

LIGA der Freien Wohlfahrtspflege in Thüringen e. V.  
Arnstädter Str. 50, 99096 Erfurt

Thüringer Landtag  
Ausschuss für Soziales, Gesundheit, Arbeit und  
Familie  
Jürgen-Fuchs-Str. 1  
99096 Erfurt

- Ausschließlich per E-Mail -

**Geschäftsstelle**

**LIGA der Freien Wohlfahrtspflege  
in Thüringen e. V.**

Arnstädter Str. 50  
(Eingang Humboldtstraße)  
99096 Erfurt

E-Mail: [info@liga-thueringen.de](mailto:info@liga-thueringen.de)  
Internet: [www.liga-thueringen.de](http://www.liga-thueringen.de)  
Telefon: (0361) 511499-0

Ihr Schreiben vom/Ihre Zeichen  
Drs. 8/3713

unsere Zeichen  
grü/wet/kra

Erfurt,  
11.09.2026

**Stellungnahme der LIGA der Freien Wohlfahrtspflege in Thüringen zum Thüringer  
Gesetz zur Neuordnung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, Gesetzentwurf der  
Landesregierung, Drucksache 8/3713; zugleich Beantwortung des Fragenkatalogs**

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir danken für die Gelegenheit zur schriftlichen Stellungnahme. Bereits in der zurückliegenden Wahlperiode haben wir uns an der kritischen Würdigung der jeweiligen Entwürfe beteiligt. Wir begrüßen, dass die überfällige Neuordnung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) nun als Regierungsvorhaben vorliegt und die veraltete Gesundheitsdienstverordnung von 1990 ablöst.

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege in Thüringen würdigen den Entwurf im Grundsatz positiv. Wir heben insbesondere die bevölkerungsmedizinische Ausrichtung, den Ansatz „Health in all Policies“, die ausdrückliche Berücksichtigung älterer Menschen, die Stärkung der aufsuchenden Hilfen sowie die Aufnahme von Klima- und Hitzeschutz hervor. Zugleich sehen wir an mehreren Stellen erheblichen Nachbesserungsbedarf - vorrangig bei der Finanzierung und Personalsicherung, bei den kommunalen Gesundheitskonferenzen sowie bei der rechtssicheren Absicherung niedrigschwelliger, aufsuchender Angebote für vulnerable Gruppen.

Die inhaltliche Detailkritik ergibt sich aus der nachfolgenden Beantwortung des Fragenkatalogs.

**1. „Gesundheitliche Chancengleichheit“ (Artikel 2, § 1 Abs. 1)**

Wir verstehen den Begriff nicht als Ausweitung des Aufgabenbereichs, sondern als Zielbestimmung und Auslegungsmaßstab im Sinne des New-Public-Health-Ansatzes. Er verpflichtet den ÖGD, sozial und gesundheitlich bedingte Ungleichheiten - gerade im ausgeprägten Stadt-Land-

Gefälle Thüringens - zu erkennen und ihnen mit bevölkerungsbezogenen Maßnahmen entgegenzuwirken. Eine Erweiterung individualmedizinischer Leistungspflichten folgt daraus nicht. Damit der Begriff nicht folgenlos bleibt, empfehlen wir ihn durch operationalisierbare Vorgaben zu unterlegen (Zielgruppenbezug, Niedrigschwelligkeit, aufsuchende Arbeit; vgl. Ziffern 15 und 17).

Aus Sicht der Eingliederungshilfe erfolgt die Weiterentwicklung zu einem modernen, präventiv ausgerichteten und vernetzten ÖGD. Positiv zu bewerten ist, dass psychisch erkrankte Menschen und Suchtkranke ausdrücklich als Zielgruppe benannt werden.

Es bleibt dabei unklar, wie die Kernaufgaben erbracht werden. Das Verhältnis zwischen ÖGD und den freien Beratungsstellen ist aufgrund erheblicher Auslegungsspielräume fraglich.

## **2. Sozialkompensatorische und subsidiär individualmedizinische Aufgaben (Artikel 2, § 1 Abs. 3)**

Ja, solche Aufgaben werden faktisch bereits wahrgenommen. Wir verstehen darunter individualmedizinisch geprägte Leistungen, die der ÖGD ergänzend und nachrangig dort erbringt, wo die Regelversorgung Menschen nicht oder nicht ausreichend erreicht - etwa amtsärztliche und begutachtende Tätigkeiten, Impfangebote, tuberkulose- und infektiologische Beratung und Untersuchung, zahnärztliche Gruppenprophylaxe sowie sozialpsychiatrische Beratung. „Sozialkompensatorisch“ bedeutet dabei der Ausgleich von Zugangsbarrieren für vulnerable Gruppen; „subsidiär“ bedeutet, dass diese Leistungen die vertragsärztliche und stationäre Versorgung nicht ersetzen, sondern nur eine Auffangfunktion übernehmen. Aus Sicht der LIGA ist wichtig, dass diese Subsidiarität klar bleibt: Der ÖGD soll Lotse und Brücke sein, nicht Ersatzversorger. Wir regen an, dies im Gesetzestext zu präzisieren, damit keine faktische Leistungspflicht bei fehlender Ressourcenausstattung entsteht.

### **Zu Artikel 2, § 1 Abs. 4**

Aus Perspektive der Eingliederungshilfe ist es unter Artikel 2, § 1 Abs. 4 wichtig zu beschreiben, dass der ÖGD eine koordinierende, subsidiäre und ergänzende Funktion wahrnimmt. Spezialisierte Beratungsangebote freier Träger müssen weiterhin Bestandteil der gesundheitlichen Versorgung bleiben, bestehende spezialisierte Beratungsangebote dürfen nicht durch allgemeine Beratungsangebote ersetzt werden – erforderlich ist eine klare Subsidiaritäts- und Kooperationsregelung zugunsten etablierter freier Beratungsangebote.

## **3. Personelle Ausstattung der unteren Gesundheitsbehörden (Artikel 2, § 2 Abs. 2)**

Aus unserer praktischen Wahrnehmung ist das in § 2 Abs. 2 aufgezählte multiprofessionelle Personal in den Thüringer Gesundheitsämtern nicht flächendeckend vorhanden. Kernberufe (Amtsärztinnen und -ärzte, Hygienekontrolleure, Sozialmedizinischer/Sozialpsychiatrischer Dienst) sind vielerorts unbesetzt oder kurz vor dem ruhestandsbedingten Ausscheiden überaltert; der ärztliche Fachkräftemangel wirkt sich unmittelbar negativ auf die Qualität der Aufgabenerfüllung aus. Neuere Public-Health-, gesundheitswissenschaftliche, psychologische, sozialarbeiterische und daten-/digitalbezogene Professionen sind, wenn überhaupt, nur punktuell und häufig befristet über den ÖGD-Pakt finanziert vorhanden. Ohne verstetigte Finanzierung bleibt die multiprofessionelle Öffnung des Entwurfs weitgehend Programmsatz. Belastbare

Ist-Zahlen können nur die Landkreise und kreisfreien Städte selbst liefern; wir regen eine landesweite Personalbestandserhebung als Grundlage der Umsetzung an.

Der Fachbereich der Eingliederungshilfe sieht folgende Aspekte, die ebenfalls für die §§ 11 und 12 gelten, kritisch. Der Personalbemessung liegt kein Automatismus zugrunde, es wird keine Definition des Begriffs „ausreichend“ vorgenommen. Der Gesetzentwurf beschreibt umfangreiche Aufgaben der unteren Gesundheitsbehörden, enthält jedoch keinerlei Aussagen zu einer angemessenen Personalausstattung. Es fehlen Mindeststandards für SpDi, Personalbemessungsgrundlagen, Qualitätsstandards für Gesundheitshilfen, Vorgaben zur Erreichbarkeit, Anforderungen an aufsuchende Hilfen. Wir verweisen auf die personelle Ausstattung in Beratungsangeboten nach entsprechenden Qualitätsstandards. Eine Strategie zur langfristigen Personalbindung insbesondere für psychosoziale Fachkräfte ist nicht zu erkennen.

Positiv wird der Fokus auf Qualifizierung und die Erweiterung der Professionen bewertet. Die geplante Stärkung von Aus-, Fort- und Weiterbildung (§ 21) wird ausdrücklich begrüßt. Im vorliegenden Entwurf wurden „psychotherapeutische“ Fachkräfte in den Katalog des nötigen Personals aufgenommen.

#### **4. Leitungsanforderungen - auch für die obere Gesundheitsbehörde? (Artikel 2, § 2 Abs. 3)**

Wir halten es für sachgerecht, für die fachliche Leitung der oberen Gesundheitsbehörde vergleichbare Qualifikationsanforderungen vorzusehen wie für die untere Ebene (fachärztliche Weiterbildung für das öffentliche Gesundheitswesen bzw. gleichwertige Qualifikation). Die obere Behörde nimmt eine Brücken-, Vernetzungs- und Qualitätssicherungsfunktion wahr; dafür ist ÖGD-spezifische fachliche Kompetenz erforderlich. Zugleich sollte - der multiprofessionellen Öffnung folgend - eine gleichwertige Public-Health-Qualifikation ausdrücklich zugelassen werden, um dem Fachkräftemangel Rechnung zu tragen. Eine reine Verwaltungsleitung ohne fachliche Letztverantwortung würde die intendierte Aufwertung des ÖGD unterlaufen.

#### **5. Finanzielle Belastungen durch kommunale/regionale Gesundheitskonferenzen (Artikel 2, § 10 Abs. 5)**

Kommunale und regionale Gesundheitskonferenzen erzeugen laufenden Koordinierungsaufwand: Geschäftsstelle, Moderation, Datenaufbereitung, Beteiligungsmanagement. Realistisch ist mindestens eine anteilige Koordinierungsstelle je Landkreis/kreisfreier Stadt zuzüglich Sachkosten. Die erwartbaren Synergieeffekte (vermiedene Doppelstrukturen, bessere Verzahnung von Gesundheits-, Sozial-, Pflege- und Eingliederungshilfeplanung, sektorenübergreifende Versorgungsketten) treten erfahrungsgemäß erst mittelfristig und nur bei verlässlicher Grundfinanzierung ein. Ohne Finanzierung besteht die Gefahr, dass die Konferenzen „auf dem Papier“ bestehen. Wir empfehlen daher eine Anschubfinanzierung des Landes und eine Regelfinanzierung der Koordinierungsstellen (siehe Ziffer 14).

Die kommunalen Gesundheitskonferenzen sollten mit der kommunalen Pflegeplanung und der Umsetzung des Thüringer Pflegeentwicklungsplans systematisch verzahnt werden. Erhebungs- und Berichtsstrukturen sind möglichst gemeinsam nutzbar auszugestalten.

## **6. Konnexität und Mehrbelastung trotz gegenteiliger Kosteneinschätzung (Artikel 2, § 3; §§ 10–23; Einführungs-, Umstellungs- und Folgekosten)**

Die Annahme der Begründung, es entstünden keine wesentlichen Mehrkosten, halten wir für nicht belastbar. Wir sehen Mehrbelastungs- und Konnexitätsrisiken insbesondere bei:

- der Gesundheitsförderung und Prävention einschließlich Gesundheitskonferenzen (§ 10),
- den Gesundheitshilfen und aufsuchenden Hilfen (§§ 11, 12),
- Umwelt-/Klimagesundheit und Trinkwasser-/Badewasserhygiene (§§ 17, 18),
- der Krisenvorsorge einschließlich Bevorratung/Pandemielager (§§ 22–25),
- der Gesundheitsberichterstattung und Digitalisierung (§ 13, § 5),
- sowie bei Einführungs- und Umstellungskosten (IT, Fachverfahren, Schulung, Aktenübernahme).

Soweit § 3 Aufgaben dem eigenen oder übertragenen Wirkungskreis zuordnet und dabei neue oder erweiterte Pflichtaufgaben begründet, ist das strikte Konnexitätsprinzip (Art. 93 ThürVerf) zu beachten. Wir empfehlen dringend, die Kostenfolgenabschätzung offenzulegen, eine Mehrbelastungsberechnung beizufügen und - soweit einschlägig - einen Mehrbelastungsausgleich gesetzlich zu regeln.

Ergänzend ist klarzustellen, dass niedrigschwellige Leistungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes insbesondere Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote, Beratungen, aufsuchende Hilfen, sozialpsychiatrische Hilfen sowie notwendige Impf- und Infektionsschutzangebote für die Bürgerinnen und Bürger grundsätzlich gebührenfrei zu erbringen sind. Gebühren dürfen insbesondere für Menschen mit geringem Einkommen, Pflegebedürftige und andere vulnerable Gruppen keine Zugangshürde darstellen. Dies ist vor dem Hintergrund von § 28 des Entwurfs, der grundsätzlich die Erhebung von Verwaltungskosten vorsieht, ausdrücklich abzusichern.

### **Zu Artikel 2, § 7**

Die Stärkung der Vernetzung wird aus Sicht der Eingliederungshilfe als positiv bewertet.

## **7. Belastbarkeit der Personalplanung angesichts des Auslaufens des ÖGD-Pakts Ende 2026**

Hier liegt aus unserer Sicht das größte Umsetzungsrisiko des gesamten Entwurfs. Ein Gesetz, das Aufgaben verstetigt, während die tragende Finanzierung (ÖGD-Pakt) ausläuft, verspricht Leistungen, deren personelle Grundlage nicht gesichert ist. Besonders gefährdet sind die nicht zum klassischen Kernbestand zählenden, pakt-finanzierten Funktionen: Public-Health- und Epidemiologie-Fachkräfte, Sozialarbeit und psychosoziale Beratung, Digitalisierungs-/Datenstellen, Koordinierungsstellen für Gesundheitskonferenzen, Klima-/Hitzeschutzkoordination sowie Verwaltungsunterstützung. Ohne landesrechtliche oder haushaltsrechtliche Verstetigung droht ein struktureller Rückbau genau der Funktionen, die den ÖGD zukunftsfähig machen sollen. Wir fordern eine verbindliche Anschlussfinanzierung und deren gesetzliche Verankerung.

## 8. Reichen §§ 8 und 9 (Personalgewinnung, -entwicklung, Qualitätssicherung)?

Nein, diese sind nicht ausreichend. Ohne Verordnungsermächtigung für verbindliche Stellenprofile, Personalausstattung und Mindest-Personalstärken bleiben die Instrumente unverbindlich. Wir empfehlen:

- eine Verordnungsermächtigung für landesweite Mindeststandards zur Personalausstattung (orientiert an Einwohnerzahl und Belastungsfaktoren wie Alter, Sozialstruktur, Stadt-Land-Gefälle),
- verbindliche Stellenprofile für Kern- und Querschnittsbereiche,
- eine jährliche Personal- und Qualitätsberichtspflicht der unteren an die obere Gesundheitsbehörde,
- die Verankerung des Rahmenkonzepts zur Qualitätssicherung als fortzuschreibendes und zu evaluierendes Instrument.

Nur so werden §§ 8 und 9 vom Programmsatz zum steuerungsfähigen Instrument. Hier hätte Thüringen die Chance, eine Vorreiterrolle einzunehmen.

Hierzu wird aus dem [10 Punkte Plan zur Stärkung des ÖGD vom Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes](#) zitiert: die „... vom Bundesgesundheitsminister genannte Richtzahl von 5 Personen pro 20.000 Einwohner kann zunächst als flächendeckende Berechnungsgrundlage genommen werden, da es bisher keine aktuellen und differenzierten Zahlen zur bundesweiten Personalausstattung im ÖGD gibt. Daher sollte die Erfassung des ÖGD Personals in der Gesundheitspersonalrechnung des Statistischen Bundesamtes schnell umgesetzt werden.“

Wir verweisen darauf, dass ein Konzept zur Personalbemessung auch die Beratungsangebote berücksichtigen muss. Die LIGA fordert, dass die oberste Gesundheitsbehörde gemeinsam mit den kommunalen Spitzenverbänden, Fachverbänden, Leistungserbringern und Vertretungen betroffener Menschen ein landeseinheitliches Personalbemessungs- und Qualitätskonzept für die Gesundheitshilfen und Sozialpsychiatrischen Dienste entwickelt und dieses regelmäßig fort schreibt.

## 9. Risiken der neuen Behörden- und Aufsichtsstruktur (Artikel 1; Artikel 2 §§ 2, 3, 7)

Die Aufgabenverlagerung vom Landesverwaltungsamt (Referat 234) hin zur oberen Gesundheitsbehörde bzw. perspektivisch zum Landesamt für Verbraucherschutz / für Soziales und Gesundheit begrüßen wir als Schritt zu klareren Zuständigkeiten. Wir sehen jedoch Risiken bei:

- Schnittstellen und Übergangsphase: unklare Zuständigkeiten während der Umstellung, Verzögerungen bei Widerspruchs- und Verwaltungsverfahren, Aktenübergänge.
- Fachaufsicht: Die Abgrenzung von Rechts- und Fachaufsicht sowie die Weisungswege müssen normenklar geregelt sein.
- Fachliche Bündelung: Die gewünschte Bündelung darf nicht zu Zentralisierung ohne kommunale Ortsnähe führen.

- Personalübergang: transparent, mit frühzeitiger Beteiligung der Beschäftigten und Besitzstandswahrung.

Wir empfehlen eindeutige Regelungen zur Widerspruchsbehörde und Fachaufsicht sowie eine ausdrückliche Übergangsregelung.

## **10. Zuordnung zu eigenem und übertragenem Wirkungskreis (Artikel 2, § 3)**

Wie schon in unseren früheren Stellungnahmen halten wir an unserer Position fest: Zur Wahrung der Thüringer Kommunalordnung und zur Stärkung der fachlichen Eigenständigkeit sollte der eigene Wirkungskreis Richtschnur der Regeltätigkeit bleiben. Krisenspezifische Weisungsbefugnisse (Infektions-/Katastrophenlage) lassen sich zielgenau als Ausnahme regeln, ohne die Regelstruktur in den übertragenen Wirkungskreis zu verschieben. Eine pauschale Verlagerung in den übertragenen Wirkungskreis birgt das Risiko, die Fachexpertise vor Ort zu schwächen und in das Spannungsfeld der kommunalen Selbstverwaltung zu geraten. Soweit § 3 neue Pflichtaufgaben zuweist, ist zudem die Konnexität zu beachten (siehe Ziffer 6).

## **11. Zentrale digitale Plattform (Artikel 2, § 5)**

Die LIGA begrüßt die zentrale digitale Plattform als wichtigen Baustein für einen modernen und krisenfesten Öffentlichen Gesundheitsdienst. § 5 des Gesetzentwurfs bleibt jedoch bei Rollout, Datenmigration, Betrieb, Support, Ausfallsicherheit, Datenschutz und Finanzierung zu unbestimmt.

Aus Sicht der Leistungserbringer sind insbesondere interoperable Schnittstellen, verlässliche Erreichbarkeit und die Vermeidung paralleler Melde- und Dokumentationswege entscheidend. Die Plattform sollte bestehende Prozesse vereinfachen und darf keine zusätzlichen Bürokratie- oder Abstimmungsaufwände erzeugen.

Erforderlich sind ein verbindlicher Rollout- und Migrationsplan, eine Pilot- und Erprobungsphase sowie ein sicherer Parallel- und Notfallbetrieb. Die Plattform sollte auf offenen, interoperablen Standards beruhen, Anbieterabhängigkeiten vermeiden und einen sicheren Datenexport ermöglichen. Die Kosten für Entwicklung, Einführung, Migration, Betrieb, IT-Sicherheit, Support, Schulung und Weiterentwicklung sind dauerhaft abzusichern; den Kommunen dürfen keine ungedeckten Mehrkosten entstehen.

Für die Verarbeitung von Gesundheitsdaten sind klare Vorgaben zu Zweckbindung, Zugriffsrechten, Verantwortlichkeiten, Protokollierung, Löschung und Datenschutz-Folgenabschätzung erforderlich. Beratungs-, Untersuchungs- und Begutachtungsdaten müssen besonders geschützt werden. Die kommunalen Gesundheitsämter, Beschäftigten, die Freie Wohlfahrtspflege, Pflegeeinrichtungen, ambulanten Dienste und Interessenvertretungen pflegebedürftiger Menschen sollten an der Entwicklung und Weiterentwicklung beteiligt werden. Neue, nicht finanzierte Melde- oder Dokumentationspflichten für Leistungserbringer sind zu vermeiden.

## **12. KI-gestützte Anwendungen (Artikel 2, § 5 Abs. 5)**

Fachlich sinnvoll erscheinen uns KI-Anwendungen bei: Auswertung anonymisierter/aggregierter Daten der Gesundheitsberichterstattung, epidemiologischer Signal- und Ausbruchserkennung, Hitze- und Umweltfrühwarnung, Text- und Verwaltungsunterstützung sowie Terminierung.

Als ungeeignet bzw. nur unter strengen Auflagen zulässig sehen wir vollautomatisierte Entscheidungen über individuelle Gesundheits-, Begutachtungs- oder Leistungsfragen (bspw. amtsärztliche Beurteilungen). Als Mindestanforderungen fordern wir:

- Transparenz und Erklärbarkeit der eingesetzten Verfahren,
- menschliche Letztentscheidung und Verbot vollautomatisierter Einzelfallentscheidungen mit erheblicher Wirkung (vgl. Art. 22 DS-GVO),
- lückenlose Dokumentation und Nachvollziehbarkeit,
- Bias- und Diskriminierungsprüfung (gerade mit Blick auf ältere, migrierte, Menschen mit Behinderungen),
- verpflichtende Datenschutz-Folgenabschätzung sowie IT-Sicherheits- und Datenschutzstandards nach Stand der Technik.

Wir empfehlen, diese Mindestanforderungen im Gesetz oder in einer Verordnungsermächtigung zu verankern, statt sie der Praxis zu überlassen.

## **13. Gesundheitsberichterstattung, Evaluation, parlamentarische Information (Artikel 2 §§ 13, 31)**

Wir begrüßen beide Regelungen, halten sie aber allein für nicht ausreichend. Zur frühzeitigen Erkennung von Umsetzungsdefiziten empfehlen wir:

- feste Berichtsintervalle (bspw. Landesgesundheitsbericht alle drei bis vier Jahre, ergänzt um jährliche Kennzahlen),
- verbindliche, kleinräumig differenzierte Indikatoren (u. a. Personalausstattung/ Vakanzquoten im ÖGD, Erreichungsgrade aufsuchender Angebote, Wartezeiten, Impf- und Vorsorgequoten, hitzebezogene Morbidität/Mortalität, soziallagenbezogene Indikatoren),
- Veröffentlichungspflicht der Berichte in maschinenlesbarer, datenschutzkonform aggregierter Form, unter Einbeziehung pflegerelevanter Indikatoren wie Pflegebedürftigkeit, regionaler Versorgungsdichte und Versorgungslücken sowie mit Anschlussfähigkeit an die kommunale Sozial-, Alten- und Pflegeplanung,
- regelmäßige Unterrichtung des Landtags, verbunden mit der Evaluation nach § 31,
- Einbeziehung der Freien Wohlfahrtspflege in das Evaluationsverfahren.

Die Datenschutzerfordernisse dürfen sich nicht auf KI-Anwendungen beschränken. Sie müssen für die gesamte zentrale digitale Plattform, ihre Fachanwendungen, den Datenaustausch und die wissenschaftliche Nutzung von Gesundheitsdaten gelten.

#### **14. „Im Rahmen ihrer Möglichkeiten" (Artikel 2, § 10 Abs. 5) – ausreichend?**

Nein. Die Formulierung „im Rahmen ihrer Möglichkeiten" ist zu unverbindlich, um regionale Versorgungsketten, sektorenübergreifende Kooperation und „Health in all Policies" verlässlich zu organisieren.

Faktisch stellt sie die Einrichtung in das Belieben der Haushaltslage und führt zu einem Flickenteppich. Wir empfehlen, die Gesundheitskonferenz als Soll-Aufgabe mit Finanzierungszusage auszugestalten und Mindestanforderungen an Zusammensetzung, Turnus und Beteiligung (u. a. Freie Wohlfahrtspflege, Hilfsorganisationen/Rettungsdienst) festzulegen.

#### **15. Prävention, Gesundheitsförderung und Chancengleichheit für vulnerable Gruppen (Artikel 2, § 10)**

Der Auftrag ist in der Praxis noch nicht ausreichend abgesichert. Wir sehen Regelungslücken bei:

- Zielgruppenbezug: Neben den genannten Gruppen sollten pflegebedürftige und hochaltrige Menschen sowie deren An- und Zugehörige ausdrücklich benannt werden.
- Niedrigschwelligkeit und aufsuchende Arbeit: verbindlicher zu verankern (siehe Ziffer 16).
- Gesundheitskompetenz: als eigenständiges Ziel aufzunehmen, mit barrierefreier und mehrsprachiger Information.

Ohne Ressourcenzusage und Zielgruppenkonkretisierung bleibt der Chancengleichheitsauftrag appellativ.

Die Eingliederungshilfe begrüßt die Möglichkeit, alle Akteure vor Ort durch kommunale Gesundheitskonferenzen dauerhaft zu vernetzen. Die Einbeziehung von Selbsthilfegruppen sollte dabei verpflichtend sein. Die Formulierung „im Rahmen ihrer Möglichkeiten" – schwächt die Verbindlichkeiten. Hier sollte eine verbindlichere Formulierung gewählt werden.

#### **16. Wegfall der ausdrücklichen Beratung von Schwangeren/Eltern und der Ernährungsberatung**

Das Streichen ausdrücklicher Nennungen aus dem Aufgabenkatalog birgt das reale Risiko eines faktischen Rückbaus und einer regional ungleichen Ausdünnung niedrigschwelliger Angebote - gerade dort, wo die Regelversorgung lückenhaft ist. Auch wenn die Aufgaben nicht förmlich abgeschafft werden, entfällt mit der Nennung die Steuerungs- und Legitimationswirkung; erfahrungsgemäß folgt der Nennung die Ressourcenzuteilung. Aus Sicht der Altenhilfe betrifft dies auch die Ernährungsberatung, die für Mangelernährung im Alter und bei chronischer Erkrankung präventiv bedeutsam ist.

Wir empfehlen, beide Aufgaben wieder ausdrücklich aufzuführen oder zumindest über eine Öffnungsklausel abzusichern.

## 17. Gesundheitshilfen (§ 11) und aufsuchende Hilfen (§ 12)

Die Herausstellung der aufsuchenden Hilfen begrüßen wir ausdrücklich; sie ist für immobile, hochaltrige, kranke und Menschen mit Behinderungen zentral. Bestimmtheit und Finanzierung sind aus unserer Sicht jedoch noch nicht ausreichend.

Wir sehen Nachsteuerungsbedarf bei:

- Zuständigkeit und Verweisstrukturen: klare Schnittstellen zu Pflegeberatung, Pflegestützpunkten, Sozial- und Eingliederungshilfe, Suchthilfe.
- Kooperation mit freien Trägern: Die bewährte Aufgabenwahrnehmung durch freie Träger (Sucht-, psychosoziale, infektiologische Beratung) muss rechtssicher möglich bleiben und ausdrücklich zugelassen werden.
- Bekanntmachung: Aufsuchende Hilfen und die Möglichkeit von Hausbesuchen sollten verpflichtend öffentlich bekannt gemacht werden - nur bekannte Angebote wirken.
- Personal und Finanzierung: ohne verstetigte Stellen bleiben die Ansprüche unerfüllbar.

Offen bleibt auch, welche Personal- und Qualitätsstandards für die Gesundheitshilfen gelten.

§ 12 bietet sowohl positive als auch negative Aspekte. Für vulnerable Personengruppen (darunter auch betroffene Kinder / Jugendliche oder psychisch Erkrankte) stellen aufsuchende Hilfen eine sehr wichtige Brücke in das Versorgungssystem dar.

Negativ zu bewerten ist die fehlende klare, langfristige Finanzierungsperspektive für diese personalintensiven Hilfen. Eine Vorgabe zur verbindlichen Zusammenarbeit mit freien Trägern der Suchthilfe und der Sozialpsychiatrie fehlt und eine engere Verzahnung, um Versorgungslücken im psychiatrischen Bereich zu verhindern muss ergänzt werden.

### Zu § 13

Im Absatz 2 ist der letzte Satz unvollständig. Eine Datenübermittlung durch nicht öffentliche / freie (Beratungs-)Stellen bedarf aus Sicht der Eingliederungshilfe der ausdrücklichen und vertraglichen gesetzlichen Grundlage. Mehrfach- und kommunale Sonderstatistiken sind zu vermeiden (vgl. § 26).

Begrüßt wird der erweiterte Blick durch psychosoziale Faktoren in der Berichterstattung, welche ausdrücklich berücksichtigt werden sollen.

Kritische wird bewertet, dass der Fokus / Schwerpunkt nach wie vor zu stark auf klassischen epidemiologischen Daten (z.B. Schuleingangsuntersuchungen von Kindern und Jugendlichen, Impfungen, Infektionen) liegt.

Es besteht darüber hinaus eine unvollständige Erhebung von psychiatrischen Daten: Für psychische Erkrankungen und Suchtverläufe fehlen klare Vorgaben zur Datenerhebung. Es müssen zwingend spezifische Indikatoren (z.B. Prävalenzdaten, Versorgungslücken, Suizidstatistiken) ergänzt werden, um eine bedarfsgerechte psychiatrische Versorgung überhaupt planen zu können.

## **Zu § 14**

Die Eingliederungshilfe bewertet positiv, dass bei der Feststellung von Gefährdungen oder Störungen der seelischen oder geistigen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen bei Untersuchungen (wie der Schuleingangsuntersuchung), die untere Gesundheitsbehörde verpflichtet ist, in Zusammenarbeit mit der Jugend- und Eingliederungshilfe konkrete Behandlungs- und Betreuungsangebote zu vermitteln. Der Kinderschutz bleibt gewahrt, die Aufgaben und Befugnisse nach dem Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) bleiben unangetastet und rechtssicher verankert.

Allerdings greifen auch die allgemeinen Kritikpunkte aus § 2. Ohne eine verbindliche Personalbemessung und ohne psychiatrische / psychologische Fachkräfte in den Ämtern wird die geforderte frühzeitige Vermittlung von seelischen Behandlungsangeboten für Kinder und Jugendliche in der Praxis kaum umsetzbar sein.

## **18. Krisenfestigkeit (Artikel 2, §§ 22–25)**

Die Regelungen sind ein wichtiger Fortschritt, sollten aber praxisnäher und rechtssicherer gefasst werden. Wir empfehlen:

- verbindliche Alarm- und Einsatzpläne mit regelmäßigen Übungen (mit festem Turnus),
- klare Vorgaben zu Bevorratung und Pandemielager (Mindestmengen, Rotation, Finanzierung),
- trennscharfe Zuständigkeitsabgrenzung zum Brand- und Katastrophenschutz,
- ausdrücklich geregelte Schnittstellen zu Rettungsdienst und Krankenhäusern (einschließlich der Hilfsorganisationen als Hauptleistungserbringer im Rettungsdienst),
- ausdrückliche Einbeziehung von Pflegeeinrichtungen und ambulanten Diensten in die Krisenplanung unter Sicherstellung ihrer Funktions- und Versorgungskontinuität, insbesondere bei Maßnahmen der Personalsteuerung oder -zuweisung.

## **19. Umwelt- und Klimagesundheit, Trinkwasserhygiene (§§ 17, 18) i. V. m. § 10**

Die Aufnahme dieser Themen begrüßen wir nachdrücklich. Zur wirksamen Verankerung kommunaler Klima- und Gesundheitsvorsorge halten wir Klarstellungen für erforderlich:

- verbindliche kommunale Hitzeaktions- und Klimaanpassungspläne (statt bloßer Kann-Regelung), unter Einbeziehung aller schutzbedürftigen Gruppen – ausdrücklich auch pflegebedürftiger und hochaltriger Menschen sowie ihrer Einrichtungen,
- klare Zuständigkeit des ÖGD für Beratung, Frühwarnung und Koordination beim Hitzeschutz,
- Sicherstellung der personellen Kapazitäten für die Wasser- und Badewasserhygiene angesichts klimabedingt steigender Anforderungen.

## **20. Konkrete gesetzliche Änderungsvorschläge**

Aus Sicht der LIGA besteht insbesondere bei der dauerhaften Finanzierung, der personellen und qualitativen Absicherung sowie der Verbindlichkeit der vorgesehenen Strukturen weiterer

Regelungsbedarf. Dies betrifft vor allem die Anschlussfinanzierung nach Auslaufen des ÖGD-Pakts, landesweit einheitliche Personal- und Qualitätsstandards, verbindlichere Vorgaben für kommunale Gesundheitskonferenzen sowie klare Anforderungen an digitale Infrastruktur und Berichterstattung. Zugleich sollte die Einbindung freier Träger, vulnerabler Gruppen und pflegerischer Versorgungsstrukturen in Prävention, aufsuchende Hilfen und Krisenvorsorge ausdrücklich und rechtssicher verankert werden.

Wir bitten den Ausschuss, die unter den vorstehenden Ziffern genannten Nachbesserungen aufzugreifen, und stehen für die mündliche Anhörung am 19.11.2026 gern zur Verfügung.

Für Rückfragen und Erläuterungen stehen wir gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Tino Grübel

Geschäftsführer