eine koordinierte Anstrengung auf allen föderalen Ebenen erfordert. Auf kommunaler Ebene ist die Nähe zur Bevölkerung essenziell, um Prävention und Gesundheitsförderung effektiv umzusetzen. Eine langfristige Unterstützung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes durch den Bund ist entscheidend, um den Öffentlichen Gesundheitsdienst nachhaltig als tragende Säule eines resilienten Gesundheitssystems zu verankern und die erreichten Erfolge des Pakts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst zu bewahren. Der Öffentliche Gesundheitsdienst muss sich nach den wichtigen Investitionen des vorgenannten Pakts fortentwickeln und den Aufbau von flexiblen, belastbaren und zukunftsfähigen Strukturen, die auch in Krisenzeiten effektiv arbeiten können, weiter vorantreiben. Dies befördert auch koordinierende Funktionen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in der Prävention und Gesundheitsförderung.

Ein weiteres Thema ist die Förderung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit. Sie bedeutet, dass alle Menschen unabhängig von sozioökonomischem Status, Herkunft, Alter oder Geschlecht die gleichen Möglichkeiten auf ein gesundes Leben haben. Eine nicht bedarfsgerechte Verteilung von Gesundheitsressourcen kann zu einer sozialen Schieflage führen und die soziale Kohäsion verringern. Gerechte Gesellschaften sind nicht zuletzt auch resilienter, eine Eigenschaft, die in einer Phase anhaltender Krisen wichtiger geworden ist als in früheren Jahrzehnten. Die Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit erfordert ein koordiniertes Zusammenspiel von Bund, Ländern, Sozialversicherungsträgern, Zivilgesellschaft und Wirtschaft.

B. Zu den einzelnen Bestimmungen

Zu Artikel 1

Zu § 1

Mit der Zuordnung der Aufgaben und Befugnisse aus dem Bereich des Öffentlichen Gesundheitsdienstes aus dem Landesverwaltungsamt zum Landesamt für Verbraucherschutz erfolgt eine Bündelung von Aufgaben und Befugnissen im Gesundheitsbereich. Die Rechts- und Fachaufsicht werden dann in derselben Behörde angesiedelt werden, wobei die grundsätzliche aufgabenrechtliche Trennung zwischen der Rechts- und Fachaufsicht erhalten bleibt. Mit der Zuordnung der Aufgaben und Befugnisse ist zudem eine Änderung der Dienstaufsicht über diese Bereiche aus dem Landesverwaltungsamt verbunden, die dann durch das Landesamt für Verbraucherschutz beziehungsweise das für Gesundheit zuständige Ministerium ausgeübt wird. Damit werden einfachere Zuständigkeitszuordnungen geschaffen und die Organisationsstruktur verschlankt.

Diese Konsequenz ist auch eine Erkenntnis aus der Corona-Pandemie, da auf den verschiedenen behördlichen Ebenen wegen des Auseinanderfallens von Dienst- und Fachaufsicht Kommunikationswege nicht ideal verlaufen konnten, keine Priorisierung (insbesondere durch die Fachaufsicht) vorgenommen werden konnte und zudem die handelnden Akteure teilweise durch die Übertragung von weiteren Aufgaben zusätzlich belastet wurden.

Zu § 2

§ 2 enthält die notwendigen organisations- und personalrechtlichen Regelungen zur Umsetzung der Ziele des § 1.

Zu Artikel 2

Zum Ersten Teil

Zu § 1

Zu Absatz 1

Absatz 1 Satz 1 definiert allgemeine Ziele der Arbeit sowie Arbeitsweisen der Behörden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Thüringen. Dabei nimmt der Öffentliche Gesundheitsdienst seine Aufgaben unter der Fokussierung auf einen bevölkerungsmedizinischen Ansatz wahr. Es ist seine Aufgabe, die Gesundheit aller zu schützen, zu bewahren und zu verbessern und die gesundheitliche Chancengleichheit zu erhöhen. Der Öffentliche Gesundheitsdienst ist der Garant für den Gesundheitsschutz der Bevölkerung. Der Öffentliche Gesundheitsdienst richtet im Rahmen seiner gesetzlichen Aufgaben und Kompetenzen, sein Handeln stets an aktuellen Herausforderungen, zielgruppenspezifisch und qualitätsgesichert aus. So sind auch bereits im Vorfeld die Entwicklung potenzieller Gesundheitsschäden zu beobachten und zu bewerten. Vorhandene Standards, Konzepte, Programme und Ähnliches sind entsprechend regelmäßig zu überprüfen. Dafür entwickelt der Öffentliche Gesundheitsdienst geeignete Prozesse und bezieht die relevanten Beteiligten mit ein.

Außerdem richtet der Öffentliche Gesundheitsdienst seine Planungen, Maßnahmen und Vernetzung auch darauf aus, die Eigenverantwortung für die individuelle Gesundheit und die Bevölkerungsgesundheit, insbesondere durch Aufklärung und Initiierung von Programmen nach dem Ansatz von Gesundheit in allen Politikfeldern, zu fördern; vergleiche auch Ausführungen zu § 10. Die Förderung bürgerschaftlichen Engagements oder auch strukturierte Beteiligungsprozesse der Bürgerinnen und Bürger im Gesundheitskontext dienen als Methoden, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung nachhaltig in der Bevölkerung zu implementieren.

Die Maßnahmen sollen wirkungsorientiert sein. Damit soll sichergestellt werden, dass sie nicht nur den Qualitätsanforderungen entsprechen, sondern auch für den betroffenen Personenkreis relevant sind und eine Verbesserung der Situation erwarten lassen.

Satz 2 stellt klar, dass es erklärtes Ziel des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ist, im Rahmen seiner zu erfüllenden Aufgaben die gesundheitliche Chancengleichheit aller in Thüringen lebenden Menschen im Blick zu haben und darauf hinzuwirken. Bei der flächendeckenden medizinischen Versorgung dürfen sowohl die soziale Situation als auch der Wohnort insoweit keine Rolle spielen, als dass bestimmte Bevölkerungsgruppen hinsichtlich des Zugangs zu medizinischen Leistungen als auch Beratung und Information benachteiligt werden.

Zu den Absätzen 2 und 3

In den Bereichen Gesundheitsschutz, Prävention, Gesundheitsförderung und subsidiäre, sozialkompensatorische Individualmedizin ist der Öffentliche Gesundheitsdienst für die Gesundheit jedes Einzelnen und aller Menschen in einem umschriebenen Gebiet zuständig. Er arbeitet partnerschaftlich mit vielen Akteuren zusammen, übernimmt öffentliche Verantwortung und verbindet Theorie und Praxis. Er zeigt auf und informiert darüber, was die Menschen krank macht und was sie gesund hält. Der Öffentliche Gesundheitsdienst hat originäre, komplementäre und subsidiäre Aufgaben. Die originären Aufgaben obliegen ausschließ-

lich dem Öffentlichen Gesundheitsdienst, die komplementären Aufgaben werden anteilig und gleichberechtigt mit anderen Akteuren wahrgenommen, die subsidiären Aufgaben werden ersatzweise oder unterstützend vom Öffentlichen Gesundheitsdienst durchgeführt. Insoweit wird die Zusammenarbeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes mit den anderen Säulen des Gesundheitssystems beschrieben und differenzierend sein spezifischer bevölkerungsmedizinischer Ansatz betont. Ergänzend wird klargestellt, dass eine weitere Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Rahmen der kommunalen Daseinsfürsorge und seiner sozialkompensatorischen Funktion in subsidiär individualmedizinischen Tätigkeiten liegt. Damit kommt er seiner Aufgabe nach, die Gesundheit aller zu schützen, zu bewahren und zu verbessern und die gesundheitliche Chancengleichheit zu erhöhen. Auch die sozialkompensatorisch individualmedizinischen Aufgaben dienen dem Ziel, die Gesundheit der gesamten Bevölkerung zu schützen und zu verbessern.

Zudem wird die Bedeutung der Netzwerkarbeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst hervorgehoben und seine zentrale steuernde und koordinierende Rolle in den Netzwerken klargestellt. Dem Öffentlichen Gesundheitsdienst kommt als Teil des Staats eine besondere Rolle hinsichtlich der Organisation des Zusammenwirkens der verschiedenen Akteure in diesem Bereich zu.

Ferner verpflichtet Absatz 3 die Behörden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zu einer öffentlichkeitswirksamen und adressatengerechten Arbeit, um seine Ziele möglichst breit in der Bevölkerung, in Institutionen und Einrichtungen sowie in anderen Behörden erreichen zu können. Die Bestimmung konkretisiert die Informationspflichten der Behörden gegenüber der Bevölkerung. In Abhängigkeit der besonderen Bedürfnisse und Lebensumstände der einzelnen Adressaten müssen die Informationswege entsprechend einfach und barrierefrei gestaltet werden.

Zu Absatz 4

In Absatz 4 werden die bekannten grundlegenden Kernaufgaben festgelegt. Diese werden im Zweiten und Dritten Teil des Gesetzes weiter definiert und beschrieben.

Zu Absatz 5

Es handelt sich hierbei um eine notwendige Feststellung zum Anwendungsbereich.

Zu § 2

Zu Absatz 1

Absatz 1 bestimmt die Behörden im Öffentlichen Gesundheitsdienst und ihre jeweilige Funktion im dreistufigen Verwaltungsaufbau.

Zu Absatz 2

Satz 1 verdeutlicht die Bedeutsamkeit des Personals in qualitativer Hinsicht für die unteren Gesundheitsbehörden.

Aufgrund des Fachkräftemangels, insbesondere im ärztlichen Bereich, und um einem umfassenden Gesundheitsverständnis gerecht zu werden, muss der Öffentliche Gesundheitsdienst multiprofessionell ausgerichtet werden. Satz 2 bietet zudem die Möglichkeit, Tätigkeiten, die bis-

her streng an vorgegebene Berufsgruppen gebunden waren, teilweise auch von anderen Professionen übernehmen zu lassen. Denkbar sind zudem nicht nur die bereits im Gesetzestext ausdrücklich erwähnten Berufsgruppen, sondern auch weitere Berufsgruppen mit Abschlüssen in gesundheitswissenschaftlichen, naturwissenschaftlichen oder sozialwissenschaftlichen Disziplinen.

Insbesondere mit der Gesundheitsberichterstattung existiert ein sehr vielfältiges Aufgabenspektrum, welches durch andere als die hergebrachten und bereits bewährten Berufsgruppen erledigt werden kann.

Satz 2 liegt im Interesse der Sicherung und des Fortbestands der Qualität der Aufgabenerfüllung in den unteren Gesundheitsbehörden durch Nachweis oder zumindest Nachholung erforderlicher Kenntnisse. Insbesondere die Möglichkeit der Nachholung gewährleistet ein flexibles dynamisches Personalmanagement vor dem Hintergrund zunehmend schwieriger Personalgewinnung in diesem Bereich.

Zu Absatz 3

Satz 1 regelt das Grundsatz-Ausnahme-Prinzip in Bezug auf das Vorliegen eines erfolgreichen Abschlusses der fachärztlichen oder fachzahnärztlichen Weiterbildung für das öffentliche Gesundheitswesen gegenüber einer durch die oberste Gesundheitsbehörde als gleichwertig anerkannten ärztlichen Qualifikation als Voraussetzung für die Leitung und die stellvertretende Leitung einer unteren Gesundheitsbehörde. Grundsätzlich sind Personen mit einer akademischen medizinischen Ausbildung am besten geeignet, die unterschiedlichen Aufgabenfelder zu übersehen und die Behörde zu leiten.

Satz 2 regelt darüber hinaus eine enge Ausnahmemöglichkeit zur Besetzung der Leitung und stellvertretenden Leitung der unteren Gesundheitsbehörde, sofern bereits die Möglichkeiten nach Satz 1 erschöpfend ohne Erfolg geblieben sind. Der bestehende Personalmangel im medizinischen Bereich zwingt zu erweiternden Lösungen, um einer Nichtbesetzung von Leitungspositionen im Gesundheitsbereich mangels Bewerberinnen oder Bewerber vorzubeugen.

Satz 3 stellt klar, dass die unteren Gesundheitsbehörden sich auch im Fall der Ausnahmetatbestände weiterhin ernsthaft bemühen müssen, dass die Voraussetzungen nach Satz 1 nachträglich erlangt werden und die Regelung nach Satz 2 lediglich Behelfscharakter besitzt.

Nach Artikel 2 Abs. 1 der Richtlinie (EU) 2018/958 ist für unter der Richtlinie 2005/36/EG fallende Rechts- und Verwaltungsvorschriften, die die Aufnahme oder Ausübung eines Berufs oder einer bestimmten Art seiner Ausübung beschränken, einschließlich des Führens einer Berufsbezeichnung und der im Rahmen dieser Berufsbezeichnung erlaubten beruflichen Tätigkeiten, eine Verhältnismäßigkeitsprüfung durchzuführen.

Die Prüfung erfolgt daraufhin, ob sie nichtdiskriminierend (Artikel 5 der Richtlinie (EU) 2018/958), durch Ziele des Allgemeininteresses gerechtfertigt (Artikel 6 der Richtlinie (EU) 2018/958) und verhältnismäßig (Artikel 7 Abs. 1 bis 4 der Richtlinie (EU) 2018/985) sind. Die Anforderungen werden konkretisiert durch die Verwaltungsvorschrift der Landesregierung zur Umsetzung der Richtlinie (EU) 2018/958 vom 21. Juli 2020 (StAnz. Nr. 32/2020 S. 963) in der jeweils geltenden Fassung.

Das Thüringer Gesundheitsdienstgesetz (ThürGDG) enthält Anforderungen an die berufliche Qualifikation der Leitung oder der stellvertretenden Leitung eines Gesundheitsamts. Es wird ein erfolgreicher Abschluss der fachärztlichen oder fachzahnärztlichen Weiterbildung für das öffentliche Gesundheitswesen oder eine als gleichwertig anerkannte ärztliche Qualifikation verlangt. Somit weist die Verpflichtung einer beruflichen Qualifikation beziehungsweise eine als gleichwertig anerkannte ärztliche Qualifikation eine beschränkende Wirkung im Sinne der Verhältnismäßigkeitsrichtlinie auf.

Nach Artikel 5 der Richtlinie (EU) 2018/958 haben die Mitgliedstaaten sicherzustellen, dass Rechts- und Verwaltungsvorschriften, mit denen der Zugang zu reglementierten Berufen oder deren Ausübung beschränkt wird, weder eine direkte noch eine indirekte Diskriminierung aufgrund der Staatsangehörigkeit oder des Wohnsitzes darstellen.

Das Thüringer Gesundheitsdienstgesetz enthält keine Regelungen, die an die Staatsangehörigkeit anknüpfen oder wodurch eine wohnsitzbezogene Differenzierung erfolgt.

Wie sich unmittelbar aus dem Erwägungsgrund 17 der Richtlinie (EU) 2018/958 sowie aus der Judikatur des Europäischen Gerichtshofs ergibt, sind insbesondere die öffentliche Sicherheit, die öffentliche Ordnung, die öffentliche Gesundheit, der Schutz der Verbraucherinnen und Verbraucher sowie der Dienstleistungsempfänger als Ziele des Allgemeininteresses anerkannt, die Beschränkungen der Personenverkehrsfreiheiten des Gemeinschaftsrechts vom Grundsatz her rechtfertigen können.

§ 2 Abs. 3 des Thüringer Gesundheitsdienstgesetzes (ThürGDG) bezweckt den Schutz der öffentlichen Gesundheit.

Die Anforderung an die berufliche Qualifikation der Leitung und stellvertretenden Leitung eines Gesundheitsamts dient der Vermeidung von potenziellen Fehlentscheidungen im Bereich der öffentlichen Gesundheit und unzulässigen Grundrechtseingriffen gegenüber der Bevölkerung. Sie dient somit auch dem Schutz der körperlichen Unversehrtheit und des Lebens des Einzelnen aus Artikel 2 Abs. 2 des Grundgesetzes. Denn die Gesundheitsämter sind als Teil des Öffentlichen Gesundheitsdienstes die zentrale Behörde für die Umsetzung des öffentlichen Gesundheitsschutzes auf kommunaler Ebene. Weiter dient sie der Erwerbung von Kompetenzen im Bereich der Erhebung und Bewertung des Gesundheitszustands der Bevölkerung, einschließlich epidemiologischer Methoden. Zudem stellt sie sicher, dass die Kompetenzen in der Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankheiten sowie übertragbaren Krankheiten (Infektionsschutz) gefördert werden.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst ist ein Teil der Eingriffsverwaltung. Er ist berechtigt, Verwaltungsakte zu erlassen, die mit nicht unerheblichen Grundrechtseingriffen einhergehen können. Insbesondere die Leitung eines Gesundheitsamts ist daher mit einer besonderen Verantwortung innerhalb und außerhalb der Behörde verbunden. Es besteht ein erhebliches Risiko bei potenziellen Fehlentscheidungen im Bereich der öffentlichen Gesundheit, etwa durch fehlerhafte epidemiologische Bewertungen oder unzulässige Grundrechtseingriffe, die erhebliche gesundheitliche, soziale und rechtliche Folgen für die Bevölkerung verursachen.

Die Weiterbildung zur Fachärztin oder Facharzt für öffentliches Gesundheitswesen in der (Muster-)Weiterbildungsverordnung der Bundesärztekammer ist systematisch verankert und stellt die anerkannte ärztliche

Qualifikation für Aufgaben im Öffentlichen Gesundheitsdienst dar. Ihre Inhalte decken genau die Anforderungen ab, die in Leitungsfunktionen von Gesundheitsämtern gefordert sind. Ziel der Facharztweiterbildung „Öffentliches Gesundheitswesen“ (ÖGW) ist es, gemäß der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer, Ärztinnen und Ärzte auf eine Tätigkeit im Bereich der bevölkerungsbezogenen Gesundheitsversorgung vorzubereiten. Die Weiterbildung stellt sicher, dass Fachärztinnen und Fachärzte über die nötige medizinische, epidemiologische, sozialmedizinische und rechtliche Qualifikation verfügen, um Aufgaben nicht an den einzelnen Patienten, sondern an der Bevölkerung als Ganzes wahrzunehmen, somit ist diese bevölkerungsmedizinisch ausgerichtet. Auch sollen durch die ÖGW-Weiterbildung Kompetenzen in der Erhebung und Bewertung des Gesundheitszustands der Bevölkerung, einschließlich epidemiologischer Methoden, erworben werden. Weiter werden die Kompetenzen in der Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankheiten sowie übertragbaren Krankheiten (Infektionsschutz) gefördert. Zudem sollen Schlüsselkompetenzen in der Beratung von politischen Entscheidungsträgern und Verwaltungsleitung in gesundheitsrelevanten Fragen erworben und schließlich die Bewertung von Gesundheitsrisiken und -ressourcen ermöglicht werden.

Die Bevölkerungsgesundheit ist ein überragend wichtiges öffentliches Gut, das strukturell besonders geschützt werden muss. Der Staat ist nach Artikel 2 Abs. 2 des Grundgesetzes dazu verpflichtet, das Rechtsgut Leben und körperliche Unversehrtheit durch geeignete Maßnahmen zu schützen. Die Anforderung an die berufliche Qualifikation dient dementsprechend dem Schutz der öffentlichen Gesundheit und daher den Zielen des Allgemeininteresses im Sinne des Artikels 6 der Richtlinie (EU) 2018/958.

Aufgrund der Vielzahl komplexer und grundrechtssensibler Aufgaben ist eine systematisch strukturierte und spezifische Qualifikation für die Leitung und stellvertretende Leitung eines Gesundheitsamts geeignet, entsprechende Kompetenzen zu erlangen. Die ÖGW-Weiterbildung ist die einzige ärztliche Weiterbildung, die strukturiert und systematisch darauf ausgerichtet ist, die besonderen Anforderungen im Öffentlichen Gesundheitsdienst zu vermitteln und notwendige Schlüsselkompetenzen zu vermitteln.

Die geforderte berufliche Qualifikation ist zur Erreichung des Schutzes der öffentlichen Gesundheit erforderlich. Ein milderes, gleich geeignetes Mittel zur Sicherstellung der Qualitätsanforderungen ist nicht ersichtlich. Insbesondere alternative Qualifikationsnachweise, wie eine langjährige Tätigkeit im ÖGD, Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen zum ÖGD oder allgemein- oder fachärztliche Qualifikationen mit Verwaltungserfahrung, kommen nicht in Betracht. Denn diese Alternativen vermitteln nicht dieselbe Systematik und Tiefe wie die Facharztweiterbildung im öffentlichen Gesundheitswesen. Auch würde durch eine zu weite Öffnung das Risiko einer nicht einheitlichen Mindestqualifikation entstehen, was die Qualität und Rechtsbeständigkeit gesundheitlicher Verwaltungsentscheidungen gefährden könnten. Die Anforderung ist vergleichbar mit anderen Anforderungen in öffentlich-rechtlichen Tätigkeitsbereichen, wie etwa strukturierte Zusatzqualifikationen für den höheren Dienst in anderen Fachverwaltungen.

Der Umstand, dass in engen Grenzen Ausnahmen von den Qualifikationsvoraussetzungen mit dem Gesetz zugelassen werden sollen, ändert an der Erforderlichkeit der geforderten Qualifikation, mithin der Rege-

lung, nichts. Die beabsichtigten Ausnahmen sind der aktuell bestehenden Personalsituation und dem generellen Fachkräftemangel im medizinischen Bereich in Thüringen geschuldet, wodurch der Gesetzgeber zu erweiternden Lösungen gezwungen ist, um einer Nichtbesetzung von Leitungspositionen im Gesundheitsbereich mangels geeigneter Bewerberinnen und Bewerber vorzubeugen. Aus den vorgenannten Gründen sieht das Gesetz auch in § 30 Abs. 3 eine Übergangsregelung für die bereits besetzten Leitungspositionen und deren Stellvertretungen in den Gesundheitsämtern vor.

Die Anforderung an die berufliche Qualifikation ist auf eine eng umrissene Funktion innerhalb des öffentlichen Sektors beschränkt und betrifft ausschließlich ärztlich tätige Personen mit Leitungsverantwortung. Es handelt sich somit um eine Spezifizierung für ein Amt mit besonderer Verantwortung. Dementsprechend ist nur ein kleiner, hochqualifizierter Personenkreis betroffen. Fortführend steht dem begrenzten Aufwand für den Erwerb der Zusatzqualifikation ein hoher Nutzen gegenüber, namentlich die Gewährleistung einer kompetenten, rechtssicheren und wissenschaftlich fundierten Führung von Gesundheitsbehörden. In Anbetracht der pandemiebedingten Erfahrungen zeigt sich, dass der volkswirtschaftliche und gesundheitspolitische Nutzen solcher Qualifikationen erheblich ist. Gleichzeitig dient die Regelung einem besonders hochrangigen Ziel, nämlich dem Schutz von Leben und Gesundheit der Bevölkerung, wie es auch in Artikel 2 Abs. 2 des Grundgesetzes verankert ist. Zudem steht es allen approbierten Ärztinnen und Ärzten grundsätzlich offen, die Facharztweiterbildung zu absolvieren und sich somit für die Leitungsfunktion zu qualifizieren. Die Belastung für die betroffenen Berufsangehörigen ist daher zumutbar, zumal die Facharztanerkennung einen nachvollziehbaren, objektiven Qualifikationsmaßstab bildet.

Zu § 3

Zu Absatz 1

Satz 1 regelt die Zuständigkeit der unteren Gesundheitsbehörden subsidiär und stellt klar, dass diese immer zuständig sind, soweit nicht ausdrücklich etwas anderes durch dieses oder aufgrund dieses Gesetzes geregelt ist.

Satz 2 ergänzt Satz 1 hinsichtlich anderer Rechtsvorschriften mit abweichenden Termini technici.

Zu Absatz 2

Absatz 2 legt die generelle Wahrnehmung der Aufgaben durch beziehungsweise aufgrund des Thüringer Gesundheitsdienstgesetzes durch die Kommunen im übertragenen Wirkungskreis und die dadurch zum Tragen kommende Fachaufsicht der übergeordneten Behörden (vergleiche § 2 Abs. 1) fest.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt, welche Aufgaben von der unteren Gesundheitsbehörden als Pflichtaufgaben im eigenen Wirkungskreis wahrgenommen werden. Es handelt sich dabei um die gesetzliche Normierung bereits vorhandener Aufgabenzuordnungen zum eigenen Wirkungskreis, so dass damit keine finanzielle Mehrbelastung der Kommunen einhergeht. Die Übertragung der Aufgaben als Pflichtaufgaben des eigenen Wirkungs-

kreises erfolgt zudem aus Gründen des öffentlichen Wohls. Sie sind für die Sicherstellung eines flächendeckenden, qualitätsgesicherten und bedarfsgerechten Gesundheitsschutzes, die Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit und die Erfüllung der staatlichen Schutzpflichten unerlässlich. Die kommunale Ebene ist aufgrund ihrer Nähe zur Bevölkerung, ihrer Steuerungs- und Vernetzungsfunktion und ihrer Kenntnis der lokalen Bedarfe prädestiniert, diese Aufgaben eigenverantwortlich wahrzunehmen.

Zu den Absätzen 4 und 5

Grundsätzlich sind die unteren Gesundheitsbehörden verpflichtet, die Aufgaben und Befugnisse nach diesem oder aufgrund dieses Gesetzes selbst wahrzunehmen beziehungsweise auszuüben. Die Beleihung ist neben der arbeitsteiligen Arbeitsweise der unteren Gesundheitsbehörden (vergleiche § 4 Abs. 1 und 2) eine Möglichkeit der personellen Unterstützung und Entlastung der unteren Gesundheitsbehörden. In bestimmten Fällen, in denen Aufgaben und Befugnisse nicht oder nicht sinnvoll eigenständig durch die unteren Gesundheitsbehörden wahrgenommen werden können, (zum Beispiel aufgrund Personalmangels, mangelnder Spezialisierung des vorhandenen Personals, zu hoher Fallzahlen, die vom Personal der Behörde allein nicht zeitgerecht erledigt werden können) bedarf es der Unterstützung der unteren Gesundheitsbehörden durch Beliehene. Zur notwendigen Ausübung der übergeordneten Fachaufsicht ist in Absatz 4 Satz 1 das Einvernehmen der oberen Gesundheitsbehörde für die Beleihung geregelt. Der Rechtsgrundsatz vom Vorbehalt des Gesetzes macht eine klare Regelung nötig, in der nicht nur das „Ob“, sondern auch das „Wie“ der Aufgabenwahrnehmung zu regeln ist. Es benötigt daher entweder eine klare Aufgabenaufstellung oder eine weitergehende Kontrolle durch die obere Landesbehörde. Durch das Einvernehmen wird diese Kontrollfunktion gesichert. Schließlich ist auch zur Sicherung der fachaufsichtlichen Aufgaben das Einvernehmen mit der oberen Gesundheitsbehörde herzustellen. Zudem können damit die unteren Gesundbehörden unterstützt und vor Nachteilen in der Vertragsgestaltung geschützt werden, wie etwa hinsichtlich Laufzeiten oder Beendigungsregelungen.

In Absatz 4 Satz 2 und 3 wird verbindlich geregelt, dass die Leistungserbringung nach den Standards beziehungsweise mit den Hilfsmitteln des Öffentlichen Gesundheitsdienstes Thüringen erfolgt. Daraus folgt beispielsweise, dass der Leistungserbringer Zugang zu den digitalen Verfahren für die Dokumentation erhält. Satz 4 stellt klar, dass Maßnahmen nach dem Thüringer Gesetz zur Hilfe und Unterbringung psychisch kranker Menschen (ThürPsychKG) ausgenommen sind.

Absatz 5 regelt die Voraussetzungen, die die zu beleihende Person erfüllen muss, um beliehen werden zu können. Damit wird sichergestellt, dass die Aufgabe nur an zuverlässige und leistungsfähige Personen erfolgen darf. Neben dem Einverständnis, welches durch die vertragliche Grundlage fixiert wird, muss die Beleihung im öffentlichen Interesse liegen und es dürfen keine Interessenkonflikte auftreten. Außerdem muss die beliehene Person die Gewähr für eine sachgerechte Erfüllung der ihr übertragenen Aufgaben bieten.

Absatz 5 Satz 2 legt die Aufsicht über die beliehenen Personen durch die örtlich oder sachlich zuständige untere Gesundheitsbehörde fest.

Zu § 4

Zu Absatz 1

Absatz 1 betont, dass der Öffentliche Gesundheitsdienst als eine Basis im Gesundheitswesen vorrangig bevölkerungsmedizinisch die gesundheitliche Vorsorge der Bevölkerung leistet. Dabei nimmt er seine Aufgaben eigenständig wahr und arbeitet partnerschaftlich mit vielen Akteuren, zum Beispiel auf dem Gebiet der individualmedizinischen Versorgung (zum Beispiel ambulant ärztlich, stationär, pflegerisch, psychosozial, pharmazeutisch, Hebammen), zusammen. Subsidiär individualmedizinisch zielt der Öffentliche Gesundheitsdienst auf eine gesundheitliche Chancengleichheit ab.

Zu Absatz 2

Satz 1 basiert auf dem rechtlichen Erfordernis nach § 1 Abs. 4 des Thüringer Gesetzes über die kommunale Gemeinschaftsarbeit, die Anwendung des Thüringer Gesetzes über die kommunale Gemeinschaftsarbeit entweder ausdrücklich auszuschließen oder im Umkehrschluss und im Sinne der rechtlichen Klarheit für anwendbar zu erklären.

Das bisherige Aufgabenspektrum des Öffentlichen Gesundheitsdienstes wird in Zukunft um zusätzliche Tätigkeitsbereiche erweitert werden, die insbesondere eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit über den Gesundheitsbereich hinaus erfordern.

Satz 2 regelt eine Beteiligungs- und Unterstützungspflicht gegenüber anderen unteren Gesundheitsbehörden beziehungsweise anderen zuständigen Behörden, um sicherzustellen, dass diese die ihnen gesetzlich zugewiesenen Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, soweit sie von Informationen der unteren Gesundheitsbehörden abhängig sind, dort erhoben beziehungsweise gesammelt werden oder vorhanden sind.

Satz 3 regelt die Erstellung einer Jahresberichterstattung als Aufgabe der unteren Gesundheitsbehörden, die als Werkzeug der Fachaufsicht verstanden wird und die quantitative Aufgabenfülle mit dem Personalbestand in Zusammenhang setzt, um Defizite in der Arbeit der unteren Gesundheitsbehörden zu erkennen und diesen entgegensteuern zu können.

Zu Absatz 3

Insbesondere die Corona-Pandemie hat die Bedeutung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes bei der Beratung anderer Behörden, Gremien und Institutionen hervorgehoben. Auch die Landesregierung sowie in Situationen nach § 22 von ihr gebildete Gremien sollen zukünftig stärker durch die Behörden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in allen Zuständigkeitsbereichen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes beraten werden.

Zu Absatz 4

Absatz 4 stellt sicher, dass die genannten Behörden gegenseitig rechtzeitig über Planungen und Maßnahmen unterrichtet sind und somit erforderlichenfalls ihre Expertise einbringen können, soweit eine Bedeutung für die gesundheitlichen Belange der Bevölkerung besteht. Planungen und Maßnahmen, die den Behörden im Rahmen der Aufgabenwahrnehmung durch Dritte bekannt werden, bleiben unberücksichtigt.

Zu Absatz 5

Absatz 5 stellt sicher, dass andere Behörden als die des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und Berufsvertretungen die Behörden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes informieren, unterstützen und beteiligen, soweit dies entweder durch Rechtsvorschrift angeordnet oder zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Gesundheitsbehörden erforderlich ist.

Zu § 5

Zu Absatz 1

Die Bereitstellung und verpflichtende Nutzung von digitalen Informations- und Kommunikationstechniken mittels elektronischer Verfahren sind im Tätigkeitsfeld des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ein zeitgemäßer und erforderlicher Arbeitsstandard, um die Aufgabenwahrnehmung umfassend effizient, medienbruchfrei, interoperabel und revisionssicher sicherzustellen.

Sie ist konsequentes Bindeglied zum Onlinezugangsgesetz, das Bürgerinnen und Bürgern sowie Unternehmen Verwaltungsleistungen elektronisch zugänglich macht.

Die Applikationslandschaft und Prozesse der unteren Gesundheitsbehörden zeichnen sich aktuell durch eine dezentrale und heterogene Struktur aus. Derzeit sind drei modulare Fachverfahren unterschiedlicher Hersteller mit abweichenden Lizenzständen im Einsatz. Aufgrund von fehlenden Schnittstellen und Medienbrüchen ist der Datenaustausch zwischen den unteren Gesundheitsbehörden sowie mit weiteren ÖGD-Behörden auf Bundes- und Landesebene gar nicht oder nur mit manuellen Zwischenschritten möglich. Mobiles Arbeiten, beispielsweise bei den regelmäßigen infektionshygienischen Begehungen von medizinischen und Gemeinschaftseinrichtungen oder während Vorsorgeuntersuchungen in Kitas und Schulen, funktioniert mit den Bestandsanwendungen ebenfalls nicht ausreichend. Auch verfügen die Fachverfahren für eine Ende-zu-Ende-Digitalisierung nur sehr vereinzelt über einen Kanal nach außen, um Meldungen, Anträge, Anzeigen und Ähnliches entgegenzunehmen und direkt verarbeiten zu können, und nach innen (Dokumenten-Management-Systeme [DMS]) für eine gemeinsame Vorgangsbearbeitung innerhalb des Landkreises. Durch die fehlende Interoperabilität nach außen und innen sowie den verteilten Support ist zudem in Krisenfällen keine schnelle und einheitliche Anpassung, beispielsweise neuer Dokumentationsbedarfe oder Kooperationen mit anderen Gesundheitsbehörden möglich. Hinzu kommt, dass nicht alle Mitarbeitenden bislang umfänglich für ihre Dokumentation die vorhandenen Fachverfahren, sondern häufig noch Standard-Textverarbeitungssoftware nutzen, was zu Mehrfachdokumentationen und zu uneinheitlichen Daten führt. Auch durch die heterogene Fachsoftwarelandschaft und fehlende Prozessstandards ist keine effiziente Datensammlung und -auswertung möglich. Dies ist jedoch die Voraussetzung für die im öffentlichen Wohl liegende Gesundheitsplanung oder Personalbedarfsbemessungen.

Um diese Herausforderungen zu adressieren und bestehende Probleme zu überwinden, ist eine Vereinheitlichung der digitalen Fachanwendungen in den Gesundheitsbehörden und deren verpflichtende Nutzung erforderlich. Der personelle als auch der administrative Aufwand werden durch eine effiziente Auswertung und Analyse auf regionaler sowie landesweiter Ebene reduziert, während gleichzeitig die Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Institutionen gestärkt wird. Darüber hin-

aus wird der Aufwand für die Berichterstellung an die Landesbehörden erheblich gesenkt. Zusätzlich werden fortlaufende Betriebskosten und Supportaufwände in den unteren Gesundheitsbehörden minimiert.

Die Bereitstellung der zentralen Verfahren dient der Sicherstellung der Öffentlichen Gesundheit und demnach dem Gemeinwohl der Bevölkerung. Eine ausreichende Organisationshoheit innerhalb der technischen Komponenten bleibt den einzelnen Behörden durch technische und organisatorische Maßnahmen gewahrt. In diesem Sinne wird klargestellt, dass die Pflicht der unteren Gesundheitsbehörden zur digitalen Arbeitsweise nur im Rahmen der Aufgaben des übertragenen Wirkungskreises besteht.

Im Rahmen eines Bundesförderprogramms zur Digitalisierung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes wird von der obersten Gesundheitsbehörde aus Mitteln des Pakts für den Öffentlichen Dienst im Rahmen einer landeskoordinierten Maßnahme gemeinsam mit den kommunalen und Landesbehörden die „Plattform eGesundheitsamt“ entwickelt und umgesetzt.

Darüber hinaus werden Ergebnisse der ELFA-Maßnahmen (Ein-Land-für-Alle) nachgenutzt, wie unter anderem die zusammen mit dem Freistaat Bayern zu entwickelnde „Wasserfachanwendung“, „SHAPTH“, „Interoperable Schnittstellen im ÖGD“ sowie weitere Projekte. Diese werden in der Gesamtplattform Berücksichtigung finden.

Insbesondere das zentrale, webbasierte Fachverfahren stellt die einheitliche und ortsunabhängige Aufgabenwahrnehmung der Behörden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sicher. Das Fachverfahren ist geprägt von interoperablen Datensätzen, vorgegebenen (Web-)Formularen und mehreren digitalen Tools, um den digitalen Reifegrad in den Behörden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zu erhöhen. Darüber hinaus können in Krisensituationen oder bei Gesetzesnovellierungen von einer koordinierenden Stelle aus Anpassungen an der Software vorgenommen werden. Die Aufgabenhoheit bleibt dabei bei den jeweiligen Behörden.

Für die Aktualität der Daten und Informationen der einzelnen technischen Komponenten der Plattform ist eine Zuständigkeit festzulegen, welche beim Land liegen soll. Plattformlösungen sind dem stetigen technischen Wandel ausgesetzt. Daher ist für den langfristigen Einsatz der Plattform eine Verpflichtung zur Weiterentwicklung zu veranschlagen.

Zu Absatz 2

Die Plattform soll in der technischen Komponente der Kollaborations- und Datenaustauschplattform einen internen Bereich beinhalten, in welchem durch die Fachaufsicht Informationen (Gesetzesänderungen, Leitlinien, Handlungsleitfäden et cetera) für die Behörden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes bereitgestellt werden können. So werden der Informationsfluss an alle Behörden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sichergestellt sowie die Informationen übersichtlich und aufbereitet leicht auffindbar hinterlegt. Dies dient der Qualitätssteigerung im Öffentlichen Gesundheitsdienst.

In der technischen Komponente des zentralen webbasierten Fachverfahrens ist ein Statistiktool hinterlegt. Dieses dient der Auswertung für Zwecke der Qualitätssicherung durch die Fachaufsicht wie unter anderem für die Jahresberichterstattung. Die Daten werden in einem Datawarehouse gespeichert. Darüber hinaus sollen die Daten je nach An-

wendungsfall in anonymisierter oder pseudonymisierter Form auch zur wissenschaftlichen Auswertung unter anderem für Forschungseinrichtungen und Hochschulen zur Verfügung stehen. Dies stärkt die Zusammenarbeit mit externen Stellen zwischen dem Öffentlichen Gesundheitsdienst und der Public Health Forschung. Die Forschungsergebnisse können dem Öffentlichen Gesundheitsdienst evidenzbasierte Maßnahmen und Entscheidungshilfen für dessen Aufgaben bereitstellen.

Die Datenschutzkonformität wird durch die Regelungen in Satz 3 und 4 entsprochen.

Zu Absatz 3

Grundsatz für die Entwicklung von Software ist die Interoperabilität der Daten und die digitale medienbruchfreie Ende-zu-Ende-Bearbeitung zur Sicherstellung der öffentlichen Gesundheit und des Gemeinwohls der Bevölkerung. Die Interoperabilität ist im Leitbild „Digitales Gesundheitsamt 2025“ hinterlegt, um diese über alle Ebenen (Kommune, Land, Bund) hinweg sicherzustellen. In diesem Kontext sollen die Entwicklungen der Länder sich an die geplante IT-Zielarchitektur des Bundesministeriums für Gesundheit anbinden können. Darüber hinaus besteht die Notwendigkeit, auch künftige relevante Schnittstellen, wie zum Beispiel zur Telematik-Infrastruktur, mit zu bedenken und gesetzlich zu verankern.

Zu Absatz 4

Für die digitale Aufgabenwahrnehmung gemäß Absatz 1 ist ein technischer Mindeststandard durch die Behörden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zu erfüllen. Der Stand der Technik ist der Entwicklungsstand fortschrittlicher Verfahren, Einrichtungen und Betriebsweisen, der nach herrschender Auffassung führender Fachleute das Erreichen des gesetzlich vorgegebenen Ziels gesichert erscheinen lässt. Verfahren, Einrichtungen und Betriebsweisen oder vergleichbare Verfahren, Einrichtungen und Betriebsweisen müssen sich in der Praxis bewährt haben oder sollten – wenn dies noch nicht der Fall ist – möglichst im Betrieb mit Erfolg erprobt worden sein. Die Technikklausel umfasst dabei sowohl die eingesetzte Soft- als auch Hardware. Diese wird in Zusammenhang mit der Anbindung an die Plattform gemäß Absatz 1 für die Aufgabenwahrnehmung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes als erforderlich erachtet.

Zu Absatz 5

Absatz 5 beinhaltet die erforderliche Verordnungsermächtigung, um die detaillierte Ausgestaltung zu den Absätzen 1 bis 4 zur Digitalisierung in einer Rechtsverordnung regeln zu können sowie eine Digitalisierungsstrategie mit künftigen Elementen von künstlicher Intelligenz (KI) bereitzustellen. Dies soll im Einvernehmen mit dem für den kommunalen Finanzausgleich zuständigen Ministerium sowie dem für Digitalisierung zuständigen Ministerium geschehen, da dieses inhaltlich betroffen ist.

Zu § 6

Durch das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie wurde im Jahr 2016 mit der Etablierung einer Landesgesundheitskonferenz begonnen. Die Landesgesundheitskonferenz ist eine Weiterentwicklung des Gesundheitszieleprozesses. Sie behandelt Fragen der gesundheitlichen Lebensbedingungen, der gesundheitlichen Versorgung und der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung mit dem Ziel eine neue

Kultur gemeinsamen Handelns im Bereich von Gesundheitsförderung und Prävention zu entwickeln und die Zusammenarbeit der maßgeblichen Akteure in diesem Bereich zu verbessern.

Zu den Absätzen 1 und 2

Die Landesgesundheitskonferenz agiert seit Jahren in Thüringen als bewährtes institutionalisiertes Gremium für Gesundheitsziele und gesundheitspolitische Empfehlungen. Sie behandelt Fragen der gesundheitlichen Lebensbedingungen, der gesundheitlichen Versorgung und der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung mit dem Ziel der Koordinierung und Vernetzung.

Zudem wird die aktive Mitwirkung der Landesgesundheitskonferenz an der Gesundheitsberichterstattung, die Basis ist für den Gesundheitszieleprozess, die Gesundheitsziele sowie die gesundheitspolitischen Empfehlungen, unterstrichen.

Zu Absatz 3

Zur Umsetzung des Präventionsgesetzes vom 17. Juli 2015 (BGBl. I S. 1368, 1781) wurde im Jahr 2016 in Thüringen nach § 20f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch eine Landesrahmenvereinbarung durch die Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie und die Vertreterinnen und Vertreter der Gesetzlichen Krankenkassen sowie der Renten- und Unfallversicherung unterzeichnet. Ziel ist es, durch Verknüpfung zwischen Landesgesundheitskonferenz und Landesrahmenvereinbarung die Nachhaltigkeit gesundheitsförderlicher Maßnahmen zu erhöhen, Menschen besser in ihren Lebenswelten zu erreichen sowie den Auf- und Ausbau gesundheitsförderlicher Strukturen in Thüringen zu fördern.

Zu Absatz 4

Unter der Leitung des für das Gesundheitswesen zuständigen Ministeriums soll die Landesgesundheitskonferenz Thüringen als ein gesundheitspolitisches Instrument die Vertreterinnen und Vertreter von Kostenträgern, Leistungserbringern und Selbsthilfen zusammenbringen, um Gesundheitsziele insbesondere für die Bereiche Gesundheitsförderung und Prävention zu entwickeln und umzusetzen. In Strategiearbeitsgruppen, die sich an den Lebensphasen der Menschen orientieren, werden so seit dem Jahr 2018 regelmäßig Projekte initialisiert und auf den Weg gebracht. Diese Projekte greifen ausgewählte Gesundheitsziele der Zielesystematik der Landesgesundheitskonferenz auf und entwickeln modellhaft Interventionen.

Zu Absatz 5

In Absatz 5 wird geregelt, dass das für Gesundheitswesen zuständige Ministerium den Vorsitz der Landesgesundheitskonferenz innehat.

Zu Absatz 6

Die Landesgesundheitskonferenz gibt sich eine Geschäftsordnung. Sie kann Arbeitsgruppen bilden.

Zum Zweiten Teil

Zum Ersten Abschnitt

Zum Ersten Unterabschnitt

Zu § 7

Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt allgemein die koordinierende und steuernde Funktion der oberen Gesundheitsbehörde zur Gewährleistung eines einheitlichen Zusammenwirkens und Wissenstransfers. Es werden die Aufgaben der oberen Gesundheitsbehörde als fachliche Leitstelle für den Öffentlichen Gesundheitsdienst beschrieben und aufgezählt. Die obere Gesundheitsbehörde nimmt eine aktive und initiierende Rolle im Rahmen ihrer Fachaufsicht und Beratungsfunktion ein. Im Vordergrund der Aufgaben steht die Funktion der oberen Gesundheitsbehörde als Drehscheibe in Form von Beratung und Unterstützung der unteren Gesundheitsbehörden, aber auch der Landesregierung, insbesondere der obersten Gesundheitsbehörde, in Fachfragen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und mit dem Ziel einer standardisierten Umsetzung nach dem Stand der Wissenschaft dieses Gesetzes. Die inhaltlichen Schwerpunkte liegen wie auch bei den unteren Gesundheitsbehörden in den Bereichen Öffentlicher Gesundheit (Public Health) und Gesundheitsschutz. Die Beratungs- und Unterstützungsfunktion der oberen Gesundheitsbehörde umfasst insbesondere die Gebiete des Infektionsschutzes (Auswertung und Verarbeitung der Daten zu meldepflichtigen Erkrankungen nach dem Infektionsschutzgesetz [IfSG]), des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes sowie der Durchführung epidemiologischer Untersuchungen oder die Bereiche der Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention.

Zu Absatz 2

Absatz 2 legt weitere Aufgaben der oberen Gesundheitsbehörde fest. Die Aufzählung ist dabei nicht abschließend. So können der oberen Gesundheitsbehörde weitere Aufgaben übertragen werden.

Zu Nummer 1

Die obere Gesundheitsbehörde ist ein wissenschaftliches und methodisches Kompetenzzentrum für die unteren Gesundheitsbehörden. Es verfolgt den aktuellen Stand der Wissenschaft und bereitet die Erkenntnisse im Sinne von fachlich fundierten, klaren, konsentierten und handlungsorientierten Leitlinien auf, die einheitlich und kurzfristig nutzbar sind.

Zu Nummer 2

Das im Jahr 2018 von der Gesundheitsministerkonferenz verabschiedete „Leitbild für einen modernen ÖGD“ fordert eine engere Verbindung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes mit der Wissenschaft und eine evidenzbasierte Arbeitsweise innerhalb des ÖGD. Neben den kontinuierlichen Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ist auch in Zukunft mit neuartigen Herausforderungen zu rechnen, die eine kurzfristige und angemessene Reaktion erfordern. Beispiele sind Maßnahmen zur Anpassung an den Klimawandel und zur Förderung einer gesunden Umwelt oder auch im Hinblick auf eine hybride Bedrohungslage. Dafür ist auch wissenschaftliche Kompetenz notwendig, die kurzfristig abruf-

bar sein muss. Die obere Gesundheitsbehörde hat zusammen mit der obersten Gesundheitsbehörde eine Brücken- und Vernetzungsfunktion innerhalb des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und zu wissenschaftlichen Einrichtungen. Der Beirat zur Beratung zukunftsfähiger Strukturen im Öffentlichen Gesundheitsdienst in Umsetzung des Pakts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst macht in seinem Dritten Bericht „Wissenschaft und Forschung im und für einen zukunftsfähigen ÖGD“ (Februar 2023) für alle Ebenen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes Vorschläge, wie sich dieser wissenschaftlich kompetent aufstellen sollte, um eine optimale Kombination aus Relevanz, Qualität, Effektivität und Reaktionsfähigkeit zu erzielen. Dazu gehört beispielsweise auch die Förderung von Lehr- und Forschungsgesundheitsämtern oder die Förderung von Professuren im Öffentlichen Gesundheitsdienst.

Zu Nummer 3

Die Entwicklung fachlicher Konzepte gehört zu den Kernaufgaben der oberen Gesundheitsbehörde. Diese dienen den unteren Gesundheitsbehörden als vereinheitlichte Leitlinien zur Umsetzung von Aufgaben zum Beispiel in den Bereichen des Infektionsschutzes, umweltbezogenen Gesundheitsschutzes, des kinder- und jugend(zahn)ärztlichen Dienstes oder des amtsärztlichen Dienstes.

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 Vernetzungsbedarfs und die Koordinierung der erarbeiteten Lösungsansätze.

Zu Nummer 4

Grundlage der Gesundheitsplanung ist die Gesundheitsberichterstattung. Sie umfasst die Bestands- und Bedarfsanalyse einschließlich der Feststellung von Defiziten und Problemfeldern in der Gesundheitsförderung und Prävention, in den gesundheitlichen (und pflegerischen) Versorgungsstrukturen wie auch der Definition von Schnittstellen nebst eines Koordinierungs- und Vernetzungsbedarfs zwischen den örtlichen Handlungsträgern und Planungsbereichen.

Zu Nummer 5

Die obere Gesundheitsbehörde steuert, koordiniert und moderiert die regelmäßige Vernetzung zwischen den Sachgebieten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Die Vernetzung dient insbesondere der Entwicklung und Fortschreibung fachlicher und prozessualer Standards und Konzepte (vergleiche auch §§ 20, 21) und dem kollegialen Austausch mithilfe verschiedener Kommunikationsmethoden.

Geregelt ist hier insbesondere die Aufgabe Stärkung der Vernetzung zwischen den unteren Gesundheitsbehörden mit weiteren Akteuren im Gesundheitswesen und der Behörden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes untereinander. Darunter fällt beispielsweise die Unterstützung der regionalen Netzwerke zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von nosokomialen und pflegeassoziierten Infektionen, insbesondere in Bezug auf Erreger mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen (regionale MRE-Netzwerke), durch ein übergeordnetes MRE-Netzwerk Thüringen. Auch die Koordinierung der Netzwerkbildung im Rahmen der Thematik Klima und Gesundheit werden zukünftig entscheidend sein

für den Umgang mit dem Klimawandel. So wird eine produktive Netzwerkbildung ein maßgebliches Kriterium für eine erfolgreiche Umsetzung und kontinuierliche Weiterentwicklung des Hitzeaktionsplans für Thüringen (HAPT) sein.

Zu Nummer 6

Die Beratungs- und Unterstützungsfunktion der oberen Gesundheitsbehörde umfasst neben dem Gebiet des Infektionsschutzes (Auswertung und Verarbeitung der Daten zu meldepflichtigen Erkrankungen nach dem Infektionsschutzgesetz) auch die Durchführung epidemiologischer Untersuchungen. Es ist ein Grundsatz, dass die Bekämpfung von Infektionskrankheiten epidemiologischen Erkenntnissen zu folgen hat.

Zu Nummer 7

Der Rahmenpandemieplan des Landes ist die Voraussetzung für andere Behörden, Einrichtungen oder ähnliches, ihrerseits einrichtungsbezogene Pandemiepläne zu erstellen und fortzuschreiben. Er baut grundsätzlich auf dem Pandemieplan des Bundes (Robert-Koch-Institut) auf. Der Rahmenpandemieplan gewährleistet eine landesweite Standardisierung sowie hohe Fachlichkeit und Qualität in den nachnutzenden Behörden und Einrichtungen. Es wird die Fortschreibung und regelmäßige Evaluierung des Thüringer Pandemieplans geregelt. Dieser beruht auf der jeweils aktuellen Fassung des Nationalen Pandemieplans und bezieht sich vordringlich auf die Vorbereitung des Gesundheitswesens auf zukünftige Pandemien.

Zu Nummer 8

Es wird die Erstellung von Musterhygieneplänen, zum Beispiel für medizinische Einrichtungen und Pflegeeinrichtungen als Aufgabe der oberen Gesundheitsbehörde geregelt. Die Muster- beziehungsweise Rahmenhygienepläne werden in der Regel in überregionalen Arbeitsgruppen erstellt und beruhen auf dem jeweils aktuellen Stand der Wissenschaft. Eine wichtige Grundlage sind die Empfehlungen der Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe.

Zu Nummer 9

Die obere Gesundheitsbehörde stellt die fachliche Impfberatung insbesondere für Akteure des Gesundheitswesens sicher. Darüber hinaus nimmt sie Aufgaben im Bereich der Versorgung der unteren Gesundheitsbehörden und der Erstaufnahmeeinrichtungen für Asylsuchende mit Impfstoffen wahr und unterstützt die Organisation landesweiter Impfkampagnen im Pandemiefall insbesondere im Bereich der Impfstofflogistik und der fachlichen Beratung. § 20 Abs. 5 Satz 3 IfSG bleibt unberührt.

Zum Zweiten Unterabschnitt

Zu § 8

Zu Absatz 1

Der Öffentliche Gesundheitsdienst steht wie andere Verwaltungs- und Gesundheitssektoren bei der Erledigung seiner Aufgaben vor erheblichen personellen Herausforderungen und im Wettbewerb bei der Gewinnung und Entwicklung seines Personals. Herausragend sind hierbei

die Vergütung und der generelle Fachkräftemangel infolge demografischer Entwicklungstendenzen. Daher ist es notwendig, bestehende Ansätze der Personalgewinnung und Personalbindung sowie der Personalentwicklung mit einem entsprechenden Konzept beziehungsweise einer Strategie auch unter Berücksichtigung von § 21 dieses Gesetzes zu verstetigen, zu evaluieren und zeitgemäße neue Möglichkeiten zu eruieren mit dem Ziel, den Öffentlichen Gesundheitsdienst attraktiver zu gestalten. Einen wesentlichen Ansatz der Attraktivitätssteigerung und Bewältigung der Herausforderungen im Öffentlichen Gesundheitsdienst stellt das multiprofessionelle Arbeiten dar. Multiprofessionelles Arbeiten bedeutet zum einen, dass die unterschiedlichen Professionen und (Fach-) Disziplinen im Öffentlichen Gesundheitsdienst noch enger zusammenarbeiten müssen und zum anderen Tätigkeiten, die bisher streng an vorgegebene Berufsgruppen gebunden waren, künftig teilweise auch von anderen Professionen übernommen werden können. In das Konzept sind die Empfehlungen des 4. Berichts „Multiprofessionalität ausbauen und fördern – für einen Zukunftsfähigen ÖGD“ des Beirats zur Beratung zukunftsfähiger Strukturen im Öffentlichen Gesundheitsdienst in Umsetzung des Pakts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Mai 2023) sowie aus dem Gutachten „Resilienz im Gesundheitswesen – Wege zur Bewältigung künftiger Krisen“ des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2023) einzubeziehen.

Satz 2 stellt klar, dass eine fortlaufende Dynamik für diese Aufgabe unverzichtbar ist.

Zu Absatz 2

Absatz 2 legt unabhängig von einem Konzept nach Absatz 1 die Beratungs- und Unterstützungsfunktion der oberen Gesundheitsbehörde gegenüber den unteren Gesundheitsbehörden in Bezug auf Personalgewinnung, Personalbindung und Personalentwicklung fest und regelt darüber hinaus die Beratungs- und Unterstützungsleistung in Bezug auf Organisationsstruktur und Organisationsentwicklung ohne hiermit in die Personal- und Organisationshoheit der Kommunen nach Artikel 28 Abs. 2 des Grundgesetzes einzugreifen.

Zu § 9

Zu Absatz 1

Beschäftigte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes werden durch stetige Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen (zum Beispiel an der Akademie des Öffentlichen Gesundheitsdienstes) für andere Aufgaben innerhalb des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und dessen grundsätzlich erweiterte Tätigkeitsfelder interessiert und qualifiziert. Darüber hinaus gelingt Personalgewinnung von bereits Berufstätigen leichter über den Quereinstieg in den Öffentlichen Gesundheitsdienst über geeignete Weiterbildungsmaßnahmen.

Zu Absatz 2

Der demografische Wandel, die Digitalisierung, der technologische Fortschritt und die Globalisierung sowie die steigenden Anforderungen von Bürgerinnen und Bürgern sowie Unternehmen stellen auch den Öffentlichen Gesundheitsdienst als Teilbereich der öffentlichen Verwaltung vor große Herausforderungen: Er muss mit seinen finanziellen und personellen Ressourcen auch künftig stets gute und vollständige Ergebnisse erzielen. Ein Qualitätsmanagement und wissenschaftliche Evaluati-

on sichern die Arbeit in quantitativer und qualitativer Hinsicht ab. Dazu gehören unter einer ganzheitlichen Betrachtung die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Ein Qualitätsmanagement gewährleistet außerdem ein einheitliches und standardisiertes fachliches Vorgehen in den Behörden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Zu § 10

In § 10 sind die bisherigen Fachempfehlungen zur Umsetzung von Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Öffentlichen Gesundheitsdienst des Freistaats Thüringen auf Basis der Verordnung über den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Aufgaben der Gesundheitsämter in den Landkreisen und kreisfreien Städten in der im Gesetz- und Verordnungsblatt für den Freistaat Thüringen veröffentlichten bereinigten Fassung (GVBl. 1998 S. 337) aufgegriffen und aktualisiert in das Thüringer Gesundheitsdienstgesetz eingearbeitet worden. Die Übertragung der Aufgaben als Pflichtaufgaben des eigenen Wirkungskreises erfolgt aus Gründen des öffentlichen Wohls. Sie sind für die Sicherstellung eines flächendeckenden, qualitätsgesicherten und bedarfsgerechten Gesundheitsschutzes, die Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit und die Erfüllung der staatlichen Schutzpflichten unerlässlich. Die kommunale Ebene ist aufgrund ihrer Nähe zur Bevölkerung, ihrer Steuerungs- und Vernetzungsfunktion und ihrer Kenntnis der lokalen Bedarfe prädestiniert, diese Aufgaben eigenverantwortlich wahrzunehmen.

Zu Absatz 1

Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung als Kernaufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes liegen in der Verantwortung der Landkreise und kreisfreien Städte, die im Interesse der öffentlichen Gesundheit agieren. Sie sollen die Bevölkerung über Möglichkeiten der Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und die Schaffung gesunder Lebensbedingungen informieren. Dabei sollen geeignete Maßnahmen in den Bereichen Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention, Umwelt- und Sozialmedizin angeregt werden, die sich darüber hinaus auch auf die Stärkung von Gesundheits- und Sozialkompetenzen (etwa durch gezielte Aufklärungsarbeit) beziehen können. Die vielfältigen Aspekte des gesundheitlichen Verhaltens, der Lebenssituation, der Gesundheitsrisiken, Krankheitsverläufe sowie der Versorgungssituation gilt es dabei zu berücksichtigen. Sie berücksichtigen dabei unterschiedliche gesundheitliche Verhalten, die unterschiedlichen Lebenslagen, die unterschiedlichen Gesundheitsrisiken und Krankheitsverläufe sowie die unterschiedliche Versorgungssituation der Menschen. Es ist Aufgabe der Landkreise und kreisfreien Städte, die Bevölkerung in physischer, psychischer und sozialer Hinsicht über Gesundheit, Gesunderhaltung und Krankheitsprävention aufzuklären. Hierzu zählen insbesondere auch Informationen und/oder Hinweise auf Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen und einer vertraulichen Geburt sowie Hebammenleistungen. Dies geschieht parallel zu anderen staatlichen Stellen, niedergelassenen Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Krankenkassen, Vereinigungen und Verbänden sowie im Apothekenbetrieb. Somit trägt diese Regelung dazu bei, die Gesundheit der Bevölkerung zu fördern und Krankheitsrisiken zu minimieren, indem ein umfassender und koordinierter Ansatz verfolgt wird und gleichzeitig Doppelstrukturen vermieden werden.

Zu Absatz 2

Die Landkreise und kreisfreien Städte sollen unmittelbare Ansprechpartner für die Bürgerinnen und Bürger und Koordinierungs- und Schnittstelle für andere Akteure des Gesundheitswesens sein. Sie sollen partnerschaftlich mit Organisationen und Gruppen aus dem Bereich der Gesundheitsförderung zusammenarbeiten, um gesundheitsförderliche Lebensumgebungen zu schaffen. Dies umfasst nach dem Ansatz der Verhältnisprävention insbesondere Kindergärten, Schulen, Betriebe, Wohnquartiere und Stadtteile. Die Ausrichtung der Maßnahmen basiert insbesondere auf Basis der Gesundheitsberichterstattung, landesweiten, regionalen und kommunalen Gesundheitszielen sowie auf den spezifischen gesundheitsbezogenen Problemfeldern und Bedarfen des jeweiligen Landkreises, der jeweiligen Kommune oder kreisfreien Stadt.

Zu den Absätzen 3 und 4

Absatz 3 sieht die Entwicklung und Implementierung von Programmen zur Krankheits- und Suchtprävention sowie Gesundheitsförderung vor. Besonders zu berücksichtigen ist dabei das Ziel der Kompetenzförderung in der Übernahme sozialer Verantwortung im Kontext einer gesunden Lebensführung. In Verbindung mit Absatz 4 werden besonders die Beratungsangebote sowie Unterstützung, Frühintervention und Informationsvermittlung hervorgehoben. Die Landkreise und kreisfreien Städte sollen hierfür spezifische Angebote schaffen oder bereits bestehende Angebote fördern, die den Bedarfen der genannten Zielgruppen entsprechen. Diese Bedarfe sind im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung festzustellen. Darüber hinaus sind die Information und gegebenenfalls Vermittlung in Selbsthilfegruppen in Form der Beratung und Unterstützung in gesundheitsbezogenen Angelegenheiten als Aufgabenschwerpunkt zu beachten.

Zu Absatz 5

In den kommunalen und regionalen Gesundheitskonferenzen (KGK) sollen krankheitspräventive und gesundheitsfördernde Aktivitäten auf örtlicher und regionaler Ebene intensiviert und koordiniert werden. Erkenntnisse aus der Gesundheitsberichterstattung als Entscheidungs- und Informationsgrundlage sollen Eingang finden sowohl in die Aufgabenwahrnehmung der kommunalen Gesundheitsbehörden als auch in die Prozesse der KGK. Die KGK sind Basis für die kommunalen Gesundheitsbehörden, ihrem Vernetzungs- und Koordinationsauftrag nachzukommen. Die KGK sollen als institutionalisiertes Beschlussgremium für kommunale und regionale Gesundheitsziele und Maßnahmen agieren. Sie sollen Fragen der gesundheitlichen Lebensbedingungen, der gesundheitlichen Versorgung und der gesundheitlichen Lage der Menschen mit dem Ziel der Koordinierung und Vernetzung behandeln. Sie sollen insbesondere die kreisübergreifende Entwicklung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung aus der Sicht des Öffentlichen Gesundheitsdienstes beobachten und gemeinsame Handlungsmaßnahmen auf Basis der kommunalen und regionalen Gesundheitsziele erarbeiten. Sie sollen sich dabei an den Empfehlungen der Landesgesundheitskonferenz (vergleiche § 6) orientieren.

Zu Absatz 6

Absatz 6 stellt einerseits eine Präzisierung des § 1 Abs. 3 zur Hinwirkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes auf die gesundheitliche Chancengleichheit dar und anderseits sollen die Menschen in Thüringen ausdrück-

lich berücksichtigt werden, die aufgrund ihrer Lebenssituation, von gesundheitlichen Beeinträchtigungen in besonderem Maße bedroht sind, wie zum Beispiel Kinder und Jugendliche, Alleinerziehende, erwerbslose und ältere Menschen, Migrantinnen und Migranten.

Zum Zweiten Unterabschnitt

Zu § 11

Die Gesundheitshilfe ist darauf gerichtet, gesundheitliche Beeinträchtigungen und Schäden bei Menschen zu vermeiden, zu überwinden, zu bessern und zu lindern sowie Verschlimmerungen zu verhüten. Sozial benachteiligte, besonders belastete oder schutzbedürftige Menschen sowie die Förderung und der Schutz älterer Menschen haben einen besonderen Stellenwert. Sie soll Menschen befähigen, ein Leben ohne Gesundheitsbeeinträchtigung zu führen. Zudem soll Gesundheitshilfe unter anderem dazu beitragen, Gesundheitsschäden früh zu erkennen und zu behandeln sowie Folgeschäden und Rückfälle zu vermeiden. Die Übertragung der Aufgabe erfolgt aus Gründen des öffentlichen Wohls. Sie ist für die Sicherstellung eines flächendeckenden, qualitätsgesicherten und bedarfsgerechten Gesundheitsschutzes, die Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit und die Erfüllung der staatlichen Schutzpflichten unerlässlich. Die kommunale Ebene ist aufgrund ihrer Nähe zur Bevölkerung, ihrer Steuerungs- und Vernetzungsfunktion und ihrer Kenntnis der lokalen Bedarfe prädestiniert, diese Aufgaben wahrzunehmen. Die Beratung und Aufklärung erfolgen unabhängig, frühzeitig und fachlich fundiert.

Zu Absatz 1

Absatz 1 präzisiert, auf welchen Gebieten die unteren Gesundheitsbehörden Gesundheitshilfen insbesondere anbieten sollen.

In Satz 1 Nr. 1 werden als besondere Personengruppe hier Adressatinnen und Adressaten, die eine Suchterkrankung oder psychische Erkrankung oder eine Behinderung haben, von ihr bedroht oder von ihr gefährdet sind, angegeben. Die unteren Gesundheitsbehörden haben Menschen, insbesondere mit psychischen Krankheiten und Abhängigkeitserkrankungen, zu unterstützen und in weiterführende spezifische Hilfen zu vermitteln. Dazu zählen Personen, Einrichtungen und Stellen, die vorsorgende, begleitende und nachsorgende Hilfe gewähren können.

Satz 1 Nr. 2 regelt die gesundheitliche Beratung von Personen, die an einer übertragbaren Krankheit leiden oder von ihr bedroht sind, durch die unteren Gesundheitsbehörden, insoweit sie über die bundesrechtlich bereits normierten Beratungspflichten (zum Beispiel § 19 IfSG, § 10 Prostituiertenschutzgesetz) hinausgeht. Die Regelung kommt beispielsweise im Rahmen von Ausbruchssituationen in Gemeinschaftsunterkünften, Pflegeeinrichtungen oder sonstigen Einrichtungen zum Tragen. Es können auch allgemeine Sprechstunden zur infektionshygienischen Beratung angeboten werden. Ferner sollen insbesondere Ausscheider, Personen, die an meldepflichtigen Erkrankungen leiden oder dessen verdächtig sind, sowie deren enge Kontaktpersonen und ansteckungsverdächtige Personen entsprechend der Regelungsinhalte beraten werden.

Nach Satz 2 erfolgt die Vermittlung der Hilfen auch gegenüber Angehörigen der in Satz 1 Nr. 1 genannten Personen.

Zu Absatz 2

Die Rolle und Bedeutung des Sozialpsychiatrischen Dienstes innerhalb der unteren Gesundheitsbehörden soll in einer eigenständigen Regelung, wie etwa für den kinder- und jugendärztlichen Dienst in § 14, widergespiegelt werden. Es wird in Satz 2 klargestellt, dass die Regelungen des Thüringer Gesetzes zur Hilfe und Unterbringung psychisch kranker Menschen vorrangig Anwendung finden.

Zu Absatz 3

Absatz 3 normiert die Zusammenarbeit der unteren Gesundheitsbehörden mit anderen Akteuren des Gesundheitswesens. Die unteren Gesundheitsbehörden sind damit sowohl Ansprechpartner als auch Schnittstelle zu diesen Akteuren sowie anderen Behörden, Verbänden und Selbsthilfegruppen. Eine weitreichende Vernetzung ist die Rahmenbedingung, um den kooperativen Austausch von Informationen zu ermöglichen sowie Koordinierungsprozesse zu optimieren. Kooperative Zusammenarbeit sowie Wissenstransfer kann zur Verbesserung des Gesundheitsstatus, insbesondere in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention, medizinische Versorgung und Pflege, beitragen. Die unteren Gesundheitsbehörden arbeiten mit anderen Einrichtungen auf regionaler Ebene zusammen, dabei wird insbesondere die Nähe innerhalb der eigenen Kreisverwaltungen sowie Stadtverwaltungen zu Sozial- und Jugendämtern für Kooperationen genutzt. Darüber hinaus unterstützen die unteren Gesundheitsbehörden lokale politische Entscheidungsträger bei bevölkerungsmedizinischen Anliegen und gesundheitsplanerischen Fragen unter besonderer Berücksichtigung der Gesundheit als Standortfaktor der jeweiligen Kommune. Die unteren Gesundheitsbehörden unterstützen somit die Strategie der Gesundheit in allen Politikbereichen.

Zu § 12

§ 12 beschreibt die Aufgaben der Landkreise und kreisfreien Städte im Rahmen des Angebots aufsuchender Hilfen zur Gesundheitshilfe. In bestimmten Fällen erreicht die zur Verfügung stehende individualmedizinische Versorgung nicht alle Menschen. So können soziale oder gesundheitliche Problemlagen die Mobilität der Betroffenen einschränken und sie erhalten keinen ausreichenden oder rechtzeitigen Zugang zum medizinischen oder psychosozialen Versorgungssystem. Durch ambulante Beratung oder Hausbesuche durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gesundheitsbehörden der Landkreise und kreisfreien Städte sollen Menschen in besonderen Lebenslagen erreicht und ihnen Hilfe vermittelt werden. So sollen in direkter Weise auch auf Angebote von Selbsthilfegruppen hingewiesen werden und die Betroffenen unterstützt werden, eine medizinische Versorgung zu erhalten.

Zwei besondere Fälle von Konfliktlagen werden herausgestellt, die der häuslichen Gewalt und Verstöße gegen die sexuelle Selbstbestimmung, die ein Tätigwerden begründen können, unabhängig von anderen zuständigen Institutionen.

Die Übertragung der Aufgaben als Pflichtaufgabe des eigenen Wirkungskreises erfolgt aus Gründen des öffentlichen Wohls. Sie sind für die Sicherstellung eines flächendeckenden, qualitätsgesicherten und bedarfsgerechten Gesundheitsschutzes, die Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit und die Erfüllung der staatlichen Schutzpflichten unerlässlich. Die kommunale Ebene ist aufgrund ihrer Nähe zur Bevölke-

rung, ihrer Steuerungs- und Vernetzungsfunktion und ihrer Kenntnis der lokalen Bedarfe prädestiniert, diese Aufgabe eigenverantwortlich wahrzunehmen.

Zum Dritten Unterabschnitt

Zu § 13

In § 13 ist der § 9 Abs. 2 Aufgabenfelder von Gesundheitsförderung (einschließlich zur Krankheitsprävention übergreifende Aufgaben) aus den bisherigen den Fachempfehlungen zur Umsetzung von Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) des Freistaats Thüringen von 2006 auf Basis der Verordnung über den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Aufgaben der Gesundheitsämter in den Landkreisen und kreisfreien Städten aufgegriffen und aktualisiert in das Thüringer Gesundheitsgesetz eingearbeitet worden. Die Übertragung der Aufgaben als Pflichtaufgaben des eigenen Wirkungskreises erfolgt aus Gründen des öffentlichen Wohls. Sie sind für die Sicherstellung eines flächendeckenden, qualitätsgesicherten und bedarfsgerechten Gesundheitsschutzes, die Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit und die Erfüllung der staatlichen Schutzpflichten unerlässlich. Die kommunale Ebene ist aufgrund ihrer Nähe zur Bevölkerung, ihrer Steuerungs- und Vernetzungsfunktion und ihrer Kenntnis der lokalen Bedarfe prädestiniert, diese Aufgaben eigenverantwortlich wahrzunehmen.

Zu Absatz 1

Gesundheitsberichterstattung (GBE) als eine zentrale Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes informiert maßnahmenorientiert über gesundheitsrelevante Themen. Die GBE liefert wissenschaftlich fundierte Informationen als Grundlagen für gesundheitspolitische Diskussionen und Entscheidungen auf kommunaler und regionaler Ebene. Zudem bildet die GBE die Grundlage für die Befähigung der Landkreise und kreisfreien Städte bedarfsorientierte Maßnahmen zur Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung zu koordinieren, steuern und zielgerichtet umzusetzen. Die GBE der Landkreise und kreisfreien Städte bildet zugleich eine Basis für die GBE, die durch die obere Gesundheitsbehörde nach § 7 Abs. 2 Nr. 4 zusammenfassend zu erstellen ist.

Zu Absatz 2

Absatz 2 dient dazu, eine umfassende und datengestützte Grundlage für die Gesundheitspolitik und -praxis zu schaffen. Die Landkreise und kreisfreien Städte beobachten, beschreiben und bewerten dazu mittels der GBE die der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung in ihrem Zuständigkeitsbereich. Sie erheben Daten und werten sie aus. Um die GBE zu ermöglichen, greifen die Gesundheitsbehörden auf verschiedene Datenquellen zu, darunter insbesondere auf Daten des kinder- und jugendärztlichen Dienstes, des jugendzahnärztlichen Dienstes, Impfdaten und Daten über meldepflichtige Infektionskrankheiten gemäß dem Infektionsschutzgesetz. Auch Daten und Indikatoren zur Klima-Gesundheitsbeziehung sollten in die Berichterstattung einfließen. Ebenso sollten Sozialdaten berücksichtigt werden, da eine integrierte Berichterstattung über Gesundheit, Umwelt und soziale Indikatoren (etwa Alter, Geschlecht, Armutsquote, Anzahl von Kindern und weitere) es ermöglicht, die Determinanten von Gesundheit umfassend zu erfassen und politische Entscheidungen mit Co-Benefits für Gesundheit, Klima, Umwelt und soziale Gerechtigkeit zu gestalten.

Zu Absatz 3

Absatz 3 enthält die notwendige Ermächtigung für das für Gesundheitswesen zuständige Ministerium, Näheres zu Inhalt, Verfahren und Form der Gesundheitsberichterstattung durch Rechtsverordnung zu regeln.

Zum Vierten Unterabschnitt

Die Übertragung der Aufgaben im Vierten Unterabschnitt erfolgen sämtlich aus Gründen des öffentlichen Wohls, wie sich bereits aus der Überschrift „Gesundheitsschutz“ und entsprechendem Ziel der Normen erkennen lässt. Die Aufgaben sind für die Sicherstellung eines flächendeckenden, qualitätsgesicherten und bedarfsgerechten Gesundheitsschutzes, die Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit und die Erfüllung der staatlichen Schutzpflichten unerlässlich. Die kommunale Ebene ist aufgrund ihrer Nähe zur Bevölkerung, ihrer Steuerungs- und Vernetzungsfunktion und ihrer Kenntnis der lokalen Bedarfe prädestiniert, diese Aufgaben wahrzunehmen.

Zu § 14

Zu Absatz 1

Absatz 1 beschreibt die allgemeine Aufgabe des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes und des Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienstes der unteren Gesundheitsbehörden im Sinne der Förderung und des Schutzes der Kinder- und Jugendgesundheit. Satz 2 stellt klar, dass der Zusammenarbeit mit anderen Behörden, Institutionen und Personen eine große Bedeutung zukommt. Beispielhaft zu nennen sind hier Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 IfSG, die für Jugend- und Sozialhilfe zuständigen Stellen, pädiatrische Kliniken und Praxen, Zahnarztpraxen sowie Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe.

Zu Absatz 2

Absatz 2 definiert die Aufgabengebiete des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes und des Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienstes der unteren Gesundheitsämter im Speziellen. Dazu gehören die Vorbereitung und Durchführung von Schuleingangsuntersuchungen für alle schulpflichtigen Kinder sowie Vorsorgeuntersuchungen in den Klassenstufen 4 und 8 an den Grundschulen, Regelschulen, Gymnasien und Förderschulen gemäß den Regelungen im Thüringer Schulgesetz sowie der Thüringer Schulgesundheitspflegeverordnung. Darüber hinaus fallen in den Aufgabenbereich Vorsorgeuntersuchungen in Kindertagesstätten, Information, Beratung und Aufklärung über Gesundheitsgefährdungen beziehungsweise gesundheitsfördernde Verhaltensweisen, Durchführung von Impfberatung und Impfkampagnen, Einzelfallberatungen für Schülerinnen, Schüler und Lehrkräfte, Durchführung von Sprechstunden für Kinder, deren Sorgeberechtigten sowie die Gesundheitsberichterstattung.

Satz 2 regelt die Verpflichtung zur Mitwirkung der in Absatz 1 genannten Institutionen im Rahmen der Kinder- und Jugendgesundheitspflege, insbesondere im Rahmen der Gruppenprophylaxe für Kinder und Jugendliche zum Erhalt und Wiederherstellung der Mundgesundheit. Letztere erfolgt auf Grundlage einer Rahmenvereinbarung der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege Thüringen e. V. (LAGJTh e. V.) über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen.

Zu Absatz 3

Gemäß Absatz 3 vermittelt die untere Gesundheitsbehörde bei Feststellung einer Gefährdung oder Störung der körperlichen, seelischen oder geistigen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen entsprechende Behandlungs- und Betreuungsangebote in Zusammenarbeit mit den für Kinder- und Jugendhilfe zuständigen Stellen. Dazu gehört auch die Vermittlung oder Empfehlung von speziellen Beratungsstellen und Förderangeboten. Die Aufgabe wird auch durch § 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) den diversen im Öffentlichen Gesundheitsdienst zu findenden Angehörigen unterschiedlicher Berufsgruppen auferlegt und beinhaltet dort die Befugnis, das Jugendamt zu informieren, sofern die Abwendung der Gefährdung durch eine Erörterung mit dem Kind oder Jugendlichen und den Erziehungsberechtigten ausscheidet, oder die Klärung mit dem Kind oder Jugendlichen oder Personensorgeberechtigten erfolglos bleibt und die in § 4 Abs. 1 KKG genannten Personen ein Tätigwerden des Jugendamtes für erforderlich halten. Die hiesige Regelung des § 14 Abs. 3 umfasst allerdings noch weitere im ÖGD tätige Berufsgruppen, die von § 4 Abs. 1 KKG nicht umfasst sind. Gleichzeitig sind die Verpflichtungen und Befugnisse des KKG für die darin genannten Personen umfassender. Folgerichtig wird in Satz 4 klargestellt, dass die Regelungen in ihrer Anwendung nebeneinanderstehen. § 14 Abs. 3 Satz 2 regelt die Befugnis, dass die unteren Gesundheitsbehörden Schutzimpfungen durchführen, soweit dies zur Verhütung von Infektionskrankheiten notwendig ist.

Zu § 15

Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt die Wahrnehmung der sich aus dem Infektionsschutzgesetz, den internationalen Gesundheitsvorschriften und anderen Gesetzen ergebenden Aufgaben zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten durch die unteren Gesundheitsbehörden. Mithin wird der Regelung in § 1 IfSG Rechnung getragen. Die Maßnahmen zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung erfolgen entsprechend dem jeweiligen Stand der medizinischen und epidemiologischen Wissenschaft und Technik. Insbesondere kommt dabei der Infektionsprävention durch Information, Aufklärung und Beratung, der Entgegennahme und Bewertung von Meldungen nach den §§ 6 und 7 IfSG, der Anordnung von Schutzmaßnahmen nach den §§ 28 ff. IfSG, der Durchführung von Ermittlungen sowie weiteren Maßnahmen zur Verhütung und Bekämpfung konkreter und abstrakter Infektionsgefahren eine Bedeutung zu. Um der Notwendigkeit der Erfüllung des § 19 Abs. 1 IfSG Nachdruck zu verleihen und der gestiegenen Nachfrage der Bürgerinnen und Bürger nachzukommen, wurde die bereits bestehende Aufgabe nach § 19 Abs. 1 IfSG in Satz 4 explizit auch in diesem Gesetz verankert.

Zu Absatz 2

Eine Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes besteht darin, einen entscheidenden Beitrag zum Erreichen eines ausreichenden Impfschutzes der Bevölkerung zu leisten. Neben der Verbesserung von Durchimpfungsraten durch Information und Beratung der Bevölkerung, können die unteren Gesundheitsbehörden Schutzimpfungen zum Zwecke der Schließung von Impflücken oder in anderen besonders gebotenen Fällen nach Maßgabe der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut (STIKO) in der jeweils geltenden Fassung durchführen. Darunter fallen Postexpositionsimpfungen und Maßnahmen

der spezifischen Prophylaxe im Rahmen von Ausbrüchen übertragbarer Erkrankungen sowie subsidiäre Impfangebote für Menschen mit eingeschränktem Zugang zum Gesundheitssystem. Auch zielgruppenspezifische Impfaktionen oder regelmäßige Impfsprechstunden sind auf dieser Grundlage möglich. Ein weiteres strategisches Ziel in Bezug auf die Steigerung der Impfquoten ist die verstärkte Ausrichtung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes auf die Öffentlichkeitsarbeit im Sinne einer Verbesserung des Wissenstandes zum Thema Impfen in unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen.

Da der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen nach § 75 Abs. 1 in Verbindung mit § 73 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht die Sicherstellung der Bevölkerung mit den von der Ständige Impfkommission (StiKO) empfohlenen Impfungen umfasst, kann sie nach Auslaufen der Impfverordnung nicht mit der Durchführung von Impfungen beauftragt werden. Diese Aufgabe obliegt insbesondere im Pandemiefall daher den unteren Gesundheitsbehörden als Pflichtaufgabe.

Zu § 16

Zu Absatz 1

Die in Absatz 1 geregelte infektionshygienische Überwachung durch die unteren Gesundheitsbehörden gründet sich auf den Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes. Die Überwachung der Einrichtungen und Unternehmen durch die unteren Gesundheitsbehörden hat besondere Bedeutung, weil durch die in und von diesen durchgeführten Dienstleistungen, Betreuungs- und Behandlungsmaßnahmen sowie die Vielzahl dort betreuter oder behandelter Personen Infektionsrisiken entstehen können. Die Einhaltung hygienischer Sorgfaltspflichten ist daher insbesondere in den genannten Einrichtungen und Unternehmen zur Verhinderung der Ausbreitung von Infektionskrankheiten unumgänglich. Ziele der infektionshygienischen Überwachung von Einrichtungen und Unternehmen sind die nachhaltige Sicherung von Hygienestandards entsprechend dem aktuellen Stand der Wissenschaft – insbesondere auf Grundlage der Empfehlungen der Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe -, die Erkennung von Infektionsrisiken und die Verhinderung der Weiterverbreitung von Infektionskrankheiten. Satz 2 bezieht sich auf die nach dem IfSG zu überwachenden Einrichtungen und Unternehmen. Darunter fallen alle in § 23 Abs. 5 IfSG genannten medizinischen Einrichtungen, wie zum Beispiel Krankenhäuser, Rehabilitationskliniken oder Arztpraxen, in denen invasive Eingriffe vorgenommen werden. Auch die in § 35 Abs. 1 Satz 1 sowie § 36 Abs. 1 und 2 IfSG genannten Einrichtungen und Unternehmen unterliegen der infektionshygienischen Überwachung. Zu nennen sind hier insbesondere Pflegeeinrichtungen, ambulante Pflegedienste, Einrichtungen der Eingliederungshilfe, Schulen, Kindertagesstätten, Einrichtungen zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylsuchenden sowie Einrichtungen und Unternehmen, bei denen die Möglichkeit besteht, dass durch Tätigkeiten am Menschen durch Blut Krankheitserreger übertragen werden (zum Beispiel Tattoostudios). Die Überwachung erstreckt sich zudem gemäß § 37 Abs. 3 IfSG auf Wasserversorgungsanlagen, Schwimm- oder Badebecken und Schwimm- oder Badeteiche einschließlich ihrer Wasseraufbereitungsanlagen sowie gemäß § 41 Abs. 1 IfSG Einrichtungen zur Abwasserbeseitigung. Die oberste Landesgesundheitsbehörde wird ermächtigt, zum Beispiel Überwachungsintervalle für die in Satz 2

genannten Einrichtungen und Unternehmen festzulegen sowie weitere überwachungspflichtige Einrichtungen und Unternehmen mit besonderen Infektionsrisiken zu bestimmen. Darunter können beispielsweise Beherbergungsstätten, Campingplätze oder Praxen humanmedizinischer Heilberufe fallen, in denen keine invasiven Eingriffe vorgenommen werden, die aber aufgrund der dort behandelten Patientenklientel besondere hygienische Sorgfaltspflichten einzuhalten haben (zum Beispiel Logopädie- und Ergotherapiepraxen).

Zu Absatz 2

Die in Absatz 2 geregelte Mitwirkungspflicht dient dem Zusammenwirken der zuständigen Behörden. Sie wird in Satz 2 dahin gehend konkretisiert, dass eine Unterrichtungspflicht bei Bekanntwerden von Verstößen normiert wird.

Die Pflicht zum Zusammenwirken besteht bereits nach geltendem Recht. Es bedurfte daher einer entsprechenden Regelung im Gesetz.

Zu § 17

Zu Absatz 1

Absatz 1 nimmt Bezug auf die Aufgabe der Beobachtung und Bewertung von Einwirkungen der Umwelt und des Klimas auf die menschliche Gesundheit. Dieser umweltbezogene Gesundheitsschutz gewinnt zunehmend an Bedeutung. Natürliche Umwelteinflüsse, wie zum Beispiel UV- Strahlung, aber vor allem auch vom Menschen verursachte Umweltbelastungen in der Luft, im Boden, im Wasser, gefährliche Chemikalien oder Lärm, können die Gesundheit gefährden. Ziel ist es, für die Gesundheit nachteilige Umwelteinflüsse zu erkennen, zu reduzieren oder ihre Entstehung nach Möglichkeit zu verhindern. Aktuell sind im besonderen Maße Gesundheitsgefahren, die durch den Klimawandel verursacht oder verstärkt werden von den unteren Gesundheitsbehörden zu bewerten. Die Aufgabe der Gesundheitsverwaltung besteht in der Erarbeitung von Handlungsempfehlungen zum richtigen Verhalten und der Beratung der Bevölkerung bei potenziell gesundheitsgefährdenden Ereignissen (zum Beispiel Hitze) insbesondere auch von vulnerablen Bevölkerungsgruppen. Dabei arbeiten die unteren Gesundheitsbehörden mit anderen Behörden zusammen und wirken darauf hin, dass umwelt- und klimabedingte gesundheitliche Gefahren nicht entstehen beziehungsweise beseitigt oder vermindert werden.

Zu Absatz 2

Absatz 2 bestimmt die Einbeziehung der unteren Gesundheitsbehörden in Planungsvorhaben, Genehmigungsverfahren, Baumaßnahmen und sonstigen Maßnahmen, die gesundheitliche Belange der Bevölkerung wesentlich berühren können. Grundlage hierfür sind die gesetzlichen Bestimmungen, zum Beispiel das Gesetz zum Schutz vor schädlichen Umweltauswirkungen durch Luftverunreinigungen, Geräusche, Erschütterungen und ähnliche Vorgänge (Bundes-Immissionsschutzgesetz), das Thüringer Landesplanungsgesetz, das Raumordnungsgesetz oder das Thüringer Gesetz über die Umweltverträglichkeitsprüfung. In Genehmigungsverfahren für Großprojekte ist entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen im Rahmen der Umweltverträglichkeitsprüfung auch das Schutzgut Mensch zu betrachten und damit die potenziell gesundheitliche Relevanz eines Projektes für die betroffene Bevölkerung einzuschätzen.

Zu Absatz 3

Um eine Einschätzung der gesundheitlichen Gefährdung konkretisieren zu können, bedarf es im Speziellen zusätzlicher anlassbezogener Untersuchungen, die nicht vorab festgeschrieben sind. Dazu können die unteren Gesundheitsbehörden Untersuchungen, wie zum Beispiel Innenraumluftmessungen in Bezug auf bestimmte Schadstoffparameter, Lärmmessungen, Untersuchungen bei Schimmelbefall vornehmen oder vornehmen lassen. Mit der Bestimmung wird dem Erfordernis, dass der Öffentliche Gesundheitsdienst gemäß Absatz 1 die Einwirkungen der Umwelt und des Klimas auf die menschliche Gesundheit beobachtet und bewertet, Rechnung getragen.

Zu § 18

Zu Absatz 1

Die Bestimmungen des Absatzes 1 legen fest, dass die unteren Gesundheitsbehörden bei den Landkreisen und kreisfreien Städten die Aufgaben im Rahmen der Überwachung des Wassers für den menschlichen Gebrauch (Trinkwasser) wahrnehmen. Die konkreten Aufgaben sind in der Verordnung über die Qualität von Wasser für den menschlichen Gebrauch – Trinkwasserverordnung vom 20. Juni 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 159) in der jeweils geltenden Fassung festgeschrieben. Die Trinkwasserverordnung dient der Umsetzung der Richtlinie (EU) 2020/2184 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. Dezember 2020 über die Qualität von Wasser für den menschlichen Gebrauch (Neufassung) (ABl. L 435 vom 23.12.2020, S. 1-62) in nationales Recht.

Die Festlegung der einzelnen Zuständigkeiten und der damit verbundenen Aufgabenzuteilung erfolgt mit dem Erlass einer Zuständigkeitsverordnung, gemäß den Bestimmungen nach § 54 IfSG.

Zu Absatz 2

Gemäß § 37 IfSG muss Wasser, das in Gewerbebetrieben, öffentlichen Bädern sowie in sonstigen nicht ausschließlich privat genutzten Einrichtungen zum Schwimmen und Baden in Schwimm- oder Badebecken sowie in Schwimm- oder Badeteichen bereitgestellt wird, so beschaffen sein, dass durch seinen Gebrauch eine Schädigung der menschlichen Gesundheit, insbesondere durch Krankheitserregen nicht zu besorgen ist. Die hygienische Überwachung dieser Badeanstalten einschließlich deren Aufbereitungsanlagen obliegt den Gesundheitsämtern als untere Gesundheitsbehörde. Die Überwachung beinhaltet u.a. die Besichtigung, die Probenahme und eine gesundheitliche Bewertung der Untersuchungsergebnisse.

Zu § 19

Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt die Befugnisse der mit dem Vollzug des Thüringer Gesundheitsdienstgesetzes beauftragten Personen im Zusammenhang mit ihren Überwachungsaufgaben nach § 16 Abs. 1 Satz 1, § 17 Abs. 3 und § 18 dieses Gesetzes. In diesem Zusammenhang müssen Bedienstete der Gesundheitsbehörden auch in den Schutzbereich von Grundrechten beziehungsweise Bestimmungen der Thüringer Landesverfassung eingreifen.

Nach Artikel 19 Abs. 1 Satz 2 des Grundgesetzes muss ein Gesetz, das ein Grundrecht einschränkt, dieses Grundrecht unter Angabe des Artikels nennen. Es gilt nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts nur bei Grundrechten, die auf Grund einer ausdrücklichen Ermächtigung vom Gesetzgeber eingeschränkt werden dürfen. Artikel 13 des Grundgesetzes (Unverletzlichkeit der Wohnung) und Artikel 8 der Verfassung des Freistaats Thüringen zählt dazu und wurde aus diesem Grund in Absatz 1 Satz 3 ausdrücklich eingeschränkt.

Zu Absatz 2

In Ergänzung zu Absatz 1 normiert Satz 1 der Vorschrift die erforderlichen Mitwirkungspflichten der betroffenen Personen, sei es durch Auskunftserteilung oder durch Zurverfügungstellung von Unterlagen. Satz 2 regelt hinsichtlich der Auskunftspflicht ein Zeugnisverweigerungsrecht sofern durch die Auskunft die Person selbst oder ein in § 52 Abs. 1 StPO aufgeführter Angehöriger strafrechtlich oder wegen einer Ordnungswidrigkeit verfolgt werden kann.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt die Pflichten von Inhaberinnen und Inhabern der tatsächlichen Gewalt im Zusammenhang mit Absatz 1 Nr. 2 und Nr. 3.

Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt die subsidiäre Befugnis der unteren Gesundheitsbehörden die notwendigen Maßnahmen zu treffen. Satz 2 regelt bei Gefahr in Verzug die Möglichkeit der Ersatzvornahme durch die unteren Gesundheitsbehörden, sofern originär eine andere Behörde zuständig wäre.

Zu Absatz 5

Die Regelung dient der Klarstellung.

Zu § 20

Zu Absatz 1

Die in Satz 1 vorgesehene Anzeigepflicht einer selbstständigen Berufsausübung eines Berufes des Gesundheitswesens dient der Sicherstellung einer wirksamen Aufgabenwahrnehmung durch die jeweils zuständige untere Gesundheitsbehörde, insbesondere im Bereich der Überwachungsaufgaben, die zuverlässige Informationen über die ortsansässige Berufsausübung der Gesundheitsberufe bedingt.

Satz 2 regelt die zur Erfüllung der Anzeigepflicht erforderlichen Angaben. Mit Satz 3 soll die Aktualität der vorliegenden Informationen sichergestellt werden.

Zu Absatz 2

Sofern die Anzeige an die zuständige untere Gesundheitsbehörde bereits durch Landesrecht geregelt ist, ist eine gesonderte Anzeigepflicht nach diesem Gesetz nicht erforderlich. Die Regelung erfolgt auch in Erwartung einer Novellierung des Thüringer Heilberufegesetzes und der dortigen Meldepflichten und soll einer daraus resultierenden Änderung des Thüringer Gesundheitsdienstgesetzes zeitnah nach dessen Inkrafttreten entgegenwirken.

Zu Absatz 3

Satz 1 sieht die Verpflichtung zur Unterrichtung der für die Berufsaufsicht zuständigen Heilbe-rufekammern oder die für die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung zuständigen Behörden vor, wenn die zuständige untere Gesundheitsbehörde in Wahrnehmung der ihr übertragenen Aufgaben eine Berufspflichtverletzung durch Angehörige der Gesundheitsberufe feststellt.

Satz 2 legt die Aufgabe der zuständigen unteren Gesundheitsbehörde fest, darauf zu achten, dass keine unerlaubte Heilkunde ausgeübt wird.

Zum Fünften Unterabschnitt

Zu § 21

Zu Absatz 1

Absatz 1 legt die Zuständigkeit der unteren Gesundheitsbehörden in durch Rechtsvorschrift vorgeschriebenen Fällen für die Durchführung von medizinischen Untersuchungen und die Ausstellung von Zeugnissen aus dem Gesundheitsbereich fest. Ferner sind sie zuständig für die Anfertigung von medizinischen Gutachten. Der Begriff der sog. „amtsärztlichen“ Begutachtung setzt voraus, dass ein Arzt, der in der unteren Gesundheitsbehörde tätig ist, das Gutachten erstellt haben muss. Dieser muss nicht zwingend einen Abschluss der fachärztlichen oder fachzahnärztlichen Weiterbildung für das öffentliche Gesundheitswesen vorweisen.

Die Übertragung der Aufgabe erfolgt aus Gründen des Gesundheitsschutzes des Einzelnen aber auch der Bevölkerung im Allgemeinen und damit aus Gründen des öffentlichen Wohls. Auch ist sie zur Erfüllung der staatlichen Schutzpflichten unerlässlich. Die kommunale Ebene ist aufgrund ihrer Nähe zur Bevölkerung, ihrer Steuerungs- und Vernetzungsfunktion prädestiniert, diese Aufgaben wahrzunehmen.

Zu Absatz 2

Absatz 2 legt die Zuständigkeit der unteren Gesundheitsbehörden für nach den beamtenrechtlichen Bestimmungen vorgeschriebenen amtsärztlichen Untersuchungen beziehungsweise Begutachtungen die Dienstfähigkeit betreffend, etwa bei Ruhestandsversetzungen, fest. Der Begriff der sog. „amtsärztlichen“ Begutachtung setzt voraus, dass ein Arzt. der in der unteren Gesundheitsbehörde tätig ist, das Gutachten erstellt haben muss. Dieser muss nicht zwingend einen Abschluss der fachärztlichen oder fachzahnärztlichen Weiterbildung für das öffentliche Gesundheitswesen vorweisen.

Die gesundheitliche Eignung der Beamten ist eine persönliche Ernennungsvoraussetzung zur Übernahme in ein Beamtenverhältnis. Ein funktionierender und auskömmlicher Beamtenapparat ist der Garant für das Funktionieren der vollziehenden Gewalt als eine der drei Staatsgewalten. Die Feststellung über die gesundheitliche Eignung wie auch der Dienstfähigkeit ist zur Erfüllung der staatlichen Pflichten daher unerlässlich und liegt deshalb im öffentlichen Wohl. Da sowohl Landkreise und kreisfreie Städte also auch das Land Dienstherrneigenschaft besitzen und sich die jeweils zugehörigen Behörden, denen wiederum regelmäßig die Aufgabe der Ernennung und/oder Ruhestandsversetzung übertragen wird, an unterschiedlichen Standorten im Hoheitsgebiet befinden,

ist eine Übertragung auf die kommunale Ebene für eine dienstort- sowie in der Regel auch wohnortnahe Erfüllung der Aufgaben unerlässlich.

Zu Absatz 3

Da eine Durchführung beziehungsweise Erstellung durch Amtsärzte beziehungsweise Behörden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes nicht ausdrücklich und ausschließlich geregelt ist, sollen zur Entlastung der Behörden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (hier insbesondere der unteren Gesundheitsbehörden/Gesundheitsämter) ärztliche Untersuchungen und Zeugnisse im Zusammenhang mit der Feststellung der gesundheitlichen Eignung im Sinne des Beamtenrechts (insbesondere im Vorfeld von Probezeit- und Lebenszeitverbeamtungen) zukünftig im Regelfall durch niedergelassene oder andere approbierte Ärztinnen oder Ärzte erfolgen.

Satz 2 lässt in begründeten Einzelfällen Ausnahmen von dieser Regel zu.

Satz 3 regelt die Absicht einer Rahmenvereinbarung nach den Sätzen 1 und 2 zwischen dem für Gesundheit zuständigen Ministerium, dem für Dienstrecht zuständigen Ministerium, der Landesärztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen sowie den kommunalen Spitzenverbänden zur Verfahrensweise bezüglich der Sätze 1 und 2. Die Rahmenvereinbarung soll insbesondere zum Zwecke der landeseinheitlichen Aufgabenwahrnehmung Regelungen über die besonderen Rechtsgrundlagen einer ärztlichen Untersuchung und Begutachtung, die örtliche Zuständigkeit, die allgemeinen Anforderungen für die Erstellung und Bekanntgabe der ärztlichen Zeugnisse sowie die Einhaltung des Datenschutzes enthalten. Weiter kann mit der Rahmenvereinbarung insbesondere das Führen einer Liste der die Untersuchung durchführenden niedergelassenen Ärzte, von Fortbildungsmaßnahmen und der Zusammenarbeit mit der Landesärztekammer (LÄK) und der kassenärztlichen Vereinigung Thüringen vereinbart werden.

Zum Dritten Teil

Zu § 22

Nach § 22 wird die Landesregierung ermächtigt, das Vorliegen einer erheblichen gesundheitlichen Gefahr für Leib und Leben der Bevölkerung festzustellen. Dies kann auch ohne bundesseitige Feststellungen (epidemische Lage von nationaler Tragweite) oder eine Feststellung eines landesweiten Katastrophenfalls nach Thüringer Brand- und Katastrophenschutzgesetz (ThürBKG) erfolgen, wenn dies eine Gesundheitslage in Thüringen erfordert. Da gerade in der Frühphase einer Lage (zum Beispiel bei neuen, veränderten Erregern) gesicherte und evidenzbasierte Erkenntnisse regelmäßig fehlen dürften, reicht die Annahme eines dringenden oder begründeten Verdachts aus, um Satz 2 zur Anwendung zu bringen.

Zu § 23

Zur Abwehr erheblicher gesundheitlicher Gefahren für Leib und Leben der Bevölkerung und damit aus Gründen des öffentlichen Wohls müssen die unteren Gesundheitsbehörden präventiv tätig werden. Besondere Notsituationen, wie das Auftreten epidemischer Ereignisse oder hochinfektiöser Krankheiten, bedürfen abgestimmter vorsorgender Planungen. Aufgrund der Erfahrungen in der Bekämpfung der SARS-CoV-2-Pandemie werden die vorzubereitenden Maßnahmen in den Nummern

1 bis 3 näher bestimmt. Hierzu zählen das Aufstellen und Fortschreiben von Alarmplänen. Erforderlich ist zudem die Bevorratung angemessener persönlicher Schutzausrüstung insbesondere für das Personal der unteren Gesundheitsbehörden und gegebenenfalls von kreisangehörigen Gemeinden sowie für Personal, welches in Amts- oder Vollzugshilfe für die unteren Gesundheitsbehörden zur Bewältigung der Gesundheitslage tätig wird. Schließlich sind präventive Strukturen zur Bewältigung von Epidemien und Pandemien auf lokaler Ebene zu schaffen und vorzuhalten.

Die unteren Gesundheitsbehörden haben eine Scharnierfunktion unterhalb der Schwelle des Katastrophenfalles zwischen den maßgeblichen Akteuren im Kreis, zumal die Landkreise und kreisfreien Städte entsprechend des ThürBKG auch untere Katastrophenschutzbehörden sind. Bedeutsam sind neben den Durchführenden des Rettungsdienstes auch die stationären Einrichtungen nach § 18 a Absatz 1 Satz 1 Thüringer Krankenhausgesetz sowie deren Alarm- und Einsatzpläne. Die von den Krankenhäusern zu erstellenden Pläne müssen mit den unteren Gesundheitsbehörden gemäß § 18a Abs. 3 Thüringer Krankenhausgesetz abgestimmt sein.

Satz 4 gewährleistet, dass die unteren Gesundheitsbehörden ihre Scharnierfunktion im Falle des von der Landesregierung festgestellten Vorliegens einer erheblichen gesundheitlichen Gefahr für Leib und Leben der Bevölkerung wirksam wahrnehmen und zusätzlich zu den präventiven Maßnahmen nach Satz 1 die notwendigen Maßnahmen zur Gefahrenabwehr unterhalb der Schwelle des Katastrophenfalles sicherstellen. Um in Fällen des § 22 eine Überlastung der ambulanten und/oder stationären Versorgung, zum Beispiel auf Intensivstationen in Krankenhäusern, zu verhindern, sind sie insbesondere berechtigt, den Einsatz von geeignetem ärztlichen und nichtärztlichen Fachpersonal anzuordnen oder zu genehmigen und den betreffenden medizinischen Einrichtungen im Bereich Gesundheit und Pflege das im konkreten Fall erforderliche Fachpersonal zeitlich befristet zuzuweisen.

Satz 5 enthält eine notwendige Verordnungsermächtigung für das für Gesundheit zuständige Ministerium, um Näheres zu Art und Umfang der Bevorratung regeln zu können.

Zu § 24

§ 24 schafft eine dauerhafte Rechtsgrundlage zur Unterhaltung eines Landeslagers durch die obere Gesundheitsbehörde. Diese kann die Aufgabe vollständig oder teilweise an eine andere Stelle übertragen. Satz 3 enthält eine Verordnungsermächtigung für das für Gesundheit zuständige Ministerium zur näheren Ausgestaltung. Im hier geregelten Pandemielager erfolgt nicht die Sanitätsmittelbevorratung im Sinne des § 3 Abs. 3 der Thüringer Katastrophenschutzverordnung.

Zu § 25

§ 25 stellt klar, dass die Feststellung einer „Erheblichen gesundheitliche Gefahr für Leib und Leben der Bevölkerung“ im Dritten Teil des Gesetzes eine eigenständige Regelung in Relation zur Feststellung des Katastrophenfalls nach dem Thüringer Brand- und Katastrophenschutzgesetz (ThürBKG) bleibt. In § 44 Abs. 1 und 2 ThürBKG finden sich bereits umfangreiche Pflichten für alle Angehörige der Gesundheitsberufe, aber auch für die Berufskammern und die berufsständischen Vertretungen der Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe. Die besonderen Anfor-

derungen für diese nach § 44 Abs. 1 ThürBKG, das heißt insbesondere sich fortzubilden sowie an angeordneten oder genehmigten Einsätzen, Übungen, Lehrgängen oder sonstigen Ausbildungsveranstaltungen teilzunehmen und den dort ergangenen Weisungen nachzukommen, erstreckt sich auch auf alle Anforderungen einer Gesundheitslage nach § 22 dieses Gesetzes. Es ist in Abstimmung mit den für die Allgemeine Hilfe zuständigen kommunalen Aufgabenträgern und den unteren Katastrophenschutzbehörden darauf hinzuwirken, dass die unteren Gesundheitsbehörden sich regelmäßig (zum Beispiel jährlich) für den Fall des Eintritts einer Gesundheitslage einen Überblick über die einschlägigen personellen Ressourcen im Gesundheitsbereich verschaffen.

Zum Vierten Teil

Zum Ersten Abschnitt

Die Neuregelung der datenschutzrechtlichen Regelungen dieses Gesetzes dient der notwendigen Anpassung hinsichtlich der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung) (ABl. L 119 vom 4.5.2016, S. 1; L 314 vom 22.11.2016, S. 72; L 127 vom 23.5.2018, S. 2; L 74 vom 4.3.2021, S. 35).

Die nach diesem Gesetz erfassten Gesundheitsdaten zählen zu den besonderen Kategorien personenbezogener Daten nach Artikel 9 DS-GVO, denen grundsätzlich ein erhöhter Schutz gebührt. Den Mitgliedstaaten wird jedoch auch in diesem Bereich ein Regelungsspielraum eingeräumt. So wird das grundsätzliche Verbot der Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten nach Absatz 1 des Artikel 9 in dessen Absatz 2 der DS-GVO wiederum eingeschränkt. Maßgeblich ist hier Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe h DS-GVO. Danach ist die Verarbeitung dieser besonderen Kategorie von personenbezogenen Daten im Rahmen ihrer Erforderlichkeit für Zwecke der Gesundheitsvorsorge oder der Arbeitsmedizin, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschäftigten, für die medizinische Diagnostik, die Versorgung oder Behandlung im Gesundheits- oder Sozialbereich oder für die Verwaltung von Systemen und Diensten im Gesundheits- oder Sozialbereich auf der Grundlage des Unionsrechts oder des Rechtseines Mitgliedstaats oder auf Grund eines Vertrags mit einem Angehörigen eines Gesundheitsberufs möglich.

Zu § 26

Zu Absatz 1

Absatz 1 Nr. 1 dient den Behörden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes die zur Erfüllung der ihnen übertragen Aufgaben erforderlichen personenbezogene Daten zu verarbeiten. Nummer 2 bezieht sich auf Artikel 6 Abs. 3 und Artikel 9 DS-GVO, da dort die für die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung von personenbezogenen Daten maßgeblichen Rechtsgrundlagen genannt werden. Darüber hinaus gestattet die Regelung eine Verarbeitung unter Heranziehung nationaler Vorschriften.

Nummer 3 dient der Datenverarbeitung durch Behörden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Bereich Gefahrenabwehr und ist eng auszulegen.

Nummer 4 dient der Aufklärung der Strafverfolgung und ist beschränkt auf Verbrechen.

Nummer 5 dient der Durchführung von erforderlichen Rechnungsprüfungen und Organisationsuntersuchungen, soweit überwiegende schutzwürdige Interessen der betroffenen Personen nicht entgegenstehen.

Im Übrigen stellt die Einwilligung eine weitere Rechtsgrundlage für die erforderliche Datenverarbeitung dar, wobei die Anforderungen des Artikels 7 DS-GVO an die Einwilligung einzuhalten sind. Dazu gehört auch, dass über die Widerrufsmöglichkeit gemäß Artikel 7 Abs. 3 DS-GVO informiert wird. Da Artikel 7 DS-GVO nicht zwangsläufig ein Schriftformerfordernis enthält, sondern von der Nachweisbarkeit der Einwilligung spricht, trägt das Schriftformerfordernis den erhöhten Anforderungen an den Umgang mit Artikel 9 DS-GVO Daten Rechnung. Dabei wird von der Öffnungsklausel in Artikel 9 Absatz 4 DS-GVO Gebrauch gemacht und Regelungen über zusätzliche Bedingungen bei der Verarbeitung von Gesundheitsdaten aufrechterhalten. Unter verwaltungspraktischen Gesichtspunkten kann ausnahmsweise jedoch auch eine mündliche Erteilung der Einwilligungserklärung erfolgen, wobei diese zu dokumentieren ist. Die Dokumentation der Einwilligung dient der Rechenschaftspflicht nach Artikel 5 Abs. 2 DS-GVO.

Zu Absatz 2

Absatz 2 dient der Unterstützung von Beratungssituationen und enthält neben der Rechtsgrundlage zur Erfassung von Daten Dritter, eine strenge Zweckbindungsregelung. Um den Beratungszweck nicht zu gefährden, besteht solange keine Verpflichtung der Behörden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes Dritte nach Maßgabe des Artikels 14 DS-GVO zu informieren, soweit und solange eine solche Gefährdung besteht. Der oder die Verantwortliche hat zu prüfen, in welchen Umfang und in welchem Zeitraum eine entsprechende Gefährdung besteht. Liegt eine Gefährdung nicht mehr vor, hat die entsprechende Benachrichtigung zu erfolgen, soweit die weiteren gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen. Die Vorschrift räumt dem oder der Verantwortlichen damit ein pflichtgemäß auszuübendes Ermessen ein. Dieses bezieht sich auf das „Ob“ einer Benachrichtigung.

Nach Absatz 2 Satz 2 bedarf eine zweckändernde Verarbeitung einer weiteren entsprechenden Einwilligungserklärung der betroffenen Person. Nach Absatz 2 Satz 3 besteht ein Trennungsgebot hinsichtlich personenbezogener Daten aus Beratungen und den weiteren Aufgaben der Behörden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Zu Absatz 3

Absatz 3 stellt insbesondere mit Blick auf das Vorliegen von Gesundheitsdaten im Rahmen einer Übermittlung an öffentliche Stellen klar, dass für eine Übermittlung die gesetzlich normierte Aufgabenerfüllung der empfangenden Stelle im Rahmen einer Rechtsvorschrift nach Absatz 1 Nr. 2 zu Grunde zu legen ist.

Zu Absatz 4

Absatz 4 dient der Übermittlung an nicht öffentliche Stellen unter den aufgezeigten Voraussetzungen.

Zu Absatz 5

Absatz 5 Satz 1 hat klarstellende Funktion und bezieht auch beliehene Personen ausdrücklich mit in den Anwendungsbereich ein. Die Regelungen über die ärztliche Schweigepflicht (u.a. § 203 des Strafgesetzbuches) bleiben unangetastet. Insbesondere im Rahmen der Verarbeitung im Auftrag nach Artikel 28 DS-GVO sind die Absätze 3 und 4 des § 203 des Strafgesetzbuches zu beachten. Nach Maßgabe der Regelung sind die Beschäftigten im Rahmen der Wahrnehmung ihrer Aufgaben zur Verschwiegenheit verpflichtet. Satz 2 hat lediglich klarstellende Funktion, dass gesetzliche Geheimhaltungspflichten, insbesondere die Verpflichtung zur ärztlichen Verschwiegenheit durch innerbehördliche Organisation zu wahren ist.

Zu Absatz 6

Absatz 6 enthält eine lediglich klarstellende Verweisungsregelung auf die DS-GVO und verweist subsidiär auf das Thüringer Datenschutzgesetz, jeweils in ihrer gültigen Fassung.

Zu Absatz 7

Absatz 7 enthält zur Nachvollziehbarkeit und Transparenz eine grundsätzliche Regelung zur Speicherdauer von personenbezogenen Daten für die Behörden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Die Behörden des Öffentlichen Gesundheitsdienst erstellen dafür ein Löschkonzept. Dass nach anderen Vorschriften abweichende Aufbewahrungsfristen greifen können, dient dem Prinzip der Datenminimierung.

Zu Absatz 8

In Absatz 8 wird die Möglichkeit gegeben, durch Rechtsverordnung näheres zur Verarbeitung personenbezogener Daten zu regeln.

Zu § 27

Die Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten und Daten nach Artikel 9 DS-GVO sind nur dann zulässig, wenn sie für die Wahrnehmung der Aufgaben des Verpflichteten erforderlich sind. Bei den ärztlichen Untersuchungen ist für diejenige Stelle, die die Untersuchung beauftragt hat, grundsätzlich nur erforderlich, über das Ergebnis der Untersuchung informiert zu werden. Soweit jedoch Einzelergebnisse nötig sind, um die jeweilige Maßnahme (zum Beispiel Dienstunfähigkeit, Einstellungsuntersuchung) durchzuführen, sollen diese auch übermittelt werden können. Die fachliche Bewertung der Notwendigkeit obliegt der untersuchenden Stelle.

Zum Zweiten Abschnitt

Zu § 28

§ 28 enthält den Grundsatz der Kostenerhebung nach dem Thüringer Verwaltungskostengesetz für die im Rahmen ihres Verwaltungshandelns zu erhebenden Gebühren und Auslagen durch die Behörden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Die Thüringer Verwaltungskostenordnung für den Geschäftsbereich des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie behält weiterhin ihre Gültigkeit und bleibt auch dann anwendbar, solange in der Verwaltungskostenordnung noch auf

die Verordnung über den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Aufgaben der Gesundheitsämter in den Landkreisen und kreisfreien Städten Bezug genommen wird.

Zum Dritten Abschnitt

Zu § 29

Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt die einzelnen Ordnungswidrigkeitstatbestände.

Zu Absatz 2

Absatz 2 enthält die Bußgeldbewehrung der Ordnungswidrigkeiten und den Bußgeldrahmen. Nach § 31 Absatz 2 Nr.2 OWiG beträgt somit die Verfolgungsverjährung zwei Jahre, beginnend nach Beendigung der Handlung beziehungsweise Erfolgseintritt nach § 31 Absatz 3 OWiG.

Zu Absatz 3

Absatz 3 enthält die nach § 36 Abs. 1 Nummer 1 OWiG notwendige gesetzliche Bestimmung der sachlich zuständigen Verwaltungsbehörde.

Zum Fünften Teil

Zu § 30

Zu Absatz 1

Zur Qualitätssicherung sollte das Leitungspersonal die erforderlichen speziellen Kenntnisse besitzen.

Sofern es bei Inkrafttreten des Gesetzes diese Kenntnisse nicht vorweisen kann, ist es das Ziel, sie unverzüglich nachzuholen. Davon kann in Ausnahmesituationen mit Zustimmung der obersten Gesundheitsbehörde vorübergehend abgewichen werden. Damit wird Handlungsfähigkeit der unteren Gesundheitsbehörde insbesondere auch in der Übergangszeit gewährleistet.

Zu Absatz 2

In Absatz 2 wird geregelt, dass die bisherigen IT-Systeme, insbesondere die jeweiligen Fachverfahren der unteren Gesundheitsbehörden weiterhin durch diese zu nutzen und zu betreiben sind, da der Aufbau einer gemeinsamen Plattform im Sinne des Gesetzes noch nicht abgeschlossen ist, wenngleich die Projektgruppe dazu bereits arbeitet. Bereits mit Inkrafttreten dieses Gesetzes sind die unteren Gesundheitsbehörden gehalten, die Vertragslaufzeiten mit ihren derzeitigen Softwareherstellern zu prüfen und gegebenenfalls so anzupassen, dass ein zeitlich nahtloser Übergang zur Plattform kurzfristig möglich ist.

Zu Absatz 3

Durch die Regelung des Absatzes 3 wird die weiterhin bestehende Zuständigkeit der unteren Gesundheitsbehörden klargestellt, bis eine Rahmenvereinbarung für die Fälle des § 21 Abs.3 des Gesetzes abgeschlossen wurde.

Zu § 31

Zu Absatz 1

Absatz 1 enthält die Festlegung zur Evaluation des Thüringer Gesundheitsdienstgesetzes. Gerade dem Gesundheitswesen ist eine hohe Dynamik hinsichtlich der Veränderung von Rahmenbedingungen, sei es durch neuere Erkenntnisse und Forschung, sei es formal aufgrund geänderter bundesrechtlicher Vorschriften im Sozial- und Infektionsschutzbereich zu eigen. Daher ist die regelmäßige Bewertung der bestehenden Regelungen auf ihren Bestand zwingend erforderlich um das System auf dem neuesten Stand zu halten beziehungsweise ständig zu verbessern.

Zu Absatz 2

Absatz 2 enthält die Berichtspflicht über die Evaluation gegenüber dem Landesgesetzgeber.

Zu § 32

§ 32 enthält die Gleichstellungsbestimmung.

Zu Artikel 3

Artikel 3 enthält die notwendigen Folgeänderungen in der Thüringer Verordnung zur Regelung von Zuständigkeiten und zur Übertragung von Verordnungsermächtigungen im Rahmen des Infektionsschutzes.

Zu Artikel 4

Artikel 4 enthält die notwendigen Folgeänderungen in der Thüringer Verordnung zur Übertragung der Fachaufsicht auf dem Gebiet der Trink-, Schwimm- und Badewasserüberwachung auf das Landesamt für Verbraucherschutz.

Zu Artikel 5

Artikel 5 enthält die notwendigen Folgeänderungen in der Thüringer Verwaltungskostenordnung für den Geschäftsbereich des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie.

Zu Artikel 6

Artikel 6 regelt die Aufhebung der derzeit geltenden Verordnung über den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Aufgaben der Gesundheitsämter in den Landkreisen und kreisfreien Städten vom 8. August 1990 in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Oktober 1998.

Zu Artikel 7

Artikel 7 regelt das Inkrafttreten des Gesetzes.

**Information der Landesregierung
über das prälegislative Konsultationsverfahren
zum Entwurf eines Thüringer Gesetz zur Neuregelung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Thüringer Gesundheitsdienstgesetz)**

Der im Betreff genannte Gesetzentwurf wurde den Fraktionen des Thüringer Landtags im Rahmen des prälegislativen Konsultationsverfahrens nach der Kenntnisnahme des Gesetzentwurfs durch das Kabinett in seiner 31. Sitzung am 9. September 2025 mit der Gelegenheit zur Stellungnahme zugeleitet.
Die Fraktionen der CDU, der SPD, des BSW sowie der Fraktion die Linke haben Stellungnahmen abgegeben. Die Fraktion der AfD hat keine Stellungnahme abgegeben.

I. Zuschrift der Fraktionen der CDU, des BSW und der SPD

1. Zusammenfassung der Stellungnahme

Die Fraktionen begrüßen den Gesetzentwurf grundsätzlich, haben jedoch Anmerkungen und Bitten.

So soll der ungefähre Ansatz der Bundesmittel, die nach dem möglichen Auslaufen des ÖGD-Paktes kompensiert werden müssten, beziffert werden.
Zudem müsse die Fachaufsichtsbehörde durch Fachkräfte qualifiziert sein und daher sei eine ärztliche Expertise nötig. Zudem seien von der Aufsichtsbehörde Leitlinien zu entwickeln, um zusätzliche Kapazitäten bei den Gesundheitsämtern vor Ort freisetzen zu können.
Es wird um Prüfung gebeten, inwieweit Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung im übertragenen Wirkungskreis der Landkreise und Kommunen geregelt werden könnte.
Seitens der Fraktionen wird darauf hingewiesen, dass die Koalitionsfraktionen das Landesamt für Verbraucherschutz (TLV) perspektivisch zu einem Landesamt für Soziales und Gesundheit fortentwickeln wollen.
Es wird schließlich darum gebeten, dass Personalgespräche mit den an das TLV zu versetzenden Mitarbeitern geführt werden.

2. Die Landesregierung bewertet die Stellungnahme wie folgt:

Dem Gesetzentwurf liegt zunächst die Annahme zu Grunde, dass den Kommunen keine finanziellen Mehrbelastungen mit dem Gesetzentwurf entstehen, weil keine neuen Aufgaben mit wesentlichen finanziellen Auswirkungen übertragen werden und es auch zu keinen Standarderhöhungen kommt. Einzig die Anschaffung von Persönlicher Schutzausrüstung ist eine neue Aufgabe mit finanzieller Auswirkung; aufgrund ihres Umfangs allerdings unterhalb der Wesentlichkeitsschwelle. Diese Aussagen trifft der Gesetzentwurf bereits im Vorblatt bzw. mit dem Gesetzestext und der zugehörigen Begründung.

Unabhängig davon ist zu konstatieren, dass die Finanzausstattung der Kommunen vor und nach der Zurverfügungstellung von ÖGD-Paktmitteln verfassungsgemäß erfolgte und weiterhin

erfolgen wird. Demnach ist das Land verpflichtet, den Kommunen die Einnahmen und Einnahmequellen zur Verfügung zu stellen, die sie für die Erfüllung ihrer Selbstverwaltungsaufgaben und der ihnen übertragenen staatlichen Aufgaben benötigen. An diesen Verfassungsgrundsätzen hat sich nichts zum Nachteil der Kommunen geändert. Im Gegenteil ist zwischenzeitlich noch eine Verfassungsänderung seit dem 1.1.2026 wirksam geworden, die in Art. 93 Abs. 1 der Thüringer Verfassung ausdrücklich noch einen finanziellen Ausgleich für den Fall vorsieht, dass die Wahrnehmung von Pflichtaufgaben im eigenen Wirkungskreis zu einer wesentlichen Mehrbelastung führt. Da diese Tatsachen bereits durch die Thüringer Verfassung wie auch durch das Thüringer Finanzausgleichsgesetz normiert werden, erscheint eine entsprechende Ausführung in einem Thüringer Gesetz zur Neuregelung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes obsolet.

Die Auswirkungen durch den potentiellen Wegfall der Bundesmittel muss differenziert betrachtet werden:
Der Betrieb (Servicemanagement, Pflege, Support, technisches Applikationsmanagement) des zentralen, webbasierten Fachverfahrens „eGAT“ beläuft sich auf circa 500.000 € pro Jahr zzgl. ggf. notwendiger Weiterentwicklungen für insgesamt alle ÖGD-Behörden im Freistaat Thüringen. Die Kosten werden als angemessen eingeschätzt. Der Betrag von 500,000 € im Jahr ist auch weiterhin durch das Land zu tragen und stellt landesseitig die Softwarebereitstellung sicher.
Die Landkreise und kreisfreien Städte erhalten über eine Förderrichtlinie noch bis Ende des Jahres 2026 finanzielle Mittel. Diese Mittel dienen abweichend von den verfassungsgemäßen Grundsätzen der technischen Ausstattung der unteren Gesundheitsbehörden. Die progressiven Beträge im Pakt für den ÖGD sind ein politisches Verhandlungsergebnis mit immanenter Anreizwirkung für Thüringen knapp 5 Mio. EUR in 2021 aufsteigend bis auf knapp 18 Mio. EUR in 2026. Diese Mittel waren neben weiteren Bundesförderprogrammen insbesondere für die kommunalen Gesundheitsbehörden als vorübergehende Unterstützung gedacht, um die Behörden im Öffentlichen Gesundheitsdienst auf einen modernen Standard hinsichtlich Personal und Ausstattung zu bringen. Da dieser erreicht werden konnte und weiter fortwirkt kann zukünftig von diesem status quo ausgehend und aufbauend wieder zu der verfassungsgemäßen Verfahrensweise übergeleitet werden.

Die Fachaufsichtsbehörde ist durch Fachkräfte und medizinisches Personal qualifiziert ausgestaltet. So arbeiten in dem Referat Personen mit medizinischem Hintergrund als auch mit juristischer und wirtschaftswissenschaftlicher Expertise. Diese Multiprofessionalität bliebe bei der neuen Zuordnung zum TLV erhalten. Dabei sind Personalgespräche selbstverständlicher Teil des Prozesses.

Hinsichtlich der Überlegung der Aufgabenzuordnung im übertragenen Wirkungskreis muss dieses im Ergebnis abgelehnt werden:
Der Entwurf stellt bereits klar, dass Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung Pflichtaufgaben des eigenen Wirkungskreises der Landkreise und kreisfreien Städte sind, ohne eine Mehrbelastung zu verursachen. Die örtliche Verbundenheit ist das maßgebliche Kriterium: die unteren Gesundheitsbehörden sind nah an dem Geschehen und der Bevölkerung vor Ort und können die Situation daher besser einschätzen und bewerten. Zugleich besteht die

Aufgabenpflicht gemäß der verfassungsrechtlichen Grundwertung aus Art. 91 ThürVerf, nach der sie das Recht haben, in eigener Verantwortung alle Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft zu regeln. Insbesondere § 2 ThürKO normiert, dass u.a. gesundheitliche Belange eigene Aufgaben der Kommunen sind.

Im Übrigen wird der Wunsch der Koalitionsfraktionen zur Weiterentwicklung des TLV zur Kenntnis genommen.

3. Ergebnis

Eine Änderung des Gesetzentwurfs auf Grund der Stellungnahme ist nicht begründet.

II. Zuschrift der Fraktion Die LINKE

1. Zusammenfassung der Stellungnahme

Die Fraktion DIE LINKE konzentriert sich auf verschiedene Aspekte in ihrer Stellungnahme.
Zunächst sei aus ihrer Sicht eine präzise Aufgabenbeschreibung der oberen Gesundheitsbehörde erforderlich und die Zuständigkeiten des Landesverwaltungsamts sind normenklar zuzuordnen, Personalübergänge seien transparent zu regeln.
Die obere Gesundheitsbehörde solle verantwortlich sein für die strategische Steuerung, Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der digitalen Infrastruktur.

Die Zuordnung der Aufgaben der Prävention, Gesundheitsförderung und kommunaler Gesundheitsberichterstattung bei den Landkreisen und kreisfreien Städten als Pflichtaufgabe sei richtig. Sie würde die lebensweltnahe Gestaltungskraft stärken.
Zugleich bestünde die Gefahr, dass regionale Disparitäten verstärkt würden. Es brauche daher verbindliche Mindeststandards, klare Qualitätsanforderungen an kommunale Gesundheitskonferenzen und feste Schnittstellen zwischen den Ressorts auf allen Ebenen. Verbindlich vorzusehen sei die Koordination mit GKV-finanzierten Präventionsangeboten in Lebenswelten (Kita, Schule, Kommune), einschließlich standardisierter Absprachen mit den Krankenkassen zu Indikatoren, Zielgruppen und Berichtspflichten. So würden Doppelstrukturen vermieden und Ressourcen gebündelt.

Im ThürGDG-E solle festgelegt werden, dass die fachliche Federführung für die Aufgaben bei den Gesundheitsämtern als untere Gesundheitsbehörden läge und in den Landkreisen und kreisfreien Städte die kommunale Trägerschaft ausüben würden.

Die Gesundheitskonferenzen seien so zu gestalten, dass die Landes-, regionalen und lokalen Gesundheitskonferenzen als Beschlussgremien mit Selbstbindungswirkung der Beteiligten ausgestaltet würden. Ein begründetes Abweichungsgebot erhöht Verbindlichkeit, ohne die kommunale Autonomie zu beschneiden und das Land würde hierfür die notwendigen Ressourcen bereitstellen.

Aus Sicht der Fraktion hätten sich die Leitlinien in § 5 ThürGDG-E im Gesetz wiederzufinden und seien nicht auf Verordnungsbasis zu regeln.
Das Ziel sei eine gemeinwohlorientierte Plattform und daher sei die Information als öffentliches Gut transparent über ein zentrales, öffentlich zugängliches Portal bereitzustellen. Soweit datenschutzrechtlich zulässig, seien Indikatoren und Berichte als offene Daten (Open Data) mit Dokumentation der Erhebungsmethoden bereitzustellen, damit Wissenschaft und Zivilgesellschaft die Ergebnisse prüfen und weiterverwenden könnten.

Die Vorschriften zur Gefahrenabwehr bedürfen einer klaren rechtsstaatlicher Leitplanke, da es sich um Eingriffsrechte handeln würde. Die Möglichkeit fachaufsichtlicher Weisungen sei auf die Abwehr erheblicher, konkretisierter gesundheitlicher Gefahren zu begrenzen, zeitlich zu befristen, schriftlich zu begründen und ex post zu kontrollieren; zudem sei die Kommunalaufsicht zu informieren und der zuständige Landtagsausschuss in aggregierter Form zu unterrichtet.

Die Beleihung sei sachlich eng zu begrenzen, damit es keine schleichende Privatisierung von kernbehördlichen Aufgaben gäbe. Es benötige klare Vorgaben und Inhalte zu den Aufgaben, Qualifikationen, Aufsichts- und Haftungsregelungen, Tariftreue. Zudem seien (infektionsschutzrechtliche) Zwangsmaßnahmen auszunehmen.

Bezüglich des Personals werden von der Linksfraktion weitere Anforderungen formuliert: Es sei zu prüfen, ob Personal des höheren Dienstes in den Gesundheitsämtern als Landesbedienstete geführt werden könnte. Ziel sei es, strukturellen Ungleichheiten im Ressourcenzugang zwischen den Kommunen auszugleichen.
Die Fraktion spricht sich für gesetzlich verankerte Mindeststandards beim Personal aus — inklusive Skill-Mix (Multiprofessionalität), verbindlicher Fortbildungsumfänge und Anteile aufsuchender Arbeit —, die mit der Gesundheitsberichterstattung und einem Qualitätsmanagement verbunden sind.

Für die Finanzierung stellt die Fraktion klar, dass die Digitalisierung dauerhaft landesseitig gesichert würde. Für Aufgaben im übertragenen Wirkungskreis seien klare, rechtssicher vollziehbare Kostenerstattungsregeln vorzusehen. Bei der Ermittlung des Finanzbedarfs der Kommunen im Rahmen des kommunalen Finanzausgleichs seien die Personal-, Sach- und IT-Folgekosten des ÖGD zwingend zu berücksichtigen. In Evaluation und Jahresberichterstattung sind finanzierungsbezogene Kennziffern – insbesondere Pro-Kopf-Ausgaben für Prävention und ÖGD-Personal sowie investive und laufende IT-Kosten – einheitlich auszuweisen.

Impfangebote des ÖGD seien subsidiär, denn Impfungen lägen primär in der ambulanten Versorgung. Es benötige daher eine darauf bezogene Klarstellung der ergänzenden Versorgung durch den ÖGD.

Die Fraktion regt an, weitere Ausführungen im Gesetz zur Klima- und Umweltgesundheit zu machen. So seien Mindestanforderungen zu normieren, die Anforderungen müssten als überprüfbarer Pflichtbestandteil der kommunalen Gesundheitsplanung und -berichterstattung ausgestaltet sein. Verbindlich vorzusehen sei ein landesweiter Hitzeaktionsplan unter Leitung der oberen Gesundheitsbehörde sowie ein Kern-Indikatorensatz zu Klima- und Umweltgesundheit. Größere

Infrastruktur- und Stadtentwicklungsprojekte hätten sich einer gesundheitsbezogenen Folgenabschätzung zu unterziehen; Ergebnisse flössen in die kommunalen Gesundheitsberichte ein.

Abschließend gehöre zur demokratischen Steuerung ein belastbarer Rechenschaftszyklus: der Jahresbericht müsse standardisiert dem zuständigen Fachausschuss zugeleitet werden. Es benötige eines Frühwarnteils zu gesundheitlicher Ungleichheit und Versorgungslücken. Die fachaufsichtliche Jahresberichterstattung verbliebe intern bei der oberen Behörde, während der Ausschuss ein aggregierter Auszug aus dem landesweiten Datenpool übermittelt würde. Die Fünf-Jahres-Evaluation bliebe als vertiefte Systemprüfung bestehen und würde den jährlichen Rechenschaftszyklus ergänzen.

Am Ende fasst die Fraktion die Ziele zusammen, zugleich wird nachdrücklich angeregt, den Entwurf dem zuständigen Fachausschuss zuzuleiten.

2. Die Landesregierung bewertet die Stellungnahme wie folgt:

Die geforderte Normenklarheit hinsichtlich der Zuständigkeiten ist gegeben, da die Definition in § 2 ThürGDG-E erfolgt. Was ihre jeweiligen Aufgaben sind, ergibt sich sodann aus dem ThürGDG-E selbst.

Dem Hinweis auf den transparenten Personalübergang wird durch eine gesetzliche Regelung (Thüringer Personalvertretungsgesetz) einerseits und i.d.R. stattfindenden Personalgespräche andererseits entsprochen.

Der Forderung nach verbindlichen Mindeststandards z.B. im Hinblick auf die kommunalen Gesundheitskonferenzen stößt auf verfassungsrechtliche Bedenken. Als Aufgabe im eigenen Wirkungskreis unterliegt sie lediglich im Bereich der Frage, ob die Aufgabe erfüllt wird, der Rechtsaufsicht des Landes, nicht hingegen ist das „Wie“ der Ausgestaltung vorzuschreiben. Der Vorschlag der Fraktion DIE LINKE, die Gesundheitskonferenzen als Beschlussgremien mit Selbstbindungswirkung auszugestalten, ist im Übrigen nicht sachgerecht: Die Konferenzen dienen der partizipativen Abstimmung und sind nicht als rechtlich verpflichtende Entscheidungsgremien konzipiert.

Die Verantwortlichkeit für die digitale Infrastruktur, soweit es das eGAT und damit den ÖGD betrifft, ist eine Leitstelle geplant, die im TLV angesiedelt sein soll. Da die bisherige Entwicklung und zukünftige Weiterentwicklung ohnehin im engen Austausch mit den weiteren Akteuren des ÖGD erfolgt, ist mit einem Wissens- oder Erfahrungsverlust nicht zu rechnen. In der Stellungnahme der Fraktion wird darauf hingewiesen, dass die Finanzierung durch das Land erfolgen soll. Dies bildet das Gesetz bereits ab. Es ist daher folgerichtig, die gesamte Verantwortung dafür nicht an die obere Landesbehörde auszulagern, sondern finanziell, sachlich und personell weiterhin auf der obersten Landesebene zu verorten.

Die Kritik zur Regelung zur Prävention und Gesundheitsförderung ist nicht nachvollziehbar, da die unteren Gesundheitsbehörden die Landkreise und kreisfreien Städte sind (§ 2 Abs. 2 Nr. 3 ThürGDG-E). Einen weiteren Eingriff in die Zuständigkeiten und Schwerpunktlegung innerhalb

der unteren Gesundheitsbehörden ist wegen der engen Grenzen durch die kommunale Selbstverwaltungsgarantie nicht möglich. Möglicherweise irritiert die Überschrift, in der untere Gesundheitsbehörden in einer Aufzählung mit Landkreisen und kreisfreien Städten stehen. Doch beruht diese Unterscheidung auf der Aufgabenwahrnehmung im eigenen bzw. übertragenen Wirkungskreis, wie es in § 3 ThürGDG-E klargestellt wird.

Die Ausführungen zu § 5 ThürGDG-E und der Digitalisierung sind sehr detailliert, jedoch wird scheinbar die Regelungswirkung des Gesetzes missverstanden: Die Digitalisierung der Aufgaben der unteren Gesundheitsbehörden dient der Verwaltung, es ist nicht primär als Schnittstelle bzw. öffentliches Portal konzipiert, um auf Gesundheitsdaten zuzugreifen. Zugleich stehen die Daten jedoch der Forschung und Wissenschaft unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zur Verfügung. Auch dies wird mit dem Gesetzentwurf geregelt. Die Plattform soll ferner ein öffentliches ÖGD-Bürger- und Fachportal enthalten, über das Bürger:innen und Einrichtungen (z.B. Schulen) komplementär zu OZG-Leistungen und zusätzlich zu den vorhandenen Zugängen online auf Leistungen der unteren Gesundheitsbehörden zugreifen können (z.B. Tätigkeitsanmeldung für Heilberufler, Vereinbarung von Beratungsgesprächen im Kinder- und Jugendärztlichen Dienst oder von Schuleingangsuntersuchungen).
Die größte Hürde für eine niedrigschwellige Nutzung bei Online-Diensten der Verwaltung stellt nach wie vor das Authentifizierungsverfahren dar. Im Bereich des ÖGD werden viele personenbezogene Daten verarbeitet, die mindestens das Vertrauensniveau „hoch“ (eID oder MUK) benötigen. Die eID ist auf allen Personalausweisen aktiviert und bedürfen keiner manuellen Freischaltung. Eine weitere Hürde ist der Schriftformersatz. Dieser ist i. d. R. nur durch die eID und MUK gegeben. Es wird versucht, wo immer es möglich ist, ein möglichst geringes Authentifikationsniveau vorzugeben. Eine Benachteiligung von Personen mit niedrigem Techniksachverstand ist mit dem Gesetzesentwurf nicht gegeben. Mit dem Gesetzesentwurf werden im Bereich der Digitalisierung Beschäftigte entlastet. Die eingesetzten Verfahren entsprechen dem Stand der Technik und berücksichtigen die IT-Sicherheit und Datenschutzanforderungen. Den Forderungen der Zweckbindung, Pseudonymisierung und Zugriffsrechten etc. wird in der Umsetzung nachgekommen und sind auch zum Teilen im Gesetzesentwurf hinterlegt, jedoch wären weitere Regelungen hierzu im Gesetzestext zu spezifisch. Diesbezüglich wurde jedoch durch die Verordnungsermächtigung die Möglichkeit geschaffen, diese Punkte in einer Rechtsverordnung zu hinterlegen. Ein Data-Access-Gremium ist nicht vorgesehen. Im Datawarehouse werden den Anforderungen der Gesundheitsberichterstattung und Jahresberichterstattung nachgekommen. Hierbei werden keine personenbezogenen Daten verarbeitet, wodurch kein Gremium notwendig wird. Anpassungen am Gesetzestext sind nicht vorgesehen. Der Open-Source-Präferenz wird auf Grundlage des Bürgerportals und Kollaborationstools nachgekommen. Das Fachverfahren selbst kann der Präferenz aus Kostengründen nicht nachkommen. Für Erweiterungen des Fachverfahrens ist dies jedoch denkbar.
Schulungen für den Umgang mit der Plattform sind im Rahmen des Rollouts vorgesehen.

Die Vorschriften zur Gefahrenabwehr sind in der aktuellen Fassung hinreichend präzise. Der von der Fraktion geforderte Rechtsrahmen besteht bereits. Es handelt sich um die Grundsätze des Verwaltungshandelns.
Für das Vorliegen einer erheblichen gesundheitlichen Gefahr für Leib und Leben der Bevölkerung ist gem. § 22 ThürGDG-E eine Feststellung der Landesregierung nötig, nicht die der unte-

ren Gesundheitsbehörden. Eine Information durch die Landesregierung im zuständigen Fachausschuss des Landtags ist jederzeit möglich, allerdings auch Teil der Kontrollfunktion des Parlaments, dass dieses aktiv auszuüben hat.

Ähnliches gilt für die Anmerkungen zur Beleihung: die derzeitige Ausgestaltung genügt den Anforderungen, um Beleihung rechtssicher zu gestalten. Es werden selbstverständlich nicht alle Aspekte im Gesetz aufgeführt, wie eine Beleihung inhaltlich gestalten sein soll/muss, doch die von der Fraktion als wichtig erachtete Eckpunkte werden beachtet: begrenzte Aufgabenwahrnehmung, Qualitätsanforderung, Kontrolle. Lediglich die Tariftreue ist nicht explizit erwähnt, allerdings würde das eine Tarifbindung der zu Beleihenden bedingen.

Soweit es den Vorschlag der Fraktion Die Linke betrifft, das Personal des höheren Dienstes könne in den Gesundheitsämtern als Landesbedienstete geführt werden, wird die Zielrichtung aus dem Vorschlag nicht ganz klar. Ggf. entstammt der Vorschlag dem Gedanken, dass eine Anstellung beim Land attraktiver wäre, als bei einer Kommune angestellt zu sein. Das mag für Einzelfälle zutreffend sein, für andere aber vielleicht auch gerade nicht. So richtet sich die finanzielle Entlohnung beim Land nach dem TV-L bzw. dem Thüringer Besoldungsgesetz. Beides ist in der Regel finanziell nicht lukrativer als der TVöD. Hinzukommt, dass mit einer Beschäftigung beim Land die Bereitschaft einherginge, den Dienst/die Arbeit im gesamten Freistaat Thüringen wahrzunehmen und nicht nur innerhalb eines Landkreises oder einer kreisfreien Stadt.
Sollte mit dem Vorschlag der Fraktion die Linke hingegen gemeint sein, dass das Land Personal bezahlt, dass in den Kommunen arbeitet (und kommunale Aufgaben wahrnimmt), so ist das wegen eines Verstoßes gegen Art. 28 GG und Art. 91 ThürVerf nicht möglich.

Die Anmerkungen zu den Anforderungen an das Personal (Mindeststandards beim Personal, Multiprofessionalität, verbindliche Fortbildungsumfänge und Anteile aufsuchender Arbeit, die mit der Gesundheitsberichterstattung und einem Qualitätsmanagement verbunden sind) erscheinen grundsätzlich richtig, werden aber mit dem Gesetzentwurf bereits auch in verfassungsrechtlich zulässiger Weise abgebildet. So sind die Unterstützungsleistungen der oberen Gesundheitsbehörde normiert worden, mit denen Qualitätsstandards festgelegt- und in der Folge gesichert werden sollen. Auch der multiprofessionelle Ansatz findet sich im Gesetzentwurf wieder sowie Regelungen zu Aus-/Fort- und Weiterbildung.

Die Aussagen zu den Finanzierungsaspekten sind inhaltlich nachvollziehbar aber auch bereits im Rahmen der üblichen Verfahrensweisen zur finanziellen Ausstattung der Kommunen berücksichtigt. Der Gesetzentwurf greift in diese Grundsätze nicht ein, sondern hält sich an die verfassungsrechtlichen Vorgaben.
In einem Jahresbericht könnten sicherlich auch finanzielle Kennziffern berücksichtigt werden, die jedoch erst umfangreich zu ermitteln wären. Daher sollte dies von einer zukünftigen Evaluation abhängig gemacht werden. Durch das ThürGDG-E sind durchaus Änderungen im praktischen Ablauf zu erwarten, die sich bewähren müssen. Der Verwaltung sollte die Möglichkeit eingeräumt werden, dies zu tun, bevor sie mit weiteren Aufgabeninhalten konfrontiert wird, die auf Grund der Qualität und Quantität tatsächlich eine neue Aufgabe begründen könnten.

Zur Digitalisierung des Landes ist bereits ausgeführt worden, dass das Land zuständig ist. Das schließt die Finanzierung mit ein.
Die Kostenprognose war bereits Gegenstand der Erörterung innerhalb der Landesregierung. Unstreitig war, dass eine Kostenprognose wünschenswert war. Gleichzeitig wurde nachvollziehbar dargelegt, dass einerseits zum gegenwärtigen Zeitpunkt eine solche Kostenprognose mangels Daten nicht abschließend möglich ist und andererseits nach der aktuellen Entwurfsfassung ein signifikanter und damit ausgleichsrelevanter Mehraufwand auch nicht zu erwarten sei.

Allgemein wäre ein landeseinheitliches Indikatorenset für Gesundheitsberichte im Rahmen der Verordnung zu regeln; es ist daher nicht gesetzlich, sondern untergesetzlich zu präzisieren.

Hinsichtlich der Subsidiarität des ÖGD bei Impfungen ist der Fraktion zwar grundsätzlich Recht zu geben, jedoch soll der ÖGD diese Aufgabe dennoch wahrnehmen dürfen. Diese politische Entscheidung führt zu der Formulierung im Gesetz. Damit können die unteren Gesundheitsbehörden einen Beitrag zur notwendigen Erhöhung der Impfquoten leisten.

Ein Hitzeaktionsplan wird im Gesetzentwurf beschrieben und enthält auch die Folgenabschätzung für Infrastrukturprojekte.

Einen Anspruch auf automatische Übersendung der Jahresberichterstattung (JBE) an den zuständigen Fachausschuss besteht nicht. Der Bericht ist ein Instrument der Fachaufsicht, um die quantitative Aufgabenfülle mit dem Personalbestand in Zusammenhang zu setzen, Defizite in der Arbeit der unteren Gesundheitsbehörden zu erkennen und diesen entgegensteuern zu können. Insoweit sind es Unterlagen, die dem Ausschuss entzogen sind, es gilt Art. 66, 67 ThürVerf. Es besteht lediglich eine Auskunftspflicht, aber keine Vorlageverpflichtung von Unterlagen der Landesregierung. Die JBE wird im Rahmen der Entwicklung des eGAT digitalisiert, was die Berichterstattung der unteren Gesundheitsbehörden fundamental erleichtert.
Das schließt nicht aus, dass über die Ergebnisse berichtet werden kann oder eine Zusammenfassung als schriftlicher Bericht an den Ausschuss übergeben wird.
Schließlich muss klarstellend erläutert werden, dass nicht der Entwurf dem Fachausschuss zugeleitet wird, sondern erst der Gesetzentwurf nach der zweiten Kabinettbefassung, gem. § 25 Abs. 4 ThürGGO, §§ 56, 57 GOLT i.V.m. § 50 GOLT, dem Landtag zugeleitet wird. Insofern ist nicht ganz nachvollziehbar, was Hintergrund dieser Anmerkung ist.

3. Ergebnis

Die Stellungnahmen der Fraktionen ergeben keine Grundlage zur Änderung des Gesetzentwurfs.

Prüffragen für Thüringer Rechts- und Verwaltungsvorschriften

mit Stand vom 17.05.2022

1. Allgemeine Angaben und Notwendigkeit der Regelung

1.1 Zuständige Behörde und Ansprechpartner

Bearbeitende Behörde/Organisationseinheit:	TMSGAF
Ansprechpartner (Abteilung/Referat/):	
Tel.-Nr./ E-Mail:	

1.2 Bezeichnung/Titel und Zielstellung der Regelung

Bezeichnung	Zielstellung
Thüringer Gesetz zur Neuregelung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (hier im weiteren ThürGDG abgekürzt)	Der Öffentliche Gesundheitsdienst ist in Thüringen historisch bedingt auf Ebene einer Rechtsverordnung geregelt und seit fast 30 Jahren unverändert geblieben. Das Gesetz wird diese Rechtsverordnung ablösen und eine rechtssichere Grundlage für die Anwender:innen schaffen und zugleich Grundlage bieten, zukünftige Entwicklungen im Gesetzgebungsverfahren zu berücksichtigen. Der öffentliche Gesundheitsdienst wird rechtlich modernisiert und inhaltlich konkreter als in der GesDV 1998 geregelt bzw. der aktuelle Anwendungsstandard normiert.

Bei ändernden Regelungen, bitte Fundstellennachweis für die zu ändernden Regelungen in der jeweils aktuellen Fassung elektronisch beifügen.

1.3 Gibt es eine rechtliche Verpflichtung für die Regelung?

⬓ Ja ☐ Nein

Welche?	Woher kommt die Forderung zur Regelung?
Grundsätzlich gebietet es das Rechtsstaatsprinzip, Vorrang und Vorbehalt des Gesetzes, dass die Verwaltung auf Grund eines Gesetzes tätig wird und nicht zuwider eines Gesetzes handeln darf. Da die Regelungen im Öffentlichen Gesundheitsdienst auch Maßnahmen beinhalten, die Eingriffscharakter haben (Prüf- und Einsichtsrechte), müssen diese so normiert sein, dass auch ein effektiver Rechtsschutz möglich ist und der Verwaltung klare Handlungsrahmen vorgegeben werden.	Daneben ist das Vorhaben, Modernisierung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, Inhalt des Regierungsvertrags (S. 64 f. des Regierungsvertrags vom 22.11.2024)

1.4 Was passiert, wenn der Sachverhalt nicht oder erst später geregelt wird? Mängel der gegenwärtigen Rechts- bzw. Regelungslage?

Der bestehende Mangel einer fachlich nicht ausreichenden Regelung würde verstetigt. Die Verordnung über den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Aufgaben der Gesundheitsämter in den Landkreisen und kreisfreien Städten vom 8. August 1990 (GBl. I Nr. 53 S. 1068) in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Oktober 1998 enthält nur rudimentäre Inhalte und es fehlt den Verwaltungen deutlich an einem Handlungsrahmen. Die fachlichen Entwicklungen der letzten 30 Jahre, die Umsetzung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in der Praxis und nicht zuletzt die Pandemie in den Jahren 2019/2020-2022/2023 blieben bei Nichtumsetzung des Vorhabens unberücksichtigt. Dabei hat die Pandemie deutlich gemacht, dass es Probleme bei Zuständigkeiten und Aufgabeninhalte seitens der Verwaltung gibt. Zugleich würde eine auch nur verzögerte Regelung auch die Maßnahmen des ÖGD-Paktes konterkarieren. Danach sollen die Gesundheitsbehörden digital arbeiten und das Gesetz regelt dieses Vorhaben so umfänglich, dass eine Fragmentierung dadurch ausgeschlossen werden kann.

1.5 Kommt statt einer eigenständigen Regelung die Änderung oder Ergänzung bestehender Rechtsvorschriften in Betracht?

☐ Ja ⬓ Nein

Welche?	Warum nicht?
	Die Verordnung über den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Aufgaben der Gesundheitsämter in den Landkreisen und kreisfreien Städten vom 8. August 1990 (GBl. I Nr. 53 S. 1068) in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Oktober 1998 ist die einzige bereits existente Grundlage und nicht ausreichend, um die notwendigen Regelungen effektiv abzubilden.

1.6 Ist eine privatrechtliche Lösung möglich und umsetzbar?

☐ Ja ⬓ Nein

Welche?	Warum nicht?
	Das ThürGDG gibt den Verwaltungen eine Rechtsgrundlage für ihr Handeln vor. Das Verwaltungshandeln kann nicht durch Private ersetzt werden und würde ohnehin eine Rechtsgrundlage benötigen (Beleihung). Diese wird durch das Gesetz erst geschaffen.

1.7 Kann die Regelung befristet werden?

☐ Ja ⬓ Nein

Bis wann?	Warum nicht?
	Die Regelung ist auf Dauer angelegt. Sie soll die bestehende Rechtsverordnung ablösen, denn der Öffentliche Gesundheitsdienst ist eine Aufgabe der kreisfreien Städte und Landkreise und ebenso des Landes. Es enthält Maßnahmen mit Eingriffscharakter und schon deswegen die Notwendigkeit einer gesetzlichen Regelung. Eine befristete Regelung müsste folglich am Ende ihrer Frist verlängert oder durch eine gleichartige Regelung nahtlos fortgeführt werden.

1.8 Ist absehbar, dass die Regelung (erneut) geändert werden muss?

☐ Ja ⬓ Nein

Warum (erneutes) Änderungsbedürfnis und wann?

1.9 In welchen Flächenländern der Bundesrepublik Deutschland gibt es (soweit bekannt) vergleichbare/abweichende/keine Regelungen?

In allen Bundesländern außer Thüringen gibt es eine solche Regelung zum Öffentlichen Gesundheitsdienst als Landesgesetz.

1.10 Welche Alternativen zur Erreichung der Zielstellung gibt es und warum wurde sich für die vorgelegte Regelung entschieden?

Es gibt keine Alternative. Weder die Beibehaltung des bestehenden Zustandes ist ausreichend noch ist eine andere Form der Regelung möglich. Eine gesetzliche Regelung im Gesetzgebungsverfahren ist zwingend notwendig.

2. Relevanz der Regelung für Bürgerinnen und Bürger, Wirtschaft und Verwaltung

2.1 Enthält die Regel Vorgaben für die Bürgerinnen/den Bürger, die Wirtschaft, die Verwaltung?

⬓ Ja ☐ Nein

Wenn Ja,

Normadressat:	Konkrete Handlungspflicht - Art der Pflicht (Informationspflicht, Prüfpflicht, Genehmigungspflicht, Nachweis- oder Berichtspflicht, Bau-Nachrüstungspflicht, Zahlungspflicht etc.)
Wirtschaft: §20, Angehörige der Berufe im Gesundheitswesen	Anzeige- und Informationspflichten gegenüber Gesundheitsbehörden
Verwaltung	Prüf- und Untersuchungs-, Unterstützungspflichten, Beratungspflichten

2.2 Beträgt der geschätzte Erfüllungsaufwand für kleinere und mittlere Unternehmen[1] mehr als 1 Mio. € für die Thüringer Wirtschaft insgesamt oder mehr als 100 € je Unternehmen pro Jahr?

Ist der Wert über 1 Mio. Euro?

☐ Ja ⬓ Nein

Falls ja: ergänzend Anlage 2

Ist der Wert unter 1 Mio. Euro und die Belastung je betroffenem Unternehmen mehr als 100 € pro Jahr?

☐ Ja ⬓ Nein

Falls ja: ergänzend Anlage 2

2.3 Beinhaltet die Regelung Maßnahmen, die den demografischen Wandel betreffen?

⬓ Ja ☐ Nein

Welche?
Das gesamte öffentliche Gesundheitswesen hat Bezüge zum demografischen Wandel, da die Maßnahmen für die Gesunderhaltung und -förderung der Bevölkerung für eine höhere Lebenserwartung sorgen wird. Zugleich kann die Attraktivität der Gesundheitsvorsorge in beruflicher Hinsicht dazu führen, junge Menschen als Fachkräfte zu gewinnen und dem demografischen Wandel dahingehend entgegen zu wirken.

[1] KMU haben nach Vorgabe der EU-Kommission weniger als 250 Mitarbeiter, bis zu 50 Mio. € Umsatzerlöse oder bis zu 43 Mio. € Bilanzsumme

2.4 Hat die Regelung Auswirkungen auf die Umwelt?

☐ Ja ◙ Nein

Welche?

2.5 Hat die Regelung Auswirkungen auf die Familie?

◙ Ja ☐ Nein

Welche?

die Regelung soll die Gesundheit fördern und enthält auch Regelungen zu Beratungen zu übertragbaren Krankheiten und in psychosozialen Belangen, die auch auf Familienangehörige wirken können

2.6 Hat die Regelung Auswirkungen auf die tatsächliche Chancengerechtigkeit der Geschlechter?

☐ Ja ◙ Nein

Welche?

2.7 Hat die Regelung Auswirkungen auf die Umsetzung der Thüringer Nachhaltigkeitsstrategie?

◙ Ja ☐ Nein

Welchen?

Durch das Beratungsangebot können bestehende Inklusionshemmnisse beseitigt werden und Menschen unterstützt werden, gleichberechtigt am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen (im Sinne des Ziel 9, nachhaltige Infrastruktur und Ziel 5 sowie das globale Nachhaltigkeitsziel 3 Gesundheit)

2.8 Hat die Regelung Auswirkungen auf Menschen mit Behinderung?

◙ Ja ☐ Nein

Welchen?

Das Gesetz enthält Regelungen zu Beratungsleistungen gegenüber Menschen mit Behinderungen und soll damit für eine Verbesserung ihrer (gesundheitlichen) Lebenssituation sorgen.

2.9 Hat die Regelung Auswirkungen auf junge Menschen?

☒ Ja ☐ Nein

Welche?
die Gesundheitsförderung betrifft alle Menschen, junge Menschen werden in einen besonderen Fokus gerückt (Schuleingangsuntersuchung, zahnärztliche Untersuchung)

2.10 Hat die Regelung Relevanz für die EG-Dienstleistungsrichtlinie?

☐ Ja ☒ Nein

Welche?

2.11 Hat die Regelung Berührungspunkte zum Themenbereich E-Government?

☒ Ja ☐ Nein

Warum wird auf eine elektronische Informationsbeschaffung bzw. -bearbeitung verzichtet?

2.11.1 Ist ein elektronisches Anzeige-, Antrags- und Genehmigungsverfahren möglich?

☒ Ja ☐ Nein

Falls ja, für welche Vorgänge?	Welche Vorgänge müssen analog erfolgen?
Die gesamte Arbeit der Gesundheitsbehörden soll digital erfolgen soweit nicht Testungen oder Untersuchungen durchzuführen sind (Laboruntersuchungen); ebenso ist die Anzeigepflicht nach § 20 digital möglich.	

2.11.2 Ist eine elektronisch unterstützte Informationsbeschaffung und -verarbeitung der Verwaltung möglich?

☒ Ja ☐ Nein

Falls ja, für welche Vorgänge?	Welche Vorgänge müssen analog erfolgen?
Die gesamte Arbeit der Gesundheitsbehörden soll digital erfolgen soweit nicht Testungen oder Untersuchungen durchzuführen sind (Laboruntersuchungen)	

2.11.3 Ist eine elektronisch gestützte Informationsübermittlung innerhalb der Verwaltung möglich?

⬓ Ja	☐ Nein
Falls ja, für welche Vorgänge? Die gesamte Arbeit der Gesundheitsbehörden soll digital erfolgen soweit nicht Testungen oder Untersuchungen durchzuführen sind (Laboruntersuchungen)	Welche Vorgänge müssen analog erfolgen?

2.11.4 Kann auf (Schrift-) Formerfordernisse zugunsten elektronischer Informationsbearbeitung verzichtet werden?

☐ Ja	⬓ Nein
Falls ja, auf welche?	Falls nein, warum nicht? Grundsätzlich werden nur sehr wenige Sachverhalte ein Schriftformerfordernis haben, dies betrifft vor allem amtsärztliche Bescheinigungen und Zeugnisse

2.11.5 Können Informationen von anderen als den bisher vorgesehenen Stellen einfacher bezogen werden?

⬓ Ja	☐ Nein
Falls ja, von welchen? Die gesamte Arbeit der Gesundheitsbehörden soll digital erfolgen. Damit ist es entsprechend einfacher, Informationen schneller und besser auszutauschen. Zudem sollen die Gesundheitsbehörden eine gemeinsame Plattform auf Basis der DAP Thüringens nutzen können, um sich auszutauschen. Insbesondere soll die obere Landesbehörde eine koordinierende Funktion übernehmen und gewährleistet damit die Kommunikation aller Gesundheitsbehörden unter- und miteinander	

3. Art und Umfang der Regelung

3.1 Werden Regelungen in bisherigen Rechts- und Verwaltungsvorschriften vereinfacht?

☐ Ja	⬓ Nein
Welche?	

3.2 Werden Sachverhalte detaillierter als bisher geregelt und warum?

⬓ Ja ☐ Nein

Welche und warum?
Bisherige Arbeitsgrundlage ist die ThürGesDV 1998, die historisch bedingt unverändert den aktuellen Stand der Wissenschaft und die Praxis nicht berücksichtigt und nur oberflächlich Rahmenbedingungen setzt. Daher wird das Gesetz diesen Standard der Aufgaben der Gesundheitsbehörden dem Stand der Wissenschaft und Praxisanwendung entsprechend festlegen.

3.3 Nur bei Gesetzen und Verordnungen: Können Einzelregelungen in hierarchisch niederen Rechts- oder Verwaltungsvorschriften erfolgen?

☐ Ja ⬓ Nein

Welche und wo?	Warum nicht?
	Das ThürGDG soll eine Rechtsverordnung ablösen, um den Rechtsstaatsprinzipien Vorrang und Vorbehalt des Gesetzes zu entsprechen; Nachfolgende Rechtsverordnungen sind möglich hinsichtlich konkreter Regelungsinhalte wofür es aber die Rechtsgrundlage im Gesetz benötigt, die mit dem ThürGDG erst geschaffen wird.

3.4 Ist eine Zusammenfassung mit anderen, bereits existierenden Regelungen möglich?

☐ Ja ⬓ Nein

Mit welchen Regelungen?	Warum nicht?
	Es handelt sich um ein eigenes Regelungsgebiet.

3.5 Nur für Zuständigkeiten: Sind die Regelungen klar und eindeutig, wurden sämtliche Delegationsmöglichkeiten ausgeschöpft?

⬓ Ja ☐ Nein

Warum nicht?

4. Vollzug

4.1 Wer ist für den Vollzug zuständig?

⬓ Land	⬓ Kommunale Gebietskörperschaften
Welche Behörden/Einrichtungen? das für Gesundheit zuständige Ministerium Landesamt für Verbraucherschutz als obere Landesbehörde	Welche? die für Gesundheit zuständigen Organisationsbereiche bei den Landkreisen und kreisfreien Städten

4.2 Werden für den Vollzug neue Behörden oder Organisationseinheiten geschaffen?

☐ Ja	⬓ Nein
Welche? Das Referat 234 des TLVwA wird dem TLV zugeordnet	

4.3 Ist für den Vollzug zusätzliches Personal erforderlich?

☐ Ja	⬓ Nein
In welchen Behörden/Einrichtungen und in welchem Umfang?	

4.4 Wird Personal eingespart oder entlastet?

⬓ Ja	☐ Nein
In welchen Behörden/Einrichtungen und in welchem Umfang? Eine Entlastung wird für die unteren Gesundheitsbehörden in den Landkreise und kreisfreien Städte erfolgen, da die obere Landesbehörde koordinierende Aufgaben übernimmt; zudem werden durch die Digitalisierung Arbeitsprozesse verschlankt und verbessert, so dass bisher analog durchzuführende Aufgaben wegfallen.	

4.5 Werden durch die Regelung neue Pflichten für die Behörden eingeführt bzw. bestehende Pflichten erweitert oder reduziert?

	Einführung	Erweiterung	Reduzierung
Mitwirkungsvorbehalte	☐	☐	☐
Kontrollpflichten	☐	☐	☐
Berichtspflichten	☐	☐	☐
Statistiken	☐	☐	☐
Sonstige Pflichten	☐	◾	◾

Welche?	☐ Nein
die obere Gesundheitsbehörde bekommt konkrete Aufgabenbeschreibung im Bereich der Personalgewinnung, Personalbindung, Personalentwicklung für die unteren Gesundheitsbehörden entfallen Beratungspflichten in Ernährungsfragen und für Schwangere, da diese bereits von anderen Akteuren wahrgenommen werden.	

4.6 Werden durch die Regelung neue Pflichten für die Bürger/Unternehmen eingeführt bzw. bestehende Pflichten erweitert oder reduziert?

	Einführung	Erweiterung	Reduzierung
Anzeige-/Meldepflichten	☐	☐	☐
Mess-/Aufzeichnungspflichten	☐	☐	☐
Mitführungspflichten	☐	☐	☐
Nachweis-/Aufbewahrungspflichten	☐	☐	☐
Duldungs-/Mitwirkungspflichten	☐	☐	☐
Sonstige Pflichten	☐	☐	☐

Welche?	◾ Nein

4.7 Wurde die Vollzugsgeeignetheit der Regelung vorab überprüft?

☐ Ja ◾ Nein

Auf welche Art und Weise wurde geprüft und mit welchen Ergebnissen?	Warum nicht?
	Soweit vollzugsrelevante Regelungen bestehen, sind diese unverändert von der bestehenden Anwendungspraxis und Rechtsgrundlage (ThürGesDV 1998) übernommen worden.

5. Finanzielle Auswirkungen

5.1 Wurden angemessene Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen gemäß § 7 Abs. 3 Satz 1 ThürLHO durchgeführt?

⬓ Ja	☐ Nein
Auf welche Art und Weise wurde geprüft und mit welchen Ergebnissen? Prüfung erfolgte in Abstimmung mit Abt. 4 und BfdH und in der Ressortabstimmung auch mit TFM.	Warum nicht?

5.2 Werden die Bürger durch die Regelung oder den Vollzug der Regelung finanziell belastet oder entlastet?[2]

☐ Ja	⬓ Nein
Belastung	Euro p.a.
Entlastung	Euro p.a.

5.3 Wird die Wirtschaft, auch durch den Vollzug der Regelung, finanziell belastet oder entlastet?[2]

☐ Ja	⬓ Nein
Belastung	Euro p.a.
Entlastung	Euro p.a.

5.4 Werden die öffentlichen Haushalte, auch durch den Vollzug der Regelung, belastet?[2]

Land	☐ Ja	Euro p.a.	⬓ Nein
Kommunale Gebietskörperschaften	☐ Ja	Euro p.a.	⬓ Nein

5.5 Werden in den öffentlichen Haushalten, auch durch den Vollzug der Regelung, Einnahmesteigerungen erreicht?[2]

Land	☐ Ja	Euro p.a.	⬓ Nein
Kommunale Gebietskörperschaften	☐ Ja	Euro p.a.	⬓ Nein

[2] Sofern keine genaue Bezifferung möglich ist, soll eine Schätzung angegeben werden.

5.6 Sind als Kompensation für finanzielle Belastungen im Sinne der o.a. Nummern 5.2 bis 5.4 Entlastungen an anderer Stelle vorgesehen?

☐ Ja ◙ Nein

Welche?	Warum nicht?

5.7 Sind für die geplante Maßnahme haushaltsmäßige Vorkehrungen im laufenden Haushaltsjahr getroffen und in der Finanzplanung berücksichtigt worden?

◙ Ja ☐ Nein

Welche?	Warum nicht?
Für den Vollzug des Gesetzes wurde ein Leertitel geschaffen. Hinsichtlich der weiteren Finanzplanung wäre der Landtagsbeschluss abzuwarten.	

6. Standards und deren Notwendigkeit

6.1 Legt die Regelung Standards fest und verursacht sie (ggf. geschätzt) einmalige und dauerhafte Kosten?

☐ Ja ◙ Nein

Wenn ja:

6.1.1 (bitte ausfüllen)

	Welche?	Anzahl der Fälle (ggf. Schätzung)	Kosten einmalig pro Jahr (ggf. Schätzung)	Kosten wiederkehrend pro Jahr (ggf. Schätzung)
Personalstandards[3]:			Euro	Euro p.a.
Sachstandards[4]:			Euro	Euro p.a.
Verfahrensstandards[5]:			Euro	Euro p.a.

[3] Personalstandards sind Vorschriften, die im Sinne einer Mindestvoraussetzung oder bestimmten Bandbreite für einzelne Aufgaben allgemein Fachpersonal oder eine bestimmte Besetzungsstärke, gegebenenfalls auch eine besondere Ausbildung oder Qualifikation für Bedienstete vorschreiben.

[4] Sachstandards sind Vorschriften, die im Sinne einer Mindestvoraussetzung oder bestimmten Bandbreite qualitative und/oder quantitative Anforderungen enthalten:

a) Sachstandards bei der Errichtung von Bauten oder bei der Beschaffung und Vorhaltung von Einrichtungsgegenständen (z. B. Raumgrößen, Vorhaltung bestimmter Sachmittel, Einhaltung von Normen oder Durchführung bestimmter Maßnahmen, Erfolgsnachweise)
b) sonstige Sachstandards.

[5] Verfahrensstandards sind Vorschriften, die bestimmte Anforderungen an das anzuwendende Verfahren stellen.

Wenn ja:

6.1.2 Welche Beweggründe und Bedingungen waren für die Festsetzung der Standards ausschlaggebend?

6.1.3 Ist die Einführung einer Standardöffnungsklausel möglich und sinnvoll?

☐ Ja ⬓ Nein

Welche?	Warum nicht?
	Das Gesetz legt bei den Maßnahmen einen Mindeststandard fest, auch wenn dieser sehr konkret ausgestaltet ist, der bereits in der Praxis angewandt wird. Alle Gesundheitsbehörden haben sich nach diesen Standards zu richten und bieten damit die Gewähr, positiv für den Gesundheitsschutz der Bevölkerung zu wirken

6.1.4 Können Standards in Angebote oder Empfehlungen umgeändert werden?

☐ Ja ⬓ Nein

Welche?	Warum nicht?
	siehe 6.1.3

7. Erfassung neuer und geänderter Verwaltungsleistungen, Formulare und Zuständigkeiten der im Thüringer Zuständigkeitsfinder abrufbaren Verwaltungsleistungen

7.1 Erfordert die Regelung eine Neuerfassung oder Fortschreibung der im Thüringer Zuständigkeitsfinder abrufbaren Verwaltungsleistungen? (http://portal.thueringen.de/portal/page/portal/Serviceportal/Zuständigkeitsfinder)

☐ Ja ⬓ Nein

Welche?

7.2 Erfordert die Regelung eine Neuerfassung oder Fortschreibung der im Thüringer Zuständigkeitsfinder abrufbaren Formulare und Zuständigkeiten (auch innerbehördlicher Art)?

☐ Ja ◾ Nein

Welche?

8. Weitere Anmerkungen

Thüringer Normenkontrollrat
Geschäftsstelle · Postfach 90 02 53 · 99105 Erfurt

Erfurt, 16. September 2025

B e t e i l i g u n g d e s N o r m e n k o n t r o l l r a t e s

gemäß Ziffern 2 Absatz 2, 4 Absätze 3 und 5 sowie 5 VV ThürNKR

hier: Thüringer Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst – Thüringer Gesundheitsdienstgesetz (ThürGDG)

Vorlage des TMSGAF, Eingang am 26.08.2025 (Vg.-Nr. 33/2025)

Der Thüringer Normenkontrollrat hat den Entwurf des oben genannten Regelungsvorhabens geprüft.

I. Problem und Regelungsbedürfnis

Die Grundsätze des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Thüringen finden sich bisher in der Verordnung über den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Aufgaben der Gesundheitsämter in den Landkreisen und kreisfreien Städten (Ges-DV) aus dem Jahr 1990[1]. Seitdem haben sich die Anforderungen an die Aufgabenerfüllung deutlich verändert und hat die Corona-Pandemie Schwächen in der praktischen Handhabung der Gesundheitsdienstverordnung gezeigt.

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf sollen nun bestehende Aufgaben insbesondere der unteren Gesundheitsbehörden konkret beschrieben, moderne Aufgabenfelder im Bereich der oberen Landesbehörde definiert sowie aufgenommen und der Öffentliche Gesundheitsdienst in moderne, digitale Strukturen eingebettet werden. Im Einzelnen:

[1] Ges-DV vom 8. August 1990 (GBl. I Nr. 53 S. 1068) in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Oktober 1998 (GVBl. 1998, 337).

Informationen zum Umgang mit Ihren Daten und zu Ihren Rechten nach der EU-Datenschutz Grundverordnung finden Sie im Internet auf der Seite
www.thueringen.de/datenschutz

- In § 2 und § 30 des Gesetzesentwurfs ist vorgesehen, die Strukturen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes neu zu ordnen, indem dieser aus dem Thüringer Landesverwaltungsamt herausgelöst und künftig dem Geschäftsbereich des Thüringer Landesamts für Verbraucherschutz zugeordnet wird. Damit soll eine Bündelung von Kompetenzen erfolgen und der Austausch von Informationen verbessert werden.
- Die bisher erfolgte Jahresberichterstattung soll nach § 4 als Qualitätssicherung in den unteren Gesundheitsbehörden nun gesetzlich festgeschrieben werden.
- Verwaltungsprozesse sollen auf Grundlage von § 5 digitalisiert und der Einsatz von KI-Systemen zugelassen werden. Der Freistaat Thüringen entwickelt und stellt dafür eine durch die Behörden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zu verwendende webbasierte zentrale Plattform bereit.
- Die Landesgesundheitskonferenz soll in § 6 gesetzlich verankert und für sie eine Geschäftsstelle eingerichtet werden.[2]
- In § 22 wird den unteren Gesundheitsbehörden im übertragenen Wirkungskreis die Aufgabe zugewiesen, erhebliche gesundheitliche Gefahren für Leib und Leben der Bevölkerung abzuwehren. Nach § 24 ist vorgesehen, dass die obere Gesundheitsbehörde zur Wahrnehmung der Gefahrenabwehr ein Pandemielager unterhält.
- Eine Evaluierung ist nach fünf Jahren gemäß § 31 durchzuführen.

II. Votum

Nach Einschätzung des Normenkontrollrates ist der Gesetzentwurf grundsätzlich geeignet, zu einer Modernisierung der Rechtsgrundlagen sowie zur Schaffung der Grundlagen für eine digitale Verwaltung in diesem Bereich beizutragen.

Der Normenkontrollrat schlägt jedoch vor, das Regelungsbedürfnis einzelner Normen zu hinterfragen sowie vorgesehene Personalstandards für weitere Qualifikationen zu öffnen.

1. <u>Qualifikationsanforderungen für die Leitung eines Gesundheitsamtes</u>

   Der Gesetzesentwurf sieht in § 2 Absatz 3 vor, dass die Leitung und die stellvertretende Leitung eines Gesundheitsamtes über einen Abschluss einer fachärztlichen

[2] Ausweislich der Begründung sei diese bereits im Rahmen der institutionalisierten Förderung der AGETHUR - Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. etabliert und solle durch diese fortgeführt werden.

oder fachzahnärztlichen Weiterbildung für das öffentliche Gesundheitswesen[3] verfügen muss. Nur vorübergehend soll davon abgewichen werden können, „soweit diese Voraussetzung nicht erfüllt werden kann".
Die Anforderungen an das Leitungspersonal stellen einen vergleichsweise hohen Personalstandard dar. Die Handlungsfähigkeit der Gesundheitsbehörden hängt letztlich davon ab, geeignetes ärztliches Personal in ausreichendem Umfang akquirieren zu können.

Die Bedingung „soweit diese Voraussetzung nicht erfüllt werden kann", ist auslegungsbedürftig und kann dazu führen, dass die Möglichkeit einer befristeten Ausnahme in Fällen nicht anwendbar ist, in denen ihre Anwendung eigentlich naheliegend wäre. Zum Beispiel könnte der Fall vorliegen, dass zwei Ärzte für die Leitung des Gesundheitsamts in Frage kommen, von denen einer die erforderliche Facharztweiterbildung bereits abgeschlossen hat, der andere sich noch in der Weiterbildung befindet. Dann dürfte der sich noch in der Weiterbildung befindende Arzt nicht mit der Leitung des Gesundheitsamts betraut werden, auch dann nicht, wenn er in der Gesamtbetrachtung der für eine solche Position benötigten oder hilfreichen Kompetenzen, zu denen jenseits der in der Facharztweiterbildung vermittelten auch Kompetenzen in Personalführung, Verwaltungsrecht, Management usw. gehören, besser geeignet ist. Die vorgenannte Bedingung würde dann nachvollziehbar als unsinnige bürokratische Bestimmung mit längerfristigen Nachteilen für die Leistungsfähigkeit des Gesundheitsamts wahrgenommen. Daher regt der Normenkontrollrat an, die Bedingung „soweit diese Voraussetzung nicht erfüllt werden kann", zu streichen. Dies erweitert den Ermessensspielraum bei der Personalauswahl zugunsten der Leistungsfähigkeit des Gesundheitsamts.

Weiterhin könnte überlegt werden, ob in solchen vorübergehenden Fällen eine Zustimmung der obersten Gesundheitsbehörde verlangt werden muss oder ob dies auch ins alleinige Ermessen des Landkreises bzw. der kreisfreien Stadt gestellt werden könnte.

2. <u>Erforderlichkeit einer gesetzlichen Pflicht zur Jahresberichterstattung in § 4</u>

In § 4 Absatz 2 ThürGDG-E wird geregelt, dass die unteren Gesundheitsbehörden eine Jahresberichterstattung an die obere Aufsichtsbehörde abzugeben haben.

[3] Oder eine durch die oberste Gesundheitsbehörde als gleichwertig anerkannte ärztliche Qualifikation.

Zweck soll es nach der Gesetzesbegründung sein, Problemlagen bei der Aufgabenerfüllung frühzeitig zu erkennen und im Bedarfsfall steuernd eingreifen zu können. Die Jahresberichterstattung soll dabei als „Werkzeug der Fachaufsicht“ verstanden werden. Damit werde eine bisher nur verwaltungspraktisch geübte Pflicht nun gesetzlich verbindlich verankert.

Die Pflicht zur Jahresberichterstattung stellt einen neuen Verwaltungsstandard dar, der einen kontinuierlichen Aufwand für die Gesundheitsbehörden nach sich zieht. Inwieweit dieser Aufwand dabei im Verhältnis zur Ausübung der Fachaufsicht steht und überhaupt erforderlich ist, entzieht sich der detaillierten Kenntnis des Normenkontrollrates und kann daher nicht abschließend bewertet werden.

Jedoch überzeugen die Ausführungen in der Gesetzesbegründung nicht, dass eine solche Berichterstattung jährlich zu erfolgen hat und dass sie einer Regelung durch Gesetz bedarf.

a) Wenn die Berichterstattung zur Steuerung und Ausübung der Fachaufsicht erforderlich ist, könnte diese so gestaltet werden, dass eine Berichterstattung nur anlass- oder problemlagenbezogen zu erfolgen hat.

b) Soweit das Instrument sich bislang gewohnheitsrechtlich grundsätzlich bewährt hat, wäre in der Normhierarchie zu prüfen, ob auch eine Regelung durch untergesetzliche Regelung erfolgen könnte.

Der Normenkontrollrat regt daher an, auf die Einführung einer gesetzlichen Pflicht zu verzichten und – soweit dies erforderlich ist – stattdessen eine anlassbezogene Berichterstattung durch Verwaltungsvorschrift zu normieren.

3. Einführung einer zentralen Plattform in § 5

In § 5 wird der öffentliche Gesundheitsdienst zu einer digitalen Arbeitsweise über eine landesweit einheitliche Plattform verpflichtet, in der zentrale Informationen bereitgestellt und statistische Daten für Zwecke der Qualitätssicherung sowie der wissenschaftlichen Auswertung für Forschung erhoben, gespeichert und verarbeitet werden. Die Plattform ist durch das zuständige Ministerium zu bestimmen und durch „das Land“ zur Verfügung zu stellen und weiterzuentwickeln. Gleichzeitig sieht der Gesetzentwurf eine Rechtsgrundlage für Standardisierung und Finanzierung durch Rechtsverordnung vor.

Der Normenkontrollrat begrüßt ausdrücklich das verfolgte Ziel der vollständigen Digitalisierung und der Schaffung von verbindlichen technischen Standards durch die Landesregierung, um eine Interoperabilität zu gewährleisten. Allerdings weist die Norm zahlreiche Details und technische Vorgaben auf, die aufgrund der Regelung im Gesetz erst durch einen aufwändigen parlamentarischen Prozess geändert werden könnten. Im Gegensatz zu einer Regelung durch Rechtsverordnung würde damit die flexible Anpassung an die sich schnell ändernden technischen Standards eingeschränkt werden.

Angeregt wird daher, die Details zur Ausgestaltung und Verwendung der Plattform nicht im Gesetz, sondern durch Rechtsverordnung zu regeln und dazu eine entsprechende Ermächtigungsgrundlage im Gesetz zu verankern.

4. Gesetzliche Regelung der Landesgesundheitskonferenz in § 6

Die Landesgesundheitskonferenz[4] soll mit der Regelung in § 6 als dauerhaftes Steuerungsgremium im Gesetz verankert werden. Sie ist nach der Definition in Absatz 1 „*ein institutionalisiertes Gremium für Gesundheitsziele und gesundheitspolitische Empfehlungen zur Verbesserung der gesundheitlichen Lebensbedingungen in Thüringen sowie der gesundheitlichen Versorgung und der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung*“. Die Landesgesundheitskonferenz gibt bei Bedarf gesundheitspolitische Empfehlungen ab, welche auch in die Arbeit der Landesregierung einfließen können (Absatz 2). Das für Gesundheit zuständige Ministerium führt den Vorsitz und richtet eine hauptamtliche Geschäftsstelle ein.

Die Landesgesundheitskonferenz besteht nach eigener Auskunft bereits seit April 2016 auf Grundlage einer Landesrahmenvereinbarung und ist in der Zusammenarbeit mit den Institutionen des Gesundheitswesens und der Landesregierung etabliert. Der Bedarf für eine nun gesetzliche Regelung geht aus der Gesetzesbegründung nicht klar hervor. Durch eine Festlegung im ThürGDG würde die bestehende Praxis lediglich gesetzlich verankert, jedoch keine strukturellen Änderungen oder Rechtsfolgen eingeführt. Hinzu kommt, dass die Beschlüsse der Landesgesundheitskonferenz auch durch das Gesetz keine verbindliche Wirkung erhalten oder eine Pflicht zur Befassung der Landesregierung auslösen.

[4] https://lgk-thueringen.de/ueber-uns

Vor diesem Hintergrund regt der Normenkontrollrat an, zu prüfen, inwieweit das Erfordernis besteht, die bewährte Praxis nun in einer gesetzlichen Regelung festzuschreiben.

5. Einrichtung eines Pandemielagers in § 24

   Die obere Gesundheitsbehörde hat ein Pandemielager einzurichten. Dabei kann sie diese Aufgabe vollständig oder teilweise auch an eine weitere Stelle delegieren. Das Nähere soll durch Rechtsverordnung geregelt werden.

   Zugleich bestehen bereits Lager für den Bereich des Katastrophenschutzes.[5] Wenngleich diese Lager aufgrund einer anderen Rechtsgrundlage errichtet wurden, regt der Normenkontrollrat an, zu prüfen, wie die Schaffung von Doppelstrukturen vermieden und somit der Erfüllungsaufwand reduziert werden kann.

6. Redaktionelle Anpassungen

   a) Differenzierung zwischen „Landkreise und kreisfreie Städte“ und „untere Gesundheitsbehörden“ in den Einzelbestimmungen

      In § 2 Abs. 1 Nr. 3 sind „*die unteren Verwaltungsbehörden in den Landkreisen und kreisfreien Städten […] untere Gesundheitsbehörden (Gesundheitsämter)*“. Der durch Legaldefinition eingeführte Begriff „Gesundheitsämter“ wird im Gesetz jedoch nur noch drei Mal verwendet, im Übrigen wird von der „*unteren Gesundheitsbehörde*“ gesprochen, beispielswiese im direkt sich anschließenden Absatz 2 Satz 1.

      Weiterhin besteht eine sprachliche Inkonsistenz zwischen dem vorgenannten § 2 Abs. 1 Nr. 3 und § 3 Abs. 2: In § 2 Abs. 1 Nr. 3 gibt es „untere Verwaltungsbehörden in den Landkreisen und kreisfreien Städten“. Nach § 3 Abs. 2 sind aber die Landkreise und kreisfreien Städte als solche die unteren Verwaltungsbehörden. Wenn die Landkreise und kreisfreien Städte als solche die unteren Verwaltungsbehörden sind, dann aber passt aber die Legaldefinition in § 2 Abs. 1 Nr. 3 nicht. Denn unter einem „Gesundheitsamt“

[5] Bspw. im Gefahrenabwehrzentrum-Süd, vgl. https://www.erfurt.de/ef/de/leben/feuerwehr/technikservice/logistik/116611.html.

versteht man üblicherweise eine organisatorische Teileinheit eines Landratsamts bzw. einer Stadtverwaltung und nicht den Landkreis bzw. die kreisfreie Stadr als solche.

Der Normenkontrollrat regt daher an, die Verwendung der Rechtsbegriffe innerhalb des Gesetzesentwurfs zu harmonisieren, um die erforderliche Klarheit für eine möglichst fehlerfreie Rechtsanwendung herbeizuführen.

b) Verkürzung des Wortlauts in § 3 Absatz 5

Die Regelung in § 3 Absatz 5 Satz 2 lautet: „Die beliehene Person unterliegt der Aufsicht der unteren Gesundheitsbehörde. Im Falle einer Beleihung ist vorab das Einvernehmen mit der oberen Gesundheitsbehörde herzustellen." Der Normenkontrollrat schlägt die Verkürzung des Wortlauts mit folgender Formulierung vor:

- Satz 2: „*Die beliehene Person unterliegt der Aufsicht des Gesundheitsamtes*."
- Satz 1: Einschub „*im Einvernehmen mit der oberen Gesundheitsbehörde*".

c) Klarheit in § 4 Absatz 3

Die Regelung sieht vor, dass eine Beratung anderer Behörden und Institutionen „auf Verlangen" erfolgen kann. Unklar bleibt, auf wessen Verlangen eine Beratung erfolgt. Denkbar wäre das jeweilige Verlangen des Landtags, der Landesregierung oder der jeweiligen Behörde. Zum Zwecke der Rechtsklarheit wird um eine Präzisierung der Regelung gebeten.

d) Systematik in § 11 Absatz 2

Angeregt wird zudem, die enthaltene Nr. 3 – Vorsorgeuntersuchungen nach dem Thüringer Kindergartengesetz – als Nr. 1 zu regeln. Erreicht würde damit ein chronologischer Aufbau in der Reihenfolge Kindergarten – Schuleingangsuntersuchung – Schule.

e) Klarstellung in § 12 Absatz 2

Nach dem Wortlaut haben die Gesundheitsämter die „*Durchführung der empfohlenen Schutzimpfungen des Robert Koch-Instituts sowie des Freistaats Thüringen*" zu fördern. Dies impliziert, dass das RKI Impfungen durch-

führt. Vielmehr sollte der Wortlaut zur Klarstellung wie folgt lauten: „*Durchführung der vom Robert Koch-Institut und vom Freistaat Thüringen empfohlenen Schutzimpfungen*“.

7. Reduzierung der Regelungen zum Datenschutz in § 26

   In § 26 Absatz 2 Nr. 5 wird geregelt, dass personenbezogene Daten nur verarbeitet werden dürfen, soweit dies „für die Rechnungsprüfung und für Organisationsuntersuchungen erforderlich ist und überwiegende schutzwürdige Interessen der betroffenen Person nicht entgegenstehen“. Nach § 17 Abs. 1 Nr. 3 und 4 ThürDSG gehören Rechnungsprüfung und Organisationsuntersuchung immer zum Hauptzweck. Die Abwägung mit den Interessen betroffener Personen wird daher als nicht erforderlich erachtet und die Streichung der Wörter „und überwiegende schutzwürdige Interessen der betroffenen Person nicht entgegenstehen“ vorgeschlagen.

8. Evaluation in § 31

   Nach § 31 Absatz 1 ist der Gesetz innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten auf „*Anpassungs- und Änderungsbedarfe zu evaluieren*“. Die Gesetzesbegründung führt dazu aus, dass „*die regelmäßige Bewertung der bestehenden Regelungen auf ihren Bestand zwingend erforderlich [ist] um das System auf dem neuesten Stand zu halten bzw. ständig zu verbessern*“. Dies ergebe sich vor allem aufgrund der hohen Dynamik hinsichtlich der Veränderung von Rahmenbedingungen, wie beispielsweise neuen Erkenntnissen und Forschung sowie geänderter bundesrechtlicher Vorschriften im Sozial- und Infektionsschutzbereich.

   Evaluationsklauseln entfalten ihre Wirkung jedoch nur dann, wenn sie klar messbare Kriterien für den Erfolg oder Misserfolg einer Regelung vorsehen. Ohne Indikatoren bleibt eine Evaluation im Wesentlichen beschreibend und riskiert, dass Ergebnisse nicht vergleichbar oder überprüfbar sind. Indikatoren ermöglichen es hingegen, die Zielerreichung des Gesetzes anhand von objektiven Daten zu bewerten. Zum einen schaffen Indikatoren Transparenz. Sie machen nachvollziehbar, welche Maßstäbe die Verwaltung und der Gesetzgeber anlegen, um Wirksamkeit und Effizienz der Regelungen zu beurteilen. Damit wird auch die politische Diskussion über die Ergebnisse auf eine sachliche Grundlage gestellt. Zum anderen gewährleisten Indikatoren eine Verbindlichkeit der

Evaluation. Wird lediglich allgemein auf eine Überprüfung verwiesen, besteht die Gefahr, dass diese inhaltlich vage bleibt oder sich auf leicht verfügbare, aber wenig aussagekräftige Daten beschränkt. Festgelegte Indikatoren verpflichten dazu, relevante Aspekte wie Qualität, Zielerreichung, Kostenfolgen und mögliche Nebenwirkungen systematisch zu betrachten.
Darüber hinaus ermöglichen Indikatoren eine vergleichende Bewertung im Zeitverlauf und zwischen Regionen. Nur so kann erkannt werden, ob sich die angestrebten Verbesserungen tatsächlich einstellen, ob Anpassungen erforderlich sind oder ob bestimmte Maßnahmen verstetigt werden sollten.
Schließlich fördern Indikatoren auch die Planbarkeit und Akzeptanz. Behörden wissen im Vorfeld, welche Daten zu erheben und bereitzustellen sind, und können ihre Prozesse danach ausrichten. Dies erleichtert die Durchführung der Evaluation und erhöht ihre Akzeptanz bei allen Beteiligten.

Daher regt der Normenkontrollrat an, die Regelungen zur Evaluation schon im Gesetzgebungsprozess mit relevanten Indikatoren zu normieren. Dies können beispielsweise Struktur- und Ressourcenindikatoren hinsichtlich Personalausstattung und der technischen Ausstattung der zentralen Plattform nach § 5 sein, Prozessindikationen, Ergebnisindikatoren sowie Wirkungsindikatoren. Die Erhebung dieser Indikatoren stellt zwar ihrerseits einen Erfüllungsaufwand dar, jedoch liegen vermutlich bereits durch die Jahresberichterstattung nach § 4 und die Gesundheitsberichterstattung nach § 10 ausreichende Daten vor.

gez. Prof. Dr. Stefan Zahradnik

Vorsitzender des
Normenkontrollrates

gez. Corinne Laudan

Berichterstatterin