

Senatsverwaltung für Wissenschaft,
Gesundheit und Pflege
- I Just -
Tel.: 9028 (928) 1688

An das
Abgeordnetenhaus von Berlin

über Senatskanzlei - G Sen -

V o r l a g e

- zur Kenntnisnahme -
gemäß Artikel 64 Absatz 3 der Verfassung von Berlin

über Verordnung zur Regelung der Datenverarbeitung und des Datenschutzes in Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes (Gesundheitsdienst-Datenverarbeitungsverordnung – GDDatV)

Ich bitte, gemäß Artikel 64 Absatz 3 der Verfassung von Berlin zur Kenntnis zu nehmen, dass die Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege die nachstehende Verordnung erlassen hat:

Verordnung
zur Regelung der Datenverarbeitung und des Datenschutzes in Einrichtungen des
öffentlichen Gesundheitsdienstes
(Gesundheitsdienst-Datenverarbeitungsverordnung – GDDatV)

Vom 22.07.2026

Auf Grund des § 4f und des § 5 Absatz 3 Satz 3 des Gesundheitsdienst-Gesetzes vom 25. Mai 2006 (GVBl. S. 450), das zuletzt durch Artikel 17 des Gesetzes vom 10. Juli 2025 (GVBl. S. 270) geändert worden ist, verordnet die Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege:

Inhaltsübersicht

Teil 1 Allgemeine Vorschriften

§ 1 Anwendungsbereich

Teil 2 Besondere Vorschriften für einzelne Bereiche

Kapitel 1 Datenverarbeitung zum Zwecke der integrierten Gesundheitsberichterstattung

§ 2 Integrierte Gesundheitsberichterstattung

§ 3 Statistikstellen

§ 4 Übermittlung von Daten an die Statistikstelle in der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung

§ 5 Datenverarbeitung und Plausibilitätsprüfung durch die Statistikstelle in der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung

§ 6 Löschung personenbezogener Daten

§ 7 Löschung von Erhebungs- und Hilfsmerkmalen

§ 8 Besondere Regelungen für die Datenverarbeitung durch die gesonderten Organisationseinheiten für Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination der Bezirksämter

§ 9 Eigene Erhebungen

Kapitel 2 Datenverarbeitung im Rahmen der Wahrnehmung gesetzlicher Aufgaben

§ 10 Weiterverarbeitung von Daten aus den Schuleingangsuntersuchungen

§ 11 Bezirkliche Steuerungsgremien

Teil 3 Schlussbestimmungen

§ 12 Inkrafttreten

Anlage 1 (zu § 2 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1) Gesundheitsstatistiken der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung

Anlage 2 (zu § 2 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2) Aggregierte Gesundheitsstatistiken der für das öffentliche Gesundheitswesen zuständigen Ämter der Bezirke

Anlage 3 (zu § 2 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3) Gesundheitsstatistiken der gesonderten Organisationseinheiten für Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination der Bezirksämter

Teil 1

Allgemeine Vorschriften

§ 1

Anwendungsbereich

(1) Diese Verordnung regelt ergänzend zu den §§ 4a bis 4d des Gesundheitsdienst-Gesetzes vom 25. Mai 2006 (GVBl. S. 450), das zuletzt durch Artikel 17 des Gesetzes vom 10. Juli 2025 (GVBl. S. 270) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung die Verarbeitung personenbezogener Daten bei der Wahrnehmung der Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes nach § 1 des Gesundheitsdienst-Gesetzes durch die in § 2 Absatz 1 des Gesundheitsdienst-Gesetzes genannten Stellen.

(2) Soweit das Gesundheitsdienst-Gesetz, andere Rechtsvorschriften des Landes Berlin, das Bundesrecht oder das Recht der Europäischen Union die Verarbeitung personenbezogener Daten für die Wahrnehmung von Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes nach § 1 des Gesundheitsdienst-Gesetzes abschließend regeln, findet diese Verordnung keine Anwendung.

Teil 2

Besondere Vorschriften für einzelne Bereiche

Kapitel 1

Datenverarbeitung zum Zwecke der integrierten Gesundheitsberichterstattung

§ 2

Integrierte Gesundheitsberichterstattung

(1) Zur Erfüllung der Berichtspflichten nach § 5 des Gesundheitsdienst-Gesetzes sind folgende regelmäßige Statistiken auf der Basis plausibilisierter und pseudonymisierter oder anonymisierter Einzeldaten unter Beachtung des jeweils aktuellen Standes von Wissenschaft, Technik und Forschung zu erstellen:

1. durch die für das Gesundheitswesen zuständige Senatsverwaltung Gesundheitsstatistiken nach Anlage 1;
2. durch die für das öffentliche Gesundheitswesen zuständigen Ämter der Bezirke aggregierte Gesundheitsstatistiken nach Anlage 2;
3. durch die gesonderten Organisationseinheiten für Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination der Bezirksämter für ihren jeweiligen Bezirk Gesundheitsstatistiken nach Anlage 3.

Die für das Gesundheitswesen zuständige Senatsverwaltung hat die Statistiken nach Satz 1 Nummer 1 und 2 darüber hinaus auszuwerten und zu verarbeiten. Die nach Satz 1 erstellten Statistiken und die auf ihnen beruhenden Berichte dürfen keine personenbezogenen Daten enthalten.

(2) Die für das Gesundheitswesen zuständige Senatsverwaltung kann zum Zwecke der Gesundheitsberichterstattung anlassbezogene Berichte oder Sonderauswertungen erstellen, die über die gesundheitlichen und sozialen Verhältnisse der Berliner Bevölkerung Auskunft geben. Anlässe für Berichte und Sonderauswertungen nach Satz 1 sind neue Erkenntnisse und Erkenntnisbedarfe zur gesundheitlichen Lage der Bevölkerung, Änderungen am einheitlichen Indikatorensatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder sowie Informationsbedarfe im Rahmen der Vorbereitung und Begründung anstehender Entscheidungen oberster Landesbehörden, der ihnen nachgeordneten Behörden, des Abgeordnetenhauses oder seiner Mitglieder oder der Landesgesundheitskonferenz. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend für die gesonderten Organisationseinheiten für Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination der Bezirksämter mit der Maßgabe, dass die Informationsbedarfe im Rahmen der Vorbereitung und Begründung anstehender Entscheidungen der Bezirksämter, der Bezirksverordnetenversammlungen oder ihrer Mitglieder oder der Landesgesundheitskonferenz bestehen. § 20a des Berliner Datenschutzgesetzes vom 13. Juni 2018 (GVBl. S. 418), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 10. Juli 2025 (GVBl. S. 270) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung bleibt unberührt.

(3) Zur Erfüllung der Berichtspflichten nach § 5 des Gesundheitsdienst-Gesetzes dürfen die im öffentlichen Gesundheitsdienst bei der Wahrnehmung der Aufgaben nach § 1 Absatz 3 des Gesundheitsdienst-Gesetzes erhobenen Daten ausschließlich in pseudonymisierter oder anonymisierter Form verarbeitet werden. Die Verwendung anderer als der in Satz 1 genannten Daten für die Erfüllung der Berichtspflichten ist zulässig, soweit die Übermittlung dieser Daten für Zwecke der Gesundheitsberichterstattung an die für das Gesundheitswesen zuständige Senatsverwaltung durch Bundes- oder Landesrecht angeordnet oder für zulässig erklärt worden ist. Zulässig ist darüber hinaus die Verwendung von Daten, die im Rahmen von Vorhaben der Gesundheits- und Sozialforschung von anderen als den in dieser Verordnung genannten Stellen erhoben wurden, soweit ihre Erhebung und Übermittlung für Zwecke der Gesundheitsberichterstattung an die für das Gesundheitswesen zuständige Senatsverwaltung den Anforderungen des Datenschutzes entspricht. Die Sätze 1 bis 3 gelten entsprechend für die gesonderten Organisationseinheiten für Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination der Bezirksämter.

(4) Sofern es für ihre Aufgabenwahrnehmung erforderlich ist, darf die für das Gesundheitswesen zuständige Senatsverwaltung in Abstimmung mit den jeweiligen bezirklichen Stellen zur Erprobung neuer Erhebungsverfahren für einen bestimmten Erprobungszeitraum bis zu drei zusätzliche Merkmale zu den Statistiken nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 erheben, um

deren Eignung und Aussagefähigkeit für die Berichterstattung nach § 5 des Gesundheitsdienst-Gesetzes zu prüfen. Die Auswertung der zusätzlich erhobenen Merkmale und die Prüfung auf deren Eignung und Aussagefähigkeit erfolgen nach Erstellung der jeweiligen Statistik, spätestens jedoch ein Jahr nach Erstellung der regulären Statistik. Das jeweilige zusätzliche Merkmal kann, sofern die Eignung nur im Zeitverlauf beurteilt werden kann, in bis zu drei aufeinanderfolgenden Jahren erhoben werden. Danach ist eine Erhebung nur noch zulässig, wenn das Merkmal in die Anlage 1 aufgenommen wurde.

§ 3 **Statistikstellen**

(1) In der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung ist eine mit der Erstellung der Statistiken nach § 2 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und den Aufgaben nach § 2 Absatz 2 Satz 1 und 2 beauftragte gesonderte Organisationseinheit einzurichten, die als Statistikstelle organisatorisch, personell und räumlich von anderen Organisationseinheiten zu trennen ist. Die weiteren Aufgaben der Statistikstelle nach Satz 1 sind

1. das Datenmanagement,
2. die Durchführung der Plausibilitätsprüfung nach § 5 Absatz 1,
3. die Bereitstellung und Veröffentlichung der Ergebnisse,
4. die Wahrung der Grundsätze der Neutralität, Objektivität und wissenschaftlichen Unabhängigkeit bei der Erhebung und Verarbeitung der Daten,
5. die Aufbereitung, Darstellung und Analyse sowie die verbindliche Festlegung der Erhebungsmethodiken,
6. die Sicherstellung der statistischen Geheimhaltung nach § 16 des Landesstatistikgesetzes vom 9. Dezember 1992 (GVBl. S. 365), das zuletzt durch Artikel 50 des Gesetzes vom 12. Oktober 2020 (GVBl. S. 807) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung und
7. die kontinuierliche Verbesserung der Datenqualität.

(2) In den gesonderten Organisationseinheiten für Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination der Bezirksämter sind Statistikstellen entsprechend Absatz 1 Satz 1 einzurichten, deren Aufgabe es ist Statistiken nach § 2 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 zu erstellen und die Aufgaben nach § 2 Absatz 2 Satz 3 zu erfüllen. Die weiteren Aufgaben der Statistikstellen nach Satz 1 sind

1. die Bereitstellung und Veröffentlichung der Ergebnisse,
2. die Wahrung der Grundsätze der Neutralität, Objektivität und wissenschaftlichen Unabhängigkeit bei der Erhebung und Verarbeitung der Daten sowie

3. die Sicherstellung der statistischen Geheimhaltung nach § 16 des Landesstatistikgesetzes.

(3) Die Statistikstelle in der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung und die Statistikstellen in den gesonderten Organisationseinheiten für Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination der Bezirksämter dürfen zur Erfüllung der Berichtspflichten nach § 5 des Gesundheitsdienst-Gesetzes die folgenden in den jeweiligen Diensten elektronisch erfassten Einzeldaten zu folgenden Zwecken verknüpfen:

1. Untersuchungs- und Prophylaxedaten der Zahnärztlichen Dienste nach § 21 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 21 des Gesetzes vom 2. Dezember 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 301) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung und nach § 52 Absatz 1 des Schulgesetzes vom 26. Januar 2004 (GVBl. S. 26), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 10. Juli 2024 (GVBl. S. 465) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung von aufeinanderfolgenden Untersuchungsjahren zur Evaluation von Mundgesundheitszielen;
2. Untersuchungsdaten Sechsjähriger der Zahnärztlichen Dienste nach § 21 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und nach § 52 Absatz 1 des Schulgesetzes mit Daten der Schuleingangsuntersuchungen nach § 55a Absatz 6 des Schulgesetzes des korrespondierenden Einschulungsjahrgangs zur Identifikation von Zielgruppen für zahn gesundheitliche Prophylaxemaßnahmen;
3. Untersuchungsdaten des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes in Kindertageseinrichtungen nach § 9 Absatz 2 des Kindertagesförderungsgesetzes vom 23. Juni 2005 (GVBl. 322), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 27. August 2021 (GVBl. S. 995) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung mit den Daten der Schuleingangsuntersuchungen nach § 55a Absatz 6 des Schulgesetzes zur Evaluation der Erreichung von Gesundheitszielen in der Lebenswelt Kindertageseinrichtung.

§ 4

Übermittlung von Daten an die Statistikstelle in der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung

(1) Die für die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes nach § 2 Absatz 1 Nummer 2 des Gesundheitsdienst-Gesetzes zuständigen Ämter der Bezirke einschließlich der in der Gesundheitsdienst-Zuständigkeitsverordnung vom 11. Dezember 2007 (GVBl. S. 675), die zuletzt durch Verordnung vom 1. April 2025 (GVBl. S. 203) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung bezeichneten Stellen arbeiten mit der Statistikstelle in der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung zusammen und übermitteln ihr die zur Erfüllung der Berichtspflichten nach § 5 des Gesundheitsdienst-Gesetzes nach Maßgabe dieser Verordnung erforderlichen pseudonymisierten oder anonymisierten Daten.

(2) Die für die Erstellung der jeweiligen Statistik nach § 2 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 erforderlichen pseudonymisierten oder anonymisierten Daten sind vollständig und, soweit Datenverarbeitungsprogramme zur Verfügung stehen, EDV-gestützt in einem einheitlichen und mit der Statistikstelle in der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung abgestimmten Datenformat auf der Grundlage eines technisch einheitlichen Verfahrens an diese zu übermitteln. Zusätzlich ist eine mit der Statistikstelle in der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung abgestimmte Metadatenbeschreibung bereitzustellen, die alle Merkmale der jeweiligen Datenlieferung spezifiziert, einschließlich der Beschreibung des Datensatzes, der technischen Hinweise zur Datenlieferung, der Auflistung aller Variablenamen und deren zugehöriger Klarnamen sowie des zugehörigen Datentyps, der zugehörigen Wertebereiche, der gültigen Werte sowie der Kennzeichnung fehlender Werte. Die zu diesem Zweck von der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung zur Verfügung gestellten Datenverarbeitungsprogramme sind bevorzugt einzusetzen und zu nutzen, falls nicht andere bezirksübergreifende Verfahren eine geeignetere Ablauforganisation sicherstellen oder erforderlich machen. Die datenschutzrechtlich erforderlichen technisch-organisatorischen Maßnahmen sind an dem jeweiligen Schutzbedarf der Daten auszurichten. Sofern personenbezogene Daten elektronisch übermittelt werden, sind geeignete Verschlüsselungstechniken zu nutzen. Diese sind in einer Risikoanalyse und in einem Sicherheitskonzept festzulegen.

(3) Die Pseudonymisierung der zu übermittelnden personenbezogenen Daten erfolgt vor ihrer Übermittlung an die Statistikstelle in der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung durch die Stelle, die die Daten erstmalig erhoben hat, über eine Nummer, die selbst nicht aus Informationen zur Person zusammengesetzt sein oder solche Angaben enthalten darf. Die Zuordnung von betroffenen Personen und Pseudonymen verbleibt in der Stelle, die die an die Statistikstelle übermittelten Daten erstmalig erhoben hat, soweit in dieser Verordnung keine abweichenden Regelungen getroffen werden.

(4) Die nach § 2 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für die Erstellung von Statistiken zuständigen Stellen übermitteln die Statistiken der Statistikstelle in der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung zum Zwecke der Auswertung und Verarbeitung im Rahmen der Erfüllung der Berichtspflichten nach § 5 des Gesundheitsdienst-Gesetzes.

§ 5

Datenverarbeitung und Plausibilitätsprüfung durch die Statistikstelle in der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung

- (1) Die Statistikstelle in der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung nimmt die ihr nach § 4 Absatz 1 übermittelten Daten entgegen, speichert sie und prüft die pseudonymisierten oder anonymisierten Datensätze auf Vollständigkeit, Vollzähligkeit und Widerspruchsfreiheit (Plausibilitätsprüfung). Auf begründete Anforderung der Statistikstelle in der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung hin überprüft die Stelle, die die übermittelten Daten erstmalig erhoben hat, unverzüglich die Richtigkeit der von ihr übermittelten Daten und nimmt gegebenenfalls notwendige Korrekturen vor. Soweit hierfür notwendig, ordnet die Stelle, die die Daten erstmalig erhoben hat, die jeweiligen Daten den betroffenen Personen zu. Nach erfolgter Überprüfung der Richtigkeit und Vollständigkeit werden der Statistikstelle in der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung unverzüglich das Ergebnis der Prüfung und gegebenenfalls die korrigierten oder vervollständigten Einzeldaten unter Angabe des Pseudonyms übermittelt.
- (2) Die Statistikstelle in der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung übermittelt die von ihr nach Absatz 1 plausibilisierten Daten in pseudonymisierter Form an die Stelle, von der sie diese jeweils erhalten hat, zurück.
- (3) Im Anschluss an die Plausibilitätsprüfung nach Absatz 1 verarbeitet die Statistikstelle in der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung die plausibilisierten Daten für die Erstellung der Statistiken und Berichte nach § 2 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und Absatz 2 Satz 1.

§ 6

Löschung personenbezogener Daten

- (1) Für ärztliche, zahnärztliche sowie ärztlich und zahnärztlich befasste Tätigkeiten und medizinische und psychologische therapeutische Behandlungen gelten vorbehaltlich anderweitiger Regelungen die Aufbewahrungsfristen der jeweils einschlägigen Berufsordnung und des § 630f Absatz 3 des Bürgerlichen Gesetzbuchs.
- (2) Abweichend von § 4d des Gesundheitsdienst-Gesetzes sind die Daten nach Ablauf der in Absatz 1 genannten Fristen zu sperren. Die Sperrung hat so zu erfolgen, dass der Zugriff auf die gesperrten Daten basierend auf einem Rollen- und Berechtigungskonzept auf einen eingeschränkten Personenkreis begrenzt ist. Die datenerhebende Stelle kann auf die gesperrten Daten innerhalb eines Zeitraumes von weiteren zwanzig Jahren zugreifen, sofern dies zur Beweiserbringung im Rahmen von Haftungsstreitigkeiten erforderlich ist. Der Zugriff auf die gesperrten Daten darf erst erfolgen, wenn dessen Erforderlichkeit nach Satz 3 geprüft und bestätigt wurde; die Prüfung und Bestätigung darf nicht durch die Person erfolgen, die auf die gesperrten Daten zugreifen möchte. Jeder Zugriff auf die gesperrten Daten ist

zu protokollieren. Die datenerhebende Stelle hat die behördliche Datenschutzbeauftragte oder den behördlichen Datenschutzbeauftragten über jeden erfolgten Zugriff nach Satz 3 unverzüglich und schriftlich zu unterrichten. Nach Ablauf von dreißig Jahren sind die gesperrten Daten zu löschen.

(3) Die im Zusammenhang mit der Pflicht zur namentlichen Meldung nach dem Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 8v des Gesetzes vom 12. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 359) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung gespeicherten Daten sind, sofern es sich um eine chronische Erkrankung handelt, mit dem Tod der betroffenen Person zu löschen. Wird der Tod der betroffenen Person der datenverarbeitenden Stelle nicht bekannt, so sind die Daten hundert Jahre nach der Geburt der betroffenen Person zu löschen.

§ 7

Löschung von Erhebungs- und Hilfsmerkmalen

(1) Die Statistikstelle in der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung hat die Pseudonyme der Daten, die ihr nach § 4 Absatz 1 übermittelt wurden, spätestens ein Jahr nach erfolgter Plausibilitätsprüfung, im Falle von Daten nach § 3 Absatz 3 spätestens fünf Jahre nach Eingang der Daten in der Statistikstelle zu löschen.

(2) In den Fällen des § 3 Absatz 3 Nummer 1, in denen Einzeldaten aufeinanderfolgender Jahrgänge aus den Vorsorgeuntersuchungen und Prophylaxemaßnahmen der Zahnärztlichen Dienste miteinander verknüpft werden, ist das Pseudonym abweichend von Absatz 1 erst in dem Jahr zu löschen, in dem die betroffene Person das 18. Lebensjahr vollendet. In den Fällen des § 3 Absatz 3 Nummer 2 und 3, in denen Einzeldaten aus verschiedenen Untersuchungen zu einer betroffenen Person verknüpft werden, ist das Pseudonym abweichend von Absatz 1 erst nach Verknüpfung der Daten, spätestens jedoch fünf Jahre nach Eingang der letzten Daten in der Statistikstelle zu löschen.

(3) Die der Statistikstelle in der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung übermittelten Pseudonyme können vor ihrer Löschung nach Absatz 1 durch eine zufällig generierte Zuordnungsnummer ersetzt werden, die keine Angaben über persönliche und sachliche Verhältnisse einer natürlichen Person enthalten darf und eine Zuordnung der in einem Datensatz vorliegenden Informationen zu einer betroffenen Person, jedoch nicht ihre Re-Identifizierung ermöglicht.

(4) Abweichend von Absatz 1 und von § 4d des Gesundheitsdienst-Gesetzes sind die übrigen der Statistikstelle in der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung übermittelten Hilfsmerkmale unverzüglich zu löschen, sobald sie nicht mehr benötigt werden, spätestens jedoch nach Erstellung und Übermittlung der jeweiligen Statistik.

(5) Abweichend von § 4d des Gesundheitsdienst-Gesetzes sperrt die Statistikstelle in der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung die bei ihr als Erhebungsmerkmale verarbeiteten personenbezogenen Daten nach einem Zeitraum von zehn Jahren nach der Erstellung der jeweiligen Statistik nach § 2 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, für die sie erhoben wurden. Die Statistikstelle in der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung kann auf die gesperrten Daten innerhalb eines Zeitraumes von weiteren fünfzehn Jahren zugreifen, sofern hierfür ein besonderer, aus dem Erfordernis einer Langzeitevaluation folgender Bedarf für die Erstellung von Berichten und Sonderauswertungen besteht. Die Statistikstelle in der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung hat die behördliche Datenschutzbeauftragte oder den behördlichen Datenschutzbeauftragten über jeden erfolgten Zugriff nach Satz 2 unverzüglich und schriftlich zu unterrichten. Nach Ablauf von 25 Jahren hat die Statistikstelle in der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung die gesperrten Daten zu löschen, soweit sie von ihr nicht anonymisiert worden sind. § 6 Absatz 2 Satz 2, 4 und 5 gilt entsprechend.

(6) Die Absätze 2 bis 5 gelten für die Statistikstellen in den gesonderten Organisationseinheiten für Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination der Bezirksämter entsprechend.

§ 8

Besondere Regelungen für die Datenverarbeitung durch die gesonderten Organisationseinheiten für Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination der Bezirksämter

(1) Die Statistikstelle in der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung übermittelt den Statistikstellen in den gesonderten Organisationseinheiten für Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination der Bezirksämter die ihr gemäß § 4 Absatz 1 übermittelten Daten zum Zwecke der Erfüllung der Aufgaben nach § 2 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und Absatz 2 Satz 3. Datensätze mit Pseudonym dürfen nur auf begründete Anforderung hin übermittelt werden. Die Anforderung und ihre Begründung sind von der anfordernden Stelle nachvollziehbar zu dokumentieren. Es dürfen jeweils nur die Daten von Personen übermittelt werden, die im Bezirk der jeweiligen gesonderten Organisationseinheit für Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination der Bezirksämter ihren Wohnsitz haben. Die Übermittlung darf erst erfolgen, nachdem die Plausibilitätsprüfung nach § 5 Absatz 1 abgeschlossen ist.

(2) Die für die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes nach § 2 Absatz 1 Nummer 2 des Gesundheitsdienst-Gesetzes zuständigen Ämter der Bezirke übermitteln der für ihren Bezirk jeweils zuständigen gesonderten Organisationseinheit für Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination auf begründete Anforderung die ihnen nach § 5 Absatz 2 übermittelten plausibilisierten Daten derjenigen Personen, die von ihnen untersucht, betreut oder behandelt wurden, für die Zwecke der integrierten Gesundheitsberichterstattung auf bezirklicher Ebene, sofern dies für die Aufgabenerfüllung erforderlich ist. Datensätze mit Pseudonymen können übermittelt werden, wenn dies für die Aufgabenerfüllung unabdingbar ist.

Die Anforderung und ihre Begründung sind von der anfordernden Stelle nachvollziehbar zu dokumentieren. Andere als die in Satz 1 genannten Daten dürfen nicht übermittelt werden, es sei denn, eine Rechtsvorschrift gestattet die Übermittlung.

(3) Für Planungszwecke auf bezirklicher Ebene dürfen Daten nach Absatz 2 auch vor Abschluss der Plausibilitätsprüfung übermittelt werden. In diesem Fall dürfen die Daten nicht zum Zwecke der integrierten Gesundheitsberichterstattung im Sinne von § 5 des Gesundheitsdienst-Gesetzes und damit im Zusammenhang stehender Veröffentlichungen verwendet werden. Absatz 2 bleibt im Übrigen unberührt.

§ 9

Eigene Erhebungen

(1) Die für das Gesundheitswesen zuständige Senatsverwaltung und die gesonderten Organisationseinheiten für Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination der Bezirksamter dürfen eigene Erhebungen zur Erfüllung der Berichtspflichten nach § 5 des Gesundheitsdienst-Gesetzes durchführen. Hierzu dürfen sie insbesondere Umfragen bei der Bevölkerung durchführen oder durchführen lassen. Die bei den Erhebungen nach Satz 1 gewonnenen Daten dürfen mit anderen bei der jeweiligen Stelle rechtmäßig vorhandenen Daten verknüpft werden. Die Erhebung und Verknüpfung der Daten ist nur mit Einwilligung der betroffenen Personen zulässig.

(2) Bei der Durchführung von Erhebungen nach Absatz 1 haben die zuständigen Stellen die Beachtung des Datenschutzes, insbesondere die Einhaltung der Vorgaben des § 17 des Berliner Datenschutzgesetzes, sicherzustellen. Hierzu sind Erhebungen nach Absatz 1 in enger Zusammenarbeit mit der oder dem jeweiligen behördlichen Datenschutzbeauftragten zu planen und durchzuführen. Hierbei ist für jede Erhebung nach Absatz 1 ein Datenschutzkonzept zu erstellen und einzuhalten, welches insbesondere die Art der Erhebung, die zu erhebenden Daten, die Übermittlung der bei der Erhebung gewonnenen Daten und deren Löschung regeln soll.

(3) Die Erhebungen nach Absatz 1 müssen gemäß dem jeweiligen Stand von Wissenschaft und Technik durchgeführt werden. In den jeweiligen Fachbereichen allgemein als verbindlich angesehene Leitlinien und Grundsätze sind zu beachten.

Kapitel 2

Datenverarbeitung im Rahmen der Wahrnehmung gesetzlicher Aufgaben

§ 10

Weiterverarbeitung von Daten aus den Schuleingangsuntersuchungen

Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst darf dem Zahnärztlichen Dienst die folgenden elektronisch erfassten Daten der von ihm im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen nach § 55a Absatz 6 des Schulgesetzes untersuchten Kinder zum Zwecke der Planung von schulzahnärztlichen Untersuchungen und zu statistischen Zwecken übermitteln:

1. Familienname, Vornamen, frühere Namen;
2. Geburtsdatum;
3. Wohnadresse des Kindes;
4. das Schuljahr, zu dem die Schuleingangsuntersuchung erfolgt ist;
5. die Nummer des Untersuchungsbezirks;
6. das vom Kinder- und Jugendgesundheitsdienst vergebene Pseudonym.

§ 11

Bezirkliche Steuerungsgremien

(1) Die Psychiatriekoordinatorinnen und -koordinatoren und die Drogen- und Suchthilfekoordinatorinnen und -koordinatoren nach § 3 Absatz 3 Satz 2 des Gesundheitsdienst-Gesetzes übermitteln die ihnen vorliegenden Daten von Klientinnen und Klienten an die Mitglieder des jeweiligen bezirklichen Steuerungsgremiums nach § 10 Absatz 4 des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten vom 17. Juni 2016 (GVBl. S. 336), das zuletzt durch Artikel 28 des Gesetzes vom 10. Juli 2025 (GVBl. S. 270) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung für die Erfüllung der diesen obliegenden Aufgaben.

(2) Die in Absatz 1 genannten Koordinatorinnen und Koordinatoren speichern die Daten zu einem Fall längstens für die Dauer von fünf Jahren nach erfolgreicher Vermittlung einer außerklinischen Hilfe. Nach Ablauf dieser Frist sind die Daten zu löschen.

(3) Die in Absatz 1 genannten Koordinatorinnen und Koordinatoren übermitteln der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung einmal jährlich bis zum 30. April einen Bericht über die in dem jeweiligen bezirklichen Steuerungsgremium nach § 10 Absatz 4 des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten behandelten Fälle des Vorjahres. Der Bericht enthält folgende Daten in pseudonymisierter Form:

1. Geburtsjahr;
2. Geschlecht;

3. Herkunftsbezirk;
4. Migrationshintergrund;
5. Diagnose nach ICD 10;
6. Wohnsituation;
7. Betreuungssituation;
8. empfohlene Hilfe;
9. Hilfebedarfsgruppe für den ersten Leistungstyp bei Erstanträgen;
10. Veränderung der Hilfebedarfsgruppe oder des Leistungstyps bei Verlängerungsanträgen;
11. Abweichung der Entscheidung des Kostenträgers von der Empfehlung des Steuerungsgremiums;
12. zu berücksichtigende Kinder.

(4) Die für das Gesundheitswesen zuständige Senatsverwaltung plausibilisiert die ihr nach Absatz 3 übermittelten Daten. Sie oder eine von ihr beauftragte externe Stelle wertet die Daten zu statistischen Zwecken und als Grundlage für die Planung, Steuerung und Strukturentwicklung des Versorgungssystems aus. Bei der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung werden die nach Absatz 3 übermittelten Daten bis zum Ablauf des fünften Jahres nach Erhebung der Daten gespeichert. Nach Ablauf dieser Frist sind die Daten zu löschen.

Teil 3

Schlussbestimmungen

§ 12

Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am Tage nach der Verkündung im Gesetz- und Verordnungsblatt für Berlin in Kraft.

Gesundheitsstatistiken der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung

Gesundheitsstatistiken sind:

1. Grundauswertung der Beratungsstellen für Menschen mit Behinderung, Krebs und chronischen Erkrankungen (BfB)

Berichtszeitpunkt: Jährlich bis spätestens zum 31. März für die Daten des vorhergehenden Jahres

Berichtszeitraum: Ein Kalenderjahr

Periodizität: Jährlich bis spätestens zum 31. Dezember des auf die Übermittlung folgenden Jahres

Erhebungsmerkmale:

- a) Kennzahl des Lebensweltlich Orientierten Raumes (LOR)
- b) Geburtsmonat/-jahr
- c) Geschlecht
- d) Angaben zum Migrationshintergrund
- e) Versicherungsstatus
- f) Kommunikation
- g) Zu- und Abgangswege
- h) Angaben zur Wohnform und zu Lebensform und Familienstand
- i) Bildung
- j) Einkommensart
- k) Angaben zur Gesundheit
- l) Leistungen

Hilfsmerkmal: Klient ID (Pseudonym)

2. Grundauswertung des Zentrums für sinnesbehinderte Menschen (Hörberatungsstelle)

Berichtszeitpunkt: Jährlich bis spätestens zum 31. März für die Daten des vorhergehenden Jahres

Berichtszeitraum: Ein Kalenderjahr

Periodizität: Jährlich bis spätestens zum 31. Dezember des auf die Übermittlung folgenden Jahres

Erhebungsmerkmale:

- a) Kennzahl des Lebensweltlich Orientierten Raumes (LOR)
- b) Geburtsmonat/-jahr
- c) Geschlecht
- d) Angaben zu Staatsangehörigkeit/Migrationshintergrund
- f) Angaben zur Betreuungs- und Schulsituation
- g) Angaben zur Wohnform
- h) Angaben zum Hörstatus
- i) Angaben zur Kommunikation
- j) Zugangswege

Hilfsmerkmal: Klient ID (Pseudonym)

3. Grundauswertung des Zentrums für sexuelle Gesundheit und Familienplanung

Berichtszeitpunkt: Jährlich bis spätestens zum 31. März für die Daten des vorhergehenden Jahres

Berichtszeitraum: Ein Kalenderjahr

Periodizität: Jährlich bis spätestens zum 31. Dezember des auf die Übermittlung folgenden Jahres

Erhebungsmerkmale:

- a) Kennzahl des Lebensweltlich Orientierten Raumes (LOR)
- b) Geburtsmonat/-jahr
- c) Geschlecht
- d) Versicherungsstatus
- e) Kommunikation
- f) Zu- und Abgangswege
- g) Erwerbsstatus
- h) Beratung
- i) Untersuchung/Behandlung
- j) Diagnosen
- l) Finanzielle/materielle Hilfen (Leistungen)

Hilfsmerkmal: Klient ID (Pseudonym)

4. Grundausswertung des Sozialpsychiatrischen Dienstes

Berichtszeitpunkt:	Jährlich bis spätestens zum 31. März für die Daten des vorhergehenden Jahres
Berichtszeitraum:	Ein Kalenderjahr
Periodizität:	Jährlich bis spätestens zum 31. Dezember des auf die Übermittlung folgenden Jahres
Erhebungsmerkmale:	a) Kennzahl des Lebensweltlich Orientierten Raumes (LOR) b) Geburtsmonat/-jahr c) Geschlecht d) Angaben zu Staatsangehörigkeit/Migrationshintergrund e) Kommunikationssprache und Verständigung f) Zu- und Abgangswege g) Angaben zur Wohnform und zu Lebensform und Familienstand h) Bildung i) Einkommensart j) Angaben zur psychischen Gesundheit k) Leistungen l) Maßnahmen
Hilfsmerkmal:	Klient ID (Pseudonym)

5. Grundausswertung des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes

Berichtszeitpunkt:	Jährlich bis spätestens zum 31. März für die Daten des vorhergehenden Jahres
Berichtszeitraum:	Ein Kalenderjahr
Periodizität:	Jährlich bis spätestens zum 31. Dezember des auf die Übermittlung folgenden Jahres
Erhebungsmerkmale:	a) Kennzahl des Lebensweltlich Orientierten Raumes (LOR) b) Geburtsmonat/-jahr c) Geschlecht d) Angaben zu Staatsangehörigkeit/Migrationshintergrund e) Aufenthalts- und Versicherungsstatus f) Kommunikation

- g) Zugangswege
- h) Angaben zur Wohnform und Familienkonstellation
- i) Bildung
- j) Angaben zur psychischen Gesundheit
- k) Leistungen
- l) Maßnahmen

Hilfsmerkmal: Klient ID (Pseudonym)

6. Grundausswertung des Zahnärztlichen Dienstes

Berichtszeitpunkt: Jährlich bis spätestens zum 1. Oktober

Berichtszeitraum: Ein Schuljahr

Periodizität: Jährlich bis spätestens zum 31. Dezember des auf die Übermittlung folgenden Jahres

Erhebungsmerkmale:

- a) Kennzahl des Lebensweltlich Orientierten Raumes (LOR)
- b) Wohnort Kind, Anschrift Einrichtung
- c) Geburtsmonat/-jahr
- d) Geschlecht
- e) Angaben zur Untersuchung
- f) Angaben zur Einrichtung
- g) Befunddaten der einzelnen Zähne
- h) Kieferorthopädische Befunde
- i) Sonderbefunde
- j) Prophylaxemaßnahmen
- k) Dokumentation zum Berliner Kinderschutzgesetz

Hilfsmerkmal:

- a) Subjektives Kariesrisiko
- b) Gebissart
- c) Untersuchungs-/Anwesenheitsstatus
- d) Identifikationsnummer des Kindes (Pseudonym)

7. Grundausswertung der einmaligen ärztlichen Untersuchungen nach § 9 Absatz 2 Satz 1 des Kindertagesförderungsgesetzes

Berichtszeitpunkt: Jährlich zum 1. Februar für das vorangegangene Jahr

Berichtszeitraum: Ein Kalenderjahr

Periodizität: Jährlich bis zum 31. März des auf die Übermittlung folgenden Jahres

Erhebungsmerkmale:

- a) Kennzahl des Lebensweltlich Orientierten Raumes (LOR)
- b) Geburtsmonat/-jahr
- c) Geschlecht
- d) Angaben zur Untersuchung
- e) Inanspruchnahme Früherkennungsuntersuchungen
- f) Vollständigkeit des Impfstatus der von der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut öffentlich empfohlenen Impfungen
- g) Inanspruchnahme von Therapien
- h) Integrationsstatus
- i) Körpermaße des Kindes
- j) Screening Sehvermögen
- k) Screening Hörvermögen
- l) Sprache/sprachliche Verständigung
- m) Screening der emotional-sozialen Entwicklung
- n) Screening der motorischen, kognitiven und sprachlichen Entwicklung
- o) Ergebnisse der somatischen Untersuchung
- p) Mitteilungen an die Eltern

Hilfsmerkmale:

- a) Nummer der untersuchenden Stelle im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
- b) Name der untersuchenden Stelle im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
- c) Nummer des Dokumentationsbogens (Pseudonym)
- d) Anzahl Fragen mit abweichenden Antworten
- e) Anzahl nicht beantwortete Fragen
- f) Anzahl Fragen mit Eingabefehler
- g) Datum der Ersterfassung
- h) Datum der letzten Korrektur

8. Grundausswertung der Schuleingangsuntersuchungen nach § 55a Absatz 6 des Schulgesetzes

Berichtszeitpunkt: Jährlich zum 1. November

Berichtszeitraum: Ein Untersuchungsjahr

Periodizität:	Jährlich bis zum 31. Dezember des auf die Übermittlung folgenden Jahres
Erhebungsmerkmale:	a) Kennzahl des Lebensweltlich Orientierten Raumes (LOR) b) Geburtsmonat/-jahr c) Geschlecht d) Angaben zur Untersuchung e) Sozioökonomischer Status f) Migrationsmerkmale g) Familienkonstellation h) Kitabesuch i) Angaben zur Schule j) Geburtsgewicht k) Inanspruchnahme Früherkennungsuntersuchungen l) Impfstatus der von der Ständigen Impfkommission öffentlich empfohlenen Impfungen gemäß den Vorgaben des Robert Koch-Instituts, insbesondere Art, Anzahl und Zeitpunkt der Impfung m) Suchtmittelkonsum im Haushalt n) Medienkonsum des Kindes o) Inanspruchnahme von Therapien p) Körpermaße des Kindes q) Gebisszustand r) Screening Sehvermögen s) Screening Hörvermögen t) Sprache/sprachliche Verständigung u) Ergebnis der vorschulischen Sprachstandsfeststellung v) Screening psychische Gesundheit w) Screening der motorischen, kognitiven und sprachlichen Entwicklung x) Ärztliche Bewertung der Screeningergebnisse zu den Sinnesorganen und zur motorischen, kognitiven, sprachlichen und emotional-sozialen Entwicklung y) Weiterer diagnostischer und therapeutischer Bedarf im Bereich der Sinnesorgane und der kindlichen Entwicklung z) Schulischer Förderbedarf - a1) Sonderpädagogischer Förderbedarf - b1) Zurückstellung vom Schulbesuch
Hilfsmerkmale:	a) Nummer der untersuchenden Stelle im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

- b) Name der untersuchenden Stelle im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
- c) Nummer des Dokumentationsbogens (Pseudonym)
- d) Anzahl Fragen mit abweichenden Antworten
- e) Anzahl nicht beantwortete Fragen
- f) Anzahl Fragen mit Eingabefehler
- g) Datum der Ersterfassung
- h) Datum der letzten Korrektur

9. Kernindikatoren zum Datenpool für Bezirksregionenprofile

Berichtszeitraum: drei aufeinanderfolgende, zusammengefasste Untersuchungsjahre

Aggregierte, anonymisierte Grunddaten (Kernindikatoren) zu Entwicklungsbedingungen von Kindern aus den Daten der Schuleingangsuntersuchungen auf der Ebene der Bezirksregionen.

10. Impfmeldung an das Robert Koch-Institut nach § 34 Absatz 11 des Infektionsschutzgesetzes

Berichtszeitraum: Ein Untersuchungsjahr

Periodizität: Jährlich bis zum 31. Dezember des auf die Übermittlung der Einschulungsdaten folgenden Jahres

Aggregierte und anonymisierte Daten zum Impfstatus der Kinder aus den Daten der Schuleingangsuntersuchungen für das Land Berlin und seine Bezirke.

11. Auswertungen zum Integrationsmonitoring der Länder

Teilnahmerate an der Kinderfrüherkennungsuntersuchung U8 stratifiziert nach Migrationshintergrund in anonymisierter und aggregierter Form aus den Daten der Schuleingangsuntersuchung.

**Aggregierte Gesundheitsstatistiken
der für das öffentliche Gesundheitswesen zuständigen Ämter der Bezirke**

Aggregierte Gesundheitsstatistiken der für das öffentliche Gesundheitswesen zuständigen Ämter der Bezirke sind:

1. Statistik des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes

Eine zahlenmäßige Auflistung über die während eines Kalenderjahres durchgeführten Untersuchungen und erbrachten sonstigen Leistungen, dazu mit jeweils weiteren, konkretisierenden Angaben. Angegeben werden jeweils die Anzahl für jeden Monat und die Gesamtanzahl.

2. Statistik der therapeutischen Bereiche der Bezirke

Eine zahlenmäßige Auflistung der während eines Kalenderjahres betreuten Personen, aufgelistet nach Altersklassen, dem Vorliegen einer Behinderung, eines Migrationshintergrundes und einer schwierigen Lebenslage.

3. Statistik des Zentrums für sinnesbehinderte Menschen (Seh-, Hör- und Sprachbehinderung)

Eine zahlenmäßige Auflistung der während eines Kalenderjahres betreuten Personen, aufgelistet nach Altersklassen, der Art der Behinderung und dem Vorliegen eines Migrationshintergrundes und einer schwierigen Lebenslage. Eine Übersicht der verschiedenen Diagnostik-, Untersuchungs- und Beratungsleistungen, thematisch zusammengefasst für das jeweilige Berichtsjahr. Beispiel Hörberatungsstelle: Eine Übersicht der fachpädagogischen, logopädischen, psychologischen und sozialpädagogischen Maßnahmen nach Geschlecht und Alter.

4. Statistik der Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung

Eine zahlenmäßige Auflistung der während eines Kalenderjahres betreuten Personen, nach Altersklassen, Geschlecht, den durchgeführten Untersuchungen und Beratungen, den festgestellten Neuinfektionen (meldepflichtig und nicht meldepflichtig) und sonstigen erbrachten Leistungen.

Mit Einführung eines elektronischen Fachverfahrens erfolgt eine dezidierte Betrachtung der von den Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung erbrachten Leistungen.

gen im Bereich Prävention. Übermittelt werden sollen nicht personenbezogene Übersichten über die Art der Multiplikatoren, die Art der Öffentlichkeitsarbeit, die Gruppenarbeit (zum Beispiel Angaben zur Nutzergruppe und Themen), die Anzahl der bekannten Orte der Prostitution und die Anzahl der Kontaktgänge/Streetwork. Es erfolgt eine Auswertung bezüglich des Zusammenwirkens mit anderen Akteurinnen und Akteuren des öffentlichen Gesundheitsdienstes und freier Träger sowie bezüglich bestehender aktueller Projekte und der Öffentlichkeits- und Bildungsarbeit (zum Beispiel schulische/außerschulische Veranstaltungen, Messen, Mitwirkungen an Veröffentlichungen). Weiterhin können Aussagen zu Kontaktgängen, Streetwork und der Zusammenarbeit mit Einrichtungen der Sexarbeit (zum Beispiel Informationsveranstaltungen in Bordellen) getroffen werden.

5. Statistik der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste

Eine zahlenmäßige Auflistung der während eines Kalenderjahres betreuten Personen nach Altersklassen, dem Geschlecht und dem Migrationshintergrund sowie der Anzahl der Empfehlungen durch zuweisende Stellen und der Einweisungen nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten und dem Bürgerlichen Gesetzbuch.

Anlage 3
(zu § 2 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3)

Gesundheitsstatistiken der gesonderten Organisationseinheiten für Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination der Bezirksämter

Die gesonderten Organisationseinheiten für Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination der Bezirksämter erstellen für ihren jeweiligen Bezirk Gesundheitsstatistiken entsprechend denen nach Anlage 1 Nummer 1 bis 8 mit den Maßgaben, dass Berichtszeitpunkte nicht festgelegt werden und die Statistiken jährlich bis spätestens zum 31. Dezember des auf die Übermittlung der Daten nach § 8 Absatz 1 Satz 1 durch die für das Gesundheitswesen zuständige Senatsverwaltung folgenden Jahres zu erstellen sind.

A. Begründung:

a) Allgemeines:

Diese Rechtsverordnung regelt das Nähere über die Verarbeitung personenbezogener Daten in Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes des Landes Berlin. Sie basiert auf den Ermächtigungsnormen § 4f und § 5 Absatz 3 Satz 3 des Gesundheitsdienst-Gesetzes (GDG). Sie folgt der Verordnung über die Verarbeitung personenbezogener Daten in Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes vom 30. Juni 1994 nach, die am 25. Oktober 2020 außer Kraft trat.

Die Notwendigkeit einer Neuregelung der Datenverarbeitung und des Datenschutzes in Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes ergibt sich aus den rechtlichen und technischen Entwicklungen der letzten Jahre. Die Verordnung vom 30. Juni 1994 erlaubte nur die Verarbeitung anonymisierter Daten. Als anonymisiert gelten Daten dann, wenn ein Bezug zu einer konkreten Person unter keinen Umständen hergestellt werden kann. Die technischen Entwicklungen der letzten Jahre lassen es allerdings zum Teil nicht zu, Daten, die bisher als anonymisiert gelten konnten, als solche noch zu qualifizieren. Gängiger und zu meist erforderlich, vor allem im Bereich der Statistik, ist der Umgang mit pseudonymisierten Daten. Hierbei wird die Herstellung eines Personenbezugs zwar erschwert, aber nicht unmöglich gemacht. Der Umgang mit pseudonymisierten Daten ist im Rahmen der integrierten Gesundheitsberichterstattung erforderlich.

Die integrierte Gesundheitsberichterstattung ist zentraler Regelungsgegenstand dieser Verordnung. Sie wird durch § 5 GDG angeordnet und sowohl von der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung als auch von den gesonderten Organisationseinheiten für Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination der Bezirksämter erstellt. Im Kern handelt es sich nach § 5 Absatz 1 GDG um eine ziel- und zielgruppenorientierte Darstellung und Analyse der Gesundheit der Bevölkerung und der sie beeinflussenden sozialen Lebensbedingungen, der Einrichtungen und Beschäftigten des Gesundheits- und Sozialwesens sowie der Inanspruchnahme der Angebote und Leistungen der im Gesundheitswesen tätigen Akteurinnen und Akteure. Integrierte Gesundheitsberichterstattung setzt die Anforderungen von Public Health um, indem sie die verschiedenen Gesundheitsdeterminanten einbezieht, dazu mit anderen Ressorts kooperiert und spezifische Belastungsprofile einzelner Sozialräume identifiziert. In diesem Zusammenhang regelt diese Verordnung den Umgang mit pseudonymisierten Daten im Rahmen der Berichtspflichten nach § 5 GDG.

Aufgabe der Gesundheitsberichterstattung ist die verdichtende, zielgruppenorientierte Darstellung und Interpretation von Daten und Informationen, die für die Gesundheit der Bevölkerung, das Gesundheitswesen und die die Gesundheitssituation beeinflussenden Lebens- und Umweltbedingungen bedeutsam sind (vgl. § 5 Absatz 1 Satz 1 GDG). Die Gesundheitsberichterstattung informiert die (Fach-)Öffentlichkeit, die Politik und die Wissenschaft über

Gesundheit, Krankheit, Einflussfaktoren auf die Gesundheit, Präventionspotentiale und Sterbegeschehen der Bevölkerung sowie die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens. Datenquellen sind neben der amtlichen Statistik und Sekundärdaten aus dem Gesundheitswesen die Datenerhebungen im öffentlichen Gesundheitsdienst sowie bevölkerungsbezogene Befragungen und Studien.

Die Gesundheitsberichterstattung beschreibt unter Berücksichtigung der sozial und regional ungleichen Verteilung von Gesundheitsrisiken und Präventionspotenzialen die gesundheitliche Situation der Bevölkerung, analysiert Problemlagen und zeigt mögliche Handlungsfelder auf. Aufgrund der regelmäßigen Fortschreibung können Veränderungen auch im Zeitverlauf sichtbar gemacht werden. Sie stellt damit die Evidenzgrundlage für eine effektive Gesundheits- und Sozialplanung sowie partizipative Prozesse und die Identifikation gesundheitspolitischer Handlungsbedarfe für Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung und Prävention dar. Sie leistet eine Planungsunterstützung für den Gesundheitszielprozess des Landes Berlin, um zielgruppenspezifische Präventionspotenziale zu erkennen und zu bewerten, evidenzbasierte Handlungsempfehlungen abzuleiten und gesundheitspolitische Maßnahmen zu evaluieren.

Diese Verordnung macht erstmalig Gebrauch von der Ermächtigung des § 5 Absatz 3 Satz 3 GDG. In den Anlagen zu dieser Verordnung wird detailliert geregelt, welche Statistiken zu erstellen sind und welche Berichtspflichten bestehen. Ebenso wird geregelt, welche einzelnen Daten jeweils zu diesen Statistiken gehören. Diese Daten werden gemäß den Anforderungen des § 10 Absatz 1 des Landesstatistikgesetzes (LStatG) durch die Anlagen zu dieser Verordnung in Erhebungs- und Hilfsmerkmale gegliedert. Weiterhin werden für die angeordneten Statistiken Berichtszeitpunkte, Berichtszeiträume und Periodizitäten festgelegt.

Auf der Grundlage der Ermächtigung des § 4f GDG, der erlaubt, allgemeine Regelungen zur Datenverarbeitung und zum Datenschutz zu treffen, regelt diese Verordnung schließlich auch den allgemeinen Umgang mit personenbezogenen Daten in Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, soweit dies nicht im Gesundheitsdienst-Gesetz selbst erfolgt ist. Diese Regelungen gelten für alle Stellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes nach § 2 Absatz 1 GDG.

Ziel dieser Verordnung ist es außerdem, die sich aus 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) ergebenden Anforderungen an den Datenschutz zu berücksichtigen.

b) Einzelbegründung:

Zu § 1 (Anwendungsbereich)

Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt den Anwendungsbereich der Verordnung. Diese gilt für die Verarbeitung personenbezogener Daten durch Dienststellen des Landes Berlin, die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes wahrnehmen. Personenbezogene Daten sind nach Artikel 4 Nummer 1 der Datenschutz-Grundverordnung „alle Informationen, die sich auf eine identifizierte oder identifizierbare natürliche Person (im Folgenden ‘betroffene Person’) beziehen“. Der Begriff der Datenverarbeitung ist nach Artikel 4 Nummer 2 der Datenschutz-Grundverordnung als „das Erheben, das Erfassen, die Organisation, das Ordnen, die Speicherung, die Anpassung oder Veränderung, das Auslesen, das Abfragen, die Verwendung, die Offenlegung durch Übermittlung, Verbreitung oder eine andere Form der Bereitstellung, den Abgleich oder die Verknüpfung, die Einschränkung, das Löschen oder die Vernichtung“ personenbezogener Daten zu verstehen. Die zuständigen Dienststellen sind die, die nach § 2 Absatz 1 GDG die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes nach § 1 GDG wahrnehmen, nämlich

1. die für das Gesundheitswesen zuständige Senatsverwaltung und die für den gesundheitlichen Verbraucherschutz zuständige Senatsverwaltung sowie die ihnen jeweils nachgeordneten Behörden (Sonderbehörden) und nicht rechtsfähigen Anstalten,
2. die zuständigen Ämter der Bezirke sowie
3. die gesonderten Organisationseinheiten für Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination der Bezirksämter.

Der sachlich-inhaltliche Anwendungsbereich ist auf die Verarbeitung personenbezogener Daten für die Zwecke der sich aus § 1 GDG ergebenden Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes im Land Berlin begrenzt. Ob diese Aufgaben aus dem Bundes- oder Landesrecht folgen, ist insoweit und unbeschadet der Regelungen des Absatzes 2 unerheblich.

Zu Absatz 2

Nach Absatz 2 gehen spezielle gesetzliche Regelungen des Landes Berlin und Rechtsvorschriften des Bundes oder der Europäischen Union, die die Verarbeitung personenbezogener Daten für die Aufgaben nach § 1 GDG abschließend regeln, den Regelungen dieser Verordnung vor. Hierbei kann es sich beispielsweise um Vorschriften des Gesundheitsdienst-Gesetzes, des Infektionsschutzgesetzes, des Arzneimittelgesetzes oder der Datenschutz-Grundverordnung handeln.

Zu § 2 (Integrierte Gesundheitsberichterstattung)

Zu Absatz 1

Absatz 1 greift die Verpflichtung zur Erfüllung von Berichtspflichten nach § 5 GDG auf. Satz 1 konkretisiert die in § 5 Absatz 3 Satz 1 GDG genannten Bereiche, zu denen Statistiken zu erstellen sind. Diese Bereiche werden aufgeschlüsselt und in einzelne bestimmte Statistiken, die zu erstellen sind, geteilt. Dabei beschränkt sich Absatz 1 jedoch auf eine Kategorisierung. Die genauen Bezeichnungen der einzelnen Statistiken werden aus Gründen der Übersichtlichkeit in den Anlagen 1 bis 3 zu dieser Verordnung festgelegt.

Nach Satz 2 hat die für das Gesundheitswesen zuständige Senatsverwaltung nicht nur die Statistiken nach Satz 1 Nummer 1 selbst zu erstellen, sondern auch diese und die weiteren Statistiken nach Satz 1 Nummer 2 auszuwerten und hieraus die nach § 5 Absatz 1 Satz 1 GDG geforderte Darstellung und beschreibende Bewertung zu erstellen.

Satz 3 bestimmt, dass die Statistiken nach Satz 1 und die auf ihnen beruhenden Berichte keine personenbezogenen Daten beinhalten dürfen. Damit soll sichergestellt werden, dass die Statistiken und Berichte nur anonymisierte, aggregierte Daten enthalten. Bei diesen ist eine Zuordnung zu einer bestimmten Person nicht möglich, sie gelten daher nicht als personenbezogene Daten. Diese Bewertung ist fortlaufend anhand des jeweiligen Standes von Wissenschaft, Technik und Forschung zu überprüfen.

Zu Absatz 2

Absatz 2 eröffnet der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung die Möglichkeit, im Einzelfall aus den bereits vorliegenden Daten auch Statistiken, Berichte und Auswertungen zu fertigen, die nicht in der Anlage 1 genannt sind oder die nicht zu den Berichtspflichten nach § 5 GDG im engeren Sinne gehören (zum Beispiel Zuarbeit von Auswertungsdaten des Zahnärztlichen Dienstes zu bundesweiten Studien, beispielsweise des Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V.). Dies allerdings unter der Voraussetzung, dass es sich nicht um regelmäßig wiederkehrende Berichterstattung, sondern um die Beantwortung konkreter im Einzelfall auftretender Spezialfragen handelt. Damit wird sichergestellt, dass die politisch verantwortlichen Stellen des Landes Berlin ihren Planungs- und Steuerungsaufgaben im Bereich Gesundheit nachkommen können. Der Gleiche Bedarf besteht dem Grunde nach auch für die politisch verantwortlichen Stellen der Bezirke. Um diesem Umstand gerecht zu werden wird auch den gesonderten Organisationseinheiten für Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination der Bezirksamter die Möglichkeit eröffnet, Sonderberichte zu fertigen. Da es sich hierbei um bezirkliche Berichte handelt, können Auftraggeber nur die genannten bezirklichen Stellen oder die Landesgesundheitskonferenz, in

der die Bezirke Mitglieder sind sein. Durch diese Bestimmungen wird die Verarbeitung personenbezogener Daten zu Zwecken parlamentarischer Kontrolle, wie sie in § 20a des Berliner Datenschutzgesetzes geregelt ist, nicht eingeschränkt.

Zu Absatz 3

Satz 1 regelt, dass die im öffentlichen Gesundheitsdienst im Rahmen der Aufgaben nach § 1 Absatz 3 GDG erhobenen Daten ausschließlich auf pseudonymisierter oder anonymisierter Basis verarbeitet werden dürfen.

Daten aus anderen Aufgabengebieten als denen des öffentlichen Gesundheitsdienstes dürfen ausschließlich in anonymisierter und aggregierter Form für die Berichterstattung nach § 5 GDG verarbeitet werden.

Eine Ausnahme gilt für solche Daten, die aufgrund anderer Rechtsvorschriften des Bundes oder des Landes Berlin an die für das Gesundheitswesen zuständige Senatsverwaltung übermittelt werden dürfen. Eine weitere Ausnahme gilt für Daten, die im Rahmen von Forschungsvorhaben im Gesundheitsbereich unter Einhaltung der Belange des Datenschutzes erhoben wurden. Hier geht es zum Beispiel um die Daten aus den sogenannten Gesundheitssurveys, die vom Robert Koch-Institut durchgeführt werden.

Zu Absatz 4

Die Erhebung und Auswertung zusätzlicher Merkmale im Rahmen der Statistiken nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 ist für die Weiterentwicklung der Berichterstattung nach § 5 GDG von großer Bedeutung. Sie wird als Testmöglichkeit zur Aussagefähigkeit neuer Parameter vor einer potentiellen berlinweiten Einführung genutzt. Für die kontinuierliche Weiterentwicklung der Grundlage der Berichterstattung ist dies erforderlich, um neuen gesundheits- und sozialwissenschaftlichen Methoden und Erkenntnissen Rechnung tragen zu können. Zusätzliche Merkmale wurden bisher im Rahmen von Zusatzerhebungen bei den Berliner Schuleingangsuntersuchungen eingeführt. Hierbei handelte es sich unter anderem um ergänzende Tests zum Entwicklungsscreening, eine Erhebung zum Migrationshintergrund im Rahmen des Modellvorhabens der Entwicklung einer einheitlichen Definition des Migrationshintergrundes bei den Schuleingangsuntersuchungen der Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden in Zusammenarbeit mit dem Robert Koch-Institut und eine Erhebung zur Ermittlung zeitgerechter Impfungen.

Die Erhebung zusätzlicher Merkmale erfolgt grundsätzlich im Rahmen der turnusmäßigen Erhebungen zu den Statistiken nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und richtet sich nach deren Periodizität. Die Auswertung und Beurteilung der Eignung für die Berichterstattung erfolgt im Anschluss an die jeweilige Statistik, spätestens jedoch ein Jahr nach Erstellung der jeweiligen Statistik. Aufgrund der Zeitläufe der Datenübermittlung, -prüfung und -auswertung

kann die Prüfung der Eignung der erhobenen Merkmale erst parallel zum übernächsten des auf die Erhebung folgenden Jahrgangs erfolgen (Beispiel: Erhebung zusätzlicher Merkmale in 2022, Übermittlung der Daten Anfang 2023, Prüfung und Bereinigung der Gesamtdaten, Erstellung der Statistik nach Anlage 1 bis März 2024, Auswertung der zusätzlichen Merkmale ab April 2024). Für den Fall einer Eignung des zusätzlichen Merkmals kann dieses dann zu Beginn des nächsten Erhebungsjahres (im Beispiel 2025) berücksichtigt werden.

Zu § 3 (Statistikstellen)

Zu Absatz 1

Absatz 1 ordnet die Einrichtung einer Statistikstelle in der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung an und regelt deren Aufgaben und Struktur. Die organisatorische, personelle und räumliche Trennung von anderen Organisationseinheiten dient dem Schutz der Daten im Sinne der statistischen Geheimhaltung nach § 16 des Landesstatistikgesetzes (LStatG). In der Statistikstelle werden unter anderem personenbezogene Einzeldaten verarbeitet, die Angaben sowohl zur sozialen als auch zur gesundheitlichen Lage von Personen enthalten und daher einem besonderen Schutzbedarf unterliegen. In diesem Zusammenhang kommt auch der Wahrung der statistischen Geheimhaltung eine besondere Bedeutung zu. Bei der statistischen Geheimhaltung geht es darum, die exakte und näherungsweise Offenlegung von Einzelangaben zu verhindern. Dies kann sowohl durch informationsreduzierende Verfahren (Zusammenfassung oder Zellspernung) als auch durch datenverändernde Verfahren (Rundung oder Überlagerung) erreicht werden. Für amtliche Statistiken ist dabei insbesondere die Mindestfallzahlregel zu beachten. Dabei dürfen generell nur Fallzahlen von $n > 2$ publiziert werden, das heißt es dürfen nur Fallzahlen ab $n = 3$ veröffentlicht werden. Die Mindestfallzahlregel ist dabei sowohl auf Wertetabellen als auch auf Häufigkeitstabellen anzuwenden. Des Weiteren ist die Randwertregel zu beachten, wonach generell sicherzustellen ist, dass mindestens drei oder mehr Merkmalsträger nicht einer bestimmten Kategorie angehören, wenn dieser alle anderen Merkmalsträger angehören. Dadurch wird das Phänomen des sogenannten „Negativwissens“ ausgeschlossen. Ausnahmen bilden Statistiken, für die im anordnenden Gesetz explizit geregelt ist, dass kleine Fallzahlen veröffentlicht werden dürfen, auch wenn dadurch Einzelangaben des Auskunftspflichtigen zuordenbar veröffentlicht werden. Letzteres ist beispielsweise bei Angaben der Hochschulstatistik auf Ebene der Hochschulen zulässig. Je nach Rechtsgrundlage, Datenstruktur, Veröffentlichungsform und aktuell gültigen Datenschutzbestimmungen ist daher für jeden Anwendungsfall das passgenaue und der Verhältnismäßigkeit entsprechende statistische Geheimhaltungsverfahren zu identifizieren, anzuwenden und dessen Anwendung angemessen zu dokumentieren.

Satz 2 beschreibt die weiteren Aufgaben der Statistikstelle. Die Hauptaufgabe, nämlich die Erstellung der Statistiken nach § 2 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, ist bereits in Satz 1 der Vorschrift festgelegt.

Zu Absatz 2

Ebenso wie die für das Gesundheitswesen zuständige Senatsverwaltung haben auch die gesonderten Organisationseinheiten für Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination der Bezirksämter Statistikstellen einzurichten. Die Anforderungen und die Gründe sind dieselben wie nach Absatz 1. Auch die Statistikstellen in den gesonderten Organisationseinheiten für Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination der Bezirksämter haben, neben der Erstellung der Statistiken, weitere Aufgaben, die in Satz 2 aufgezählt werden.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift regelt die Möglichkeiten zur Verknüpfung von Einzeldaten zum Zwecke der Auswertung. Das Verknüpfen von Einzeldaten stellt einen eigenen Datenverarbeitungsvorgang dar, welcher eine eigene Grundrechtsrelevanz besitzt. Daher dürfen Einzeldaten nicht beliebig, sondern nur in den genannten Fällen und zu den genannten Zwecken miteinander verknüpft werden. Der begründete konkrete Bedarf für die Verknüpfung von Einzeldaten ergibt sich in den genannten Aufgabengebieten aus den in den Nummern 1 bis 3 dargelegten Erwägungen.

Zu Nummer 1

Je Schuljahr werden durch die Zahnärztlichen Dienste über 200.000 Berliner Kinder und Jugendliche mit einer zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung erreicht. Gemäß § 21 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfolgt ebenfalls eine regelmäßige Gruppenprophylaxe. Bei den Daten handelt es sich um eine sogenannte Querschnittsuntersuchung, die die Mundgesundheit der Berliner Kinder und Jugendlichen zum aktuellen Zeitpunkt darstellt, nicht jedoch den Verlauf der Entwicklung der jeweiligen Alterskohorte, sodass Aussagen zu kausalen Ursachen der gesundheitlichen Lage und ihrer mutmaßlichen Veränderung nicht möglich sind. Anhand der Daten zeigt sich beispielsweise, dass in umfangreich betreuten Einrichtungen (zum Beispiel Fluoridierungseinrichtungen) die Kariesfreiheit der Kinder höher ist. Aufgrund der Querschnittsdaten kann jedoch nicht die Aussage getroffen werden, dass Kinder aus entsprechenden Einrichtungen in der Entwicklung weiterhin höhere Anteile an Kariesfreiheit aufweisen. Durch die regelmäßige Untersuchung der Zahnärztlichen Dienste werden Kinder in verschiedenen Lebensabschnitten (Kita, Grundschule, weiterführende Schule) erfasst. Mit der Verknüpfung der Einzeldaten kann mittels einer Längsschnittbetrachtung zur Evaluation und Weiterentwicklung von Mundgesundheitszielen sowie zur Optimierung des Ressourceneinsatzes der Akteurinnen und Akteure des Landes Berlin und zur zielgerichteten Planung von Gruppenprophylaxemaßnahmen beigetragen werden. Der Erfolg eines solchen Monitorings konnte in skandinavischen Ländern bereits wissenschaftlich belegt werden.

Zu Nummer 2

Mit den Daten der Zahnärztlichen Dienste können Aussagen zur Mundgesundheit der Berliner Kinder und Jugendlichen getroffen werden. Aus wissenschaftlichen Studien ist belegt, dass Mundgesundheit eng mit der sozialen Lage zusammenhängt. Im Rahmen der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung besteht nicht die Möglichkeit der Erfassung von Daten zur sozialen Lage der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer Familien. Eine Verknüpfung der im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen erfassten sozialen Parameter mit den Untersuchungsdaten der Sechsjährigen der Zahnärztlichen Dienste trägt zur Identifikation von Zielgruppen für zahngesundheitliche Prophylaxemaßnahmen und damit der Optimierung des Ressourceneinsatzes der Akteure des Landes Berlin bei, wodurch das Erreichen von Mundgesundheitszielen unterstützt wird.

Zu Nummer 3

Bei den Daten der einmaligen ärztlichen Untersuchung gemäß § 9 Absatz 2 Satz 1 des Kindertagesförderungsgesetzes (KitaFöG) und den Daten der Schuleingangsuntersuchungen nach § 55a Absatz 6 des Schulgesetzes (SchulG) handelt es sich um sogenannte Querschnittsuntersuchungen zu gleichen Entwicklungsbereichen in einem zeitlichen Abstand von ungefähr zwei Jahren. Sie geben daher Aufschluss über den Gesundheitszustand der Alterskohorte der Kinder zum jeweiligen Zeitpunkt. Aussagen zu Entwicklungsverläufen sind hingegen nur dann möglich, wenn die Daten der beiden Untersuchungen auf Individual-ebene miteinander verknüpft werden.

Die Lebenswelt Kindertageseinrichtung stellt nicht zuletzt im Rahmen der Kindergesundheitsziele des Landes Berlin einen wesentlichen Aktionsbereich der Gesundheitsförderung und Prävention dar. Hier ist zukünftig auf der Basis des Präventionsgesetzes auf Bundesebene verstärkt eine Umsetzung von Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention gefordert, die einer Evaluation bedürfen. In diesem Zusammenhang ist eine längsschnittliche Betrachtung im Sinne einer Evaluation von Effekten der Interventionen auf der Bevölkerungsebene dringend geboten. Eine solche Evaluation dient der Verbesserung der Kindergesundheit im Land Berlin durch eine kontinuierliche, datengestützte Weiterentwicklung des Gesundheitszieleprozesses und der Optimierung des Ressourceneinsatzes der Akteurinnen und Akteure und des Landes Berlin. Eine längsschnittliche Betrachtung wird erst anhand von auf der Individualebene verknüpften Daten möglich, die in dieser Form nicht mit anderen Daten oder auf anderem Wege geleistet werden kann.

Für die Verknüpfung ist die elektronische Erfassung der erforderlichen Daten im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst und dem Zahnärztlichen Dienst unabdingbar, weil eine händische Erstellung von Listen nicht nur einen unverhältnismäßigen Aufwand in den Diensten darstellt, sondern auch die Gefahr zum Beispiel von Fehleingaben erhöht, die zu vermehrten Plausibilitätsnachfragen im Zuge der Verknüpfung führen würde.

Zu § 4 (Übermittlung von Daten an die Statistikstelle in der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung)

Zu Absatz 1

Die Pflicht zur Zusammenarbeit der einzelnen Dienste und Senatsverwaltungen mit der Statistikstelle in der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung und die Pflicht zur Lieferung von Daten an diese Statistikstelle ergeben sich im Grundsatz aus § 5 Absatz 2 Satz 3 und 4 GDG.

Zu Absatz 2

Vor dem Hintergrund des E-Government-Gesetzes Berlin wird auf eine Vereinheitlichung der Datenverarbeitung und der hierbei einzusetzenden Software hingewirkt. So ist der elektronischen Datenverarbeitung der Vorzug zu geben, und es sind hierfür in erster Linie die von der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung zur Verfügung gestellten Anwendungen einzusetzen. Metadaten erklären und geben Hintergründe für Abkürzungen oder Verallgemeinerungen in den eigentlichen Sachdaten (KOSIS-Gemeinschaft: DUVA 4 CS Grundlagenhandbuch, 2010. Quelle: <http://www.duva.de/service/materialien/index.html>) und ermöglichen so eine korrekte Interpretation und Datenverarbeitung der eingehenden Datenlieferungen. Metadaten erklären den eigentlichen Inhalt der Datenlieferung selbst im Detail und machen diesen verständlich, ähnlich einem Beipackzettel für Medikamente oder einem Handbuch für eine Maschine oder ein Werkzeug. Dieses Vorgehen wird in genau dieser Form bereits seit vielen Jahren für die Daten im abgestimmten Datenpool des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg erfolgreich praktiziert und dient hier als Vorbild. Im Hinblick auf die besondere Schutzwürdigkeit von Gesundheitsdaten wird der Einsatz geeigneter technischer Maßnahmen zum Schutz der Daten und deren Verschlüsselung angeordnet. Hierdurch werden die Erfordernisse aus Artikel 9 der Datenschutz-Grundverordnung aufgegriffen. Die Übermittlung von Einzeldatensätzen wird aus Aufwandsgründen nur für elektronisch basierte Datenerhebungen erwartet.

Zu Absatz 3

Die Pseudonymisierung der Daten ermöglicht erforderliche Rückfragen im Rahmen der Plausibilitätskontrolle der übermittelten Datensätze und die Zuordnung von etwaigen Korrekturen der erhebenden Stellen nach § 5 Absatz 1. Die Plausibilisierung dient der Qualitätssicherung der Daten und ist darüber hinaus eine unabdingbare Voraussetzung für die kontinuierliche Verbesserung der Datenqualität. Ferner dient das Pseudonym der Verknüpfung der Daten gemäß § 3 Absatz 3. Bei einem Teil der Datenbanken wird das Pseudonym darüber hinaus für die Funktionsfähigkeit benötigt. In diesen Fällen wird das Pseudonym nach § 7 Absatz 3 vor seiner Löschung durch eine zufällig generierte Zuordnungsnummer

ersetzt, die keine Re-Identifizierung mehr ermöglicht (vgl. die Begründung zu § 7 Absatz 3). Die von der die Daten erhebenden Stelle vergebenen Pseudonyme dürfen zum Schutz der Daten keine Information über personenidentifizierende oder andere Angaben der Person enthalten. Die Zuordnung von Pseudonym und Person verbleibt in der datenerhebenden Stelle, eine Re-Identifizierung ist daher nur der datenerhebenden Stelle möglich.

Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt den Umgang mit den nach § 2 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 von anderen Stellen als der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung zu erstellenden Statistiken. Diese finden ebenfalls Eingang in die von der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung zu erstellenden Berichterstattung. Hierzu bestimmt Absatz 4, dass die Stellen, die die jeweilige Statistik erstellt haben, diese der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung zu übermitteln haben. Für die Auswertung dieser Statistiken und deren Weiterverarbeitung im Rahmen der Berichtspflichten nach § 5 GDG ist dann die für das Gesundheitswesen zuständige Senatsverwaltung verantwortlich.

Zu § 5 (Datenverarbeitung und Plausibilitätsprüfung durch die Statistikstelle in der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung)

Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt die Notwendigkeit und den Ablauf der Plausibilitätsprüfung. Hierunter ist die Prüfung der gelieferten Datensätze auf mögliche Fehler zu verstehen. Diese Prüfung ist notwendig, um eine möglichst hohe Qualität der statistischen Daten zu gewährleisten. Sie muss von der Statistikstelle in der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung durchgeführt werden, weil hierfür eine Gesamtbetrachtung der stadtweiten Datenlage erforderlich ist. Die einzelnen Gesundheitsdienste, die die Daten erstmals erhoben haben, können nicht alle möglichen Fehler in den Datensätzen erkennen.

Die Sätze 2 bis 4 beschreiben, wie im Falle der Identifizierung von möglichen Fehlern in den Datensätzen vorzugehen ist. Dabei ist unter einer „begründeten Anforderung“ im Sinne von Satz 2 kein Antrag im technischen Sinne zu verstehen; und die Stelle, an die die Anforderung gestellt wird, ist nicht befugt, über die „Begründetheit“ der Anforderung zu befinden. Satz 2 verlangt lediglich, dass die Statistikstelle in der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung der Stelle, an die sie die Anforderung richtet, mitteilt, dass der von ihr gelieferte Datensatz möglicherweise fehlerhaft ist und worin der mögliche Fehler besteht. Die Überprüfung der Datensätze hat unverzüglich zu erfolgen, hierunter ist eine Überprüfung ohne schuldhaftes Zögern zu verstehen, also eine Überprüfung so schnell es die Arbeitsabläufe und die Arbeitsbelastung der überprüfenden Stelle zulassen.

Zur Überprüfung des Datensatzes kann es nötig sein, den pseudonymisierten Datensatz der betroffenen Person erneut zuzuordnen, ihn gleichsam zu „de-pseudonymisieren“. Hierzu ist nur die Stelle, die die Daten erstmals erhoben hat, in der Lage, weil die Statistikstelle in der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung ausschließlich über die pseudonymisierten Datensätze verfügt. Im Anschluss ist der Statistikstelle in der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung im Falle einer vorgenommenen Korrektur des Datensatzes der vollständige korrigierte Datensatz zu übermitteln. Falls sich herausgestellt hat, dass kein Fehler vorliegt, genügt eine entsprechende Mitteilung.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt den Umgang mit den Daten nach erfolgter Plausibilisierung. Die plausibilisierten Daten sind an die Stellen, die sie der Statistikstelle in der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung übermittelt haben, zurück zu übermitteln. Dieser Vorgang ist nötig, um eine standardisierte, nach einheitlichen Kriterien durchgeführte Datenbereinigung für alle Bezirke gleichermaßen zu gewährleisten. Sie benötigen daher die korrigierten, also plausibilisierten, Daten von der Statistikstelle in der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt die eigentliche Fertigung der Gesundheitsstatistiken im Rahmen der Berichtspflichten nach § 5 GDG und die Erstellung von Spezialberichten auf Anfrage oder im Auftrag der in § 2 Absatz 2 genannten Stellen. Aus der Vorschrift wird deutlich, dass dies nur mit zuvor plausibilisierten Daten erfolgen darf.

Zu § 6 (Löschung personenbezogener Daten)

§ 6 regelt eine von § 4d GDG abweichende Frist zur Löschung oder Anonymisierung für die dort genannten Berufsgruppen und Daten. Der Zweck der Regelung ist die Vereinheitlichung der Datenaufbewahrungs- und Löschungsfristen, um zu frühzeitige Löschungen für den Zweck der integrierten Gesundheitsberichterstattung auszuschließen.

Zu Absatz 1

Auch wenn die §§ 630a bis 630h des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) nicht direkt auf Behandlungen im Rahmen der öffentlich-rechtlichen Tätigkeit des öffentlichen Gesundheitsdienstes anwendbar sind, ist es sinnvoll, über die Einbeziehung von § 630f Absatz 3 BGB einen Gleichlauf der Aufbewahrungsfristen für die Daten aller vorgenommenen Behandlungen herzustellen. Dies entspricht dem Willen des Gesetzgebers, der mit der Formulierung der §§ 630a bis 630h BGB ausdrücklich alle medizinischen Behandlungen, gleich durch welche Berufsgruppen sie vorgenommen werden, erfassen wollte (vgl. BT-Drs. 17/10488,

S. 18). Die von § 630f Absatz 3 BGB angeordnete zehnjährige Datenaufbewahrungsfrist fasst außerdem den Stand der meisten (Muster-) Berufsordnungen zusammen und kann daher als gemeinsamer Standard angesehen werden. Die Aufbewahrungs- und Löschungsfristen beziehen sich nur auf ärztliche, zahnärztliche sowie ärztlich und zahnärztlich befassende Tätigkeiten und medizinische und psychologische therapeutische Behandlungen, die von den Stellen nach § 2 Absatz 1 GDG erbracht werden. Die bloße ärztliche Leitung einer Stelle oder eines Fachbereichs, bloße Verwaltungsvorgänge, Verwaltungstätigkeiten oder andere Leistungen sind von dieser Regelung nicht erfasst. Hier bestimmt sich die Pflicht zur Löschung weiterhin nach § 4d GDG.

Zu Absatz 2

Eine Löschung der vom öffentlichen Gesundheitsdienst im Rahmen von Behandlungen erhobenen Daten nach zehn Jahren ist vor dem Hintergrund möglicher sich stellender Haftungsfragen nicht angezeigt. Nach § 197 Absatz 1 Nummer 1 BGB beträgt die Verjährungsfrist für Schadensersatzansprüche aufgrund der Haftung für Behandlungsfehler 30 Jahre. Die Regelung des Absatzes 2 vollzieht dies dadurch nach, dass einerseits die Daten nach zehn Jahren nicht zu löschen, sondern zu sperren sind, andererseits die Löschung aber nach insgesamt 30 Jahren zu erfolgen hat.

Wie eine Sperrung von Daten zu erfolgen hat, wird in der Vorschrift bestimmt. Basierend auf Rollen und Berechtigungen ist der Zugriff auf gesperrte Daten auf einen eingeschränkten Personenkreis zu begrenzen. Allen anderen Personen muss der Zugriff verwehrt sein. Dabei ist festzulegen, welche strukturellen und funktionellen Rollen zum Zugriff auf gesperrte Daten berechtigt sind. Zudem muss sichergestellt sein, dass gesperrte Daten nicht über allgemeine Suchfunktionen auffindbar sind. Für die Sperrung sollte ein Zugriffskontrollsystem mit einem zweistufigen Verfahren nach dem Vier-Augen-Prinzip genutzt werden, bei dem vor Zugriff auf gesperrte Daten in einem ersten Schritt eine Begründung für die Erforderlichkeit des Zugriffs angegeben wird und erst im zweiten Schritt der Zugriff eröffnet wird. Die Prüfung und Bestätigung darf nicht durch die Person erfolgen, die auf die gesperrten Daten zugreifen möchte. Zudem muss eine Protokollierung von Zugriffen auf die gesperrten Daten bestehen, welche darüber Auskunft geben kann, wer wann welche personenbezogenen Daten in welcher Weise verarbeitet hat. Die Protokollierungsdaten dürfen nachträglich nicht geändert werden können.

Zu Absatz 3

Den Gesundheitsämtern werden nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe e des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) der Verdacht einer Erkrankung, die Erkrankung sowie der Tod in Bezug auf akute Virushepatitis und nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 21 und 22 IfSG alle Nachweise des Hepatitis-B-Virus und des Hepatitis-C-Virus namentlich gemeldet. Keine Meldepflicht besteht unter anderem, wenn dem Meldepflichtigen ein Nachweis vorliegt,

dass die Meldung bereits erfolgte und andere als die bereits gemeldeten Angaben (zum Beispiel Typisierungsergebnisse, neue Nachweismethoden) nicht erhoben wurden (§ 8 Absatz 3 Satz 1 IfSG). In § 8 Absatz 1 IfSG werden die zur Meldung verpflichteten Personen benannt.

Ungefähr 10 Prozent der infizierten Erwachsenen entwickeln eine chronische Hepatitis B, bei einer Infektion unter der Geburt verläuft die Infektion in circa 90 Prozent der Fälle chronisch. Kleinkinder bis zum Alter von drei Jahren und immunkompromittierte Personen entwickeln in 30 bis 90 Prozent der Fälle eine chronische HBV-Infektion. Im Fall von Hepatitis C entwickeln circa 60 bis 85 Prozent der Infizierten eine chronische Form.

Daher ist es sinnvoll, bei der Chronifizierung der Erkrankung die Löschung der Daten nicht nach zehn Jahren durchzuführen, da die Betroffenen sonst ständig wiederkehrend über ihre Befunde informiert werden müssten. Dies wäre nicht nur unnötig, sondern für die Betroffenen auch seelisch belastend.

Zu § 7 (Löschung von Erhebungs- und Hilfsmerkmalen)

Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt, wann die Statistikstelle in der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung Daten zu löschen hat. Die Löschverpflichtung der Statistikstelle in der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung bezieht sich nach Absatz 1 zunächst nur auf die Pseudonyme. Die einjährige Löschfrist beruht darauf, dass die Berichterstattung nach § 5 GDG jährlich erfolgt. Die ebenfalls geregelte Höchstlöschfrist von fünf Jahren beruht auf der eventuellen Notwendigkeit von Zeitreihenuntersuchungen oder vergleichender Berichterstattung über mehrere Jahre.

Zu Absatz 2

Satz 1 regelt eine abweichende Löschfrist für die Fälle des § 3 Absatz 3 Nummer 1. Für die Verknüpfung von Datensätzen ist das Pseudonym das Zuordnungsmerkmal. Um eine aussagekräftige Längsschnittanalyse durchzuführen, sind die Daten der untersuchten Kinder über mehrere Jahre notwendig. Da einzelne Einrichtungen und Kinder nicht jährlich vom Zahnärztlichen Dienst untersucht werden, ist die Aufbewahrung der Pseudonyme bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres notwendig, um eine Verknüpfung von Datensätzen auch nach mehreren Jahren durchführen zu können.

Längsschnittanalysen ermöglichen Aussagen zur gesundheitlichen Entwicklung der jeweiligen Alterskohorte, zu kausalen Ursachen der gesundheitlichen Lage und ihrer mutmaßlichen Veränderung. Anhand der Daten zeigt sich beispielsweise, dass in umfangreich be-

treuten Einrichtungen (zum Beispiel Fluoridierungseinrichtungen) die Kariesfreiheit der Kinder höher ist. Mittels einer Längsschnittbetrachtung kann ausgewertet werden, dass Kinder aus entsprechenden Einrichtungen in der zeitlichen Entwicklung weiterhin höhere Anteile an Kariesfreiheit aufweisen. Zur Evaluation und Weiterentwicklung von Mundgesundheitszielen sowie zur Optimierung des Ressourceneinsatzes der Akteure des Landes Berlin und der zielgerichteten Planung von Gruppenprophylaxemaßnahmen werden Analysen im Längsschnitt erforderlich sein. Dafür ist der Erhalt der Pseudonyme bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres unbedingt erforderlich.

Satz 2 regelt eine abweichende Löschfrist für die Fälle des § 3 Absatz 3 Nummern 2 und 3. Für die Verknüpfung von Datensätzen aus den Schuleingangsuntersuchungen und Untersuchungen der Zahnärztlichen Dienste (§ 3 Absatz 3 Nummer 2) ist das Pseudonym in den Daten der Einschulungsuntersuchung in Verbindung mit der Nummer des Untersuchungsbezirks, in dem die Einschulungsuntersuchung durchgeführt wurde, und dem Schuljahr, zu dem die Untersuchung durchgeführt wurde, das Zuordnungsmerkmal. Die Daten aus den Untersuchungen des Zahnärztlichen Dienstes werden in der Regel frühestens ein Jahr nach den Einschulungsdaten übermittelt, da die Kinder vom Zahnärztlichen Dienst mehrheitlich im Laufe ihres ersten Schuljahres untersucht werden. Sowohl die Daten aus den Schuleingangsuntersuchungen als auch die Daten des Zahnärztlichen Dienstes müssen zunächst für sich auf Plausibilität geprüft werden, bevor die Verknüpfung vorgenommen werden kann. Darüber hinaus können weitere Prüfungserfordernisse nach Verknüpfung der Daten auftreten, zu deren Klärung die Pseudonyme erforderlich sind. Die geregelte Höchstlöschfrist von fünf Jahren beruht auf der eventuellen Notwendigkeit von Zeitreihenuntersuchungen oder vergleichender Berichterstattung über mehrere Jahre.

Für die Verknüpfung von Datensätzen aus den Kita- und Schuleingangsuntersuchungen (§ 3 Absatz 3 Nummer 3) ist das Pseudonym des Kindes in den Daten des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes in Verbindung mit der Nummer des Untersuchungsbezirks das Zuordnungsmerkmal. Die Daten aus den Schuleingangsuntersuchungen können in der Regel je nach Alter des Kindes bei der Kita-Untersuchung erst zwischen zwei und drei Jahren nach den Kita-Untersuchungsdaten übermittelt werden. Die Verknüpfung kann erst vorgenommen werden, wenn die Daten der Einschulungsuntersuchung plausibilisiert wurden. Darüber hinaus können weitere Prüfungserfordernisse nach Verknüpfung der Daten auftreten, zu deren Klärung das Pseudonym erforderlich ist. Die geregelte Höchstlöschfrist von fünf Jahren beruht auf der eventuellen Notwendigkeit von Zeitreihenuntersuchungen oder vergleichender Berichterstattung über mehrere Jahre.

Zu Absatz 3

Das Generieren und das Speichern einer zufälligen Zuordnungsnummer im Datensatz ist unabdingbar, da der Datensatz in Form eines mehrteiligen Datensatzes vorliegt und dieser ohne Ordnungsmerkmal – das heißt einen die einzelnen aus dem System ausgelesenen

Komponenten verbindenden Primärschlüssel – unbrauchbar wird. Daher wird durch die Verwendung eines rekursiv arithmetischen Zufallsgenerators ein Datensatz erzeugt, dessen Inhalt keine Re-Identifizierung mehr ermöglicht, da das übermittelte Pseudonym unmittelbar nach Erzeugung der zufällig generierten Zuordnungsnummer gelöscht wird.

Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt den Umgang mit den Hilfsmerkmalen, die keine Pseudonyme sind. Die generelle Notwendigkeit, Daten zu löschen, sobald sie nicht mehr benötigt werden, ergibt sich aus dem Grundsatz der Datenvermeidung und -sparsamkeit nach Artikel 5 Absatz 1 der Datenschutz-Grundverordnung. Hilfsmerkmale dienen nach der Definition des § 10 Absatz 1 Satz 3 LStatG der technischen Durchführung von Statistiken. Daraus ergibt sich, dass Hilfsmerkmale spätestens nach der Fertigstellung der Statistik nicht mehr benötigt werden können.

Zu Absatz 5

Absatz 5 regelt den Umgang mit den Erhebungsmerkmalen. Anders als Hilfsmerkmale werden diese unter Umständen auch nach der Fertigstellung der Statistiken noch benötigt, etwa zur Evaluation und zum Monitoring von Gesundheitszielen. Dies kann sich über einen langen Zeitraum von bis zu 30 Jahren erstrecken, da die Wirkungen von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen oft erst nach einer langen Latenz zu beobachten sind. Nach den Grundsätzen guter epidemiologischer Praxis sind die den Ergebnissen zugrundeliegenden Daten (ebenso wie die Auswertungsstrategien) außerdem in vollständig reproduzierbarer Form für mindestens zehn Jahre aufzubewahren. Dies dient der Nachvollziehbarkeit und Transparenz der Auswertungen und der daraus gewonnenen Ergebnisse, zum Beispiel, wenn andere Publikationen zu konträren Ergebnissen kommen oder von dritter Seite die Ergebnisse in Frage gestellt werden. Dies ist auch im Bereich der Gesundheitsberichterstattung von Relevanz. So ist beispielsweise das Zusammenfassen von Datensätzen über fünf Jahre für Auswertungen auf Ebene der Lebensweltlich Orientierten Räume (LOR) erforderlich, da für statistisch sinnvolle Auswertungen auf dieser Raumebene aufgrund eines hohen Prozentsatzes von Räumen mit kleinen Fallzahlen in den Einzeljahren ein Zusammenfassen von mindestens fünf aufeinanderfolgenden Datensätzen (sogenanntes „Poolen“) erforderlich ist. Für die Beurteilung des Zeitverlaufs sind mindestens drei solcher Datensätze erforderlich. Dies entspricht einer Zeitspanne von 15 Jahren ohne Berücksichtigung des sich anschließenden Zeitbedarfs für die Analysen.

Daher ist eine Aufbewahrungsdauer der Datensätze der Einzeljahrgänge von insgesamt 25 Jahren unerlässlich, um zum Beispiel bei Anpassungsbedarf von Auswertungsroutinen, die aufgrund von Änderungen an den Datensätzen über den Zeitverlauf erforderlich werden, eine Vergleichbarkeit über die Jahre gewährleisten zu können (Beispiel: Änderung in der Indexbildung für den Sozialstatus oder bei Cut-off-Werten von Entwicklungs-Screenings).

Außerdem ist die lange Aufbewahrung nötig zur Klärung oder zum Ausschluss methodischer Ursachen für gegebenenfalls auftretende inhaltlich unerklärliche Abweichungen zwischen drei aufeinanderfolgenden über fünf Jahrgänge gepoolten Datensätzen. Satz 4 regelt, dass jedenfalls nach Ablauf von 25 Jahren die Statistikstelle in der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung die gesperrten Daten zu löschen hat, soweit sie von ihr nicht anonymisiert worden sind.

Zu Absatz 6

Der Absatz bestimmt, dass die Regelungen der Absätze 2 bis 5 in gleicher Weise für die Statistikstellen in den gesonderten Organisationseinheiten für Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination der Bezirksamter gelten.

Zu § 8 (Besondere Regelungen für die Datenverarbeitung zum Zwecke der integrierten Gesundheitsberichterstattung auf bezirklicher Ebene durch die gesonderten Organisationseinheiten für Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination der Bezirksamter)

Die Regelungen in § 8 sind vor dem Hintergrund notwendig, dass die gesonderten Organisationseinheiten für Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination der Bezirksamter unter anderem die Aufgabe haben, die Berichterstattung nach § 5 GDG auf bezirklicher Ebene durchzuführen. Der Schutz der Gesundheitsdaten ist in diesem Zusammenhang daher auch von ihnen zu beachten. Gleiches gilt für die notwendigen Übermittlungen von Daten.

Zu Absatz 1

Die gesonderten Organisationseinheiten für Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination der Bezirksamter verwenden für ihre Aufgaben ebenfalls die Daten aus dem öffentlichen Gesundheitsdienst, die auch von der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung verwendet werden. Aus diesem Grund sieht Satz 1 eine Übermittlung ebenjener Daten von der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung an die gesonderten Organisationseinheiten für Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination der Bezirksamter vor.

Satz 2 schränkt dies dahingehend ein, dass Pseudonyme grundsätzlich nicht übermittelt werden. Eine Übermittlung von Datensätzen mit Pseudonym setzt eine begründete Anforderung der gesonderten Organisationseinheiten für Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination der Bezirksamter voraus. Die Pseudonyme werden von diesen benötigt, um Daten miteinander zu verknüpfen. Da diese Verknüpfungen aber nicht regelmäßig vorgenommen werden, sollen die Pseudonyme auch nicht regelmäßig übermittelt werden.

Satz 3 schreibt hierzu vor, dass die Anforderung und deren Begründung zu dokumentieren sind.

Satz 4 stellt klar, dass an jede gesonderte Organisationseinheit für Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination der Bezirksämter nur die Daten derjenigen Personen übermittelt werden dürfen, die in deren jeweiligem Zuständigkeitsbezirk ihren Wohnsitz haben. Vor dem Hintergrund der Aufgabe der bezirklichen integrierten Gesundheitsberichterstattung ist diese Einschränkung wegen des Prinzips der Datensparsamkeit nach Artikel 5 Absatz 1 der Datenschutz-Grundverordnung nötig.

Satz 5 stellt klar, dass nur solche Daten übermittelt werden dürfen, die zuvor von der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung plausibilisiert wurden. Hierdurch soll eine einheitliche hohe Qualität der Daten für die integrierte Gesundheitsberichterstattung sichergestellt werden.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt die Möglichkeit für die gesonderten Organisationseinheiten für Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination der Bezirksämter, sich Daten auch von den datenerhebenden Stellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes übermitteln zu lassen. Diese Möglichkeit tritt im Einzelfall neben die Datenübermittlung durch die für das Gesundheitswesen zuständige Senatsverwaltung und ersetzt diese nicht. Hierbei besteht grundsätzlich die Pflicht der datenerhebenden Stelle zur Übermittlung im Anforderungsfall. Diese Pflicht folgt aus § 5 Absatz 2 Satz 4 GDG, wonach die einzelnen Stellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes zur Zusammenarbeit verpflichtet sind. Der wesentliche Unterschied zur Datenübermittlung durch die für das Gesundheitswesen zuständige Senatsverwaltung nach Absatz 1 besteht darin, dass hier durch die bezirklichen Stellen die Daten aller Personen übermittelt werden, deren Daten bei der jeweiligen Stelle verarbeitet wurden, auch wenn diese Personen ihren Wohnsitz nicht im jeweiligen Bezirk haben. Die Verwendung dieser Daten kann in Ausnahmefällen auch für die bezirkliche integrierte Gesundheitsberichterstattung relevant sein. Um diesen Ausnahmecharakter allerdings zu verdeutlichen, bedarf es für eine Datenübermittlung nach Absatz 2 einer begründeten Anforderung. Die Daten können auch mit Pseudonym übermittelt werden, wenn dies für die Aufgabenerfüllung unabdingbar ist, zum Beispiel für die Verknüpfung mit Daten aus eigenen Erhebungen nach § 9

Satz 3 bestimmt die Dokumentation der Anforderung und deren Begründung. Dies dient dazu, die Erforderlichkeit der Übermittlung in Überprüfungsfällen feststellen zu können. Dies ist dem Grundsatz der Erforderlichkeit jeglicher Datenverarbeitung geschuldet. Es handelt sich hierbei nicht um einen regelrechten Antrag. Die datenerhebenden Stellen haben nicht das Recht, die tatsächliche Erforderlichkeit der Übermittlung zu prüfen oder die Übermittlung zu verweigern.

Satz 4 stellt schließlich klar, dass abgesehen von dem in Absatz 2 geregelten Fall kein Datenaustausch zwischen den bezirklichen Stellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes und den gesonderten Organisationseinheiten für Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination der Bezirksamter stattfindet. Ausnahmen hiervon kann nur eine Rechtsvorschrift bestimmen.

Zu Absatz 3

Absatz 3 trägt dem Umstand Rechnung, dass für bezirksinterne Planungs- und Koordinationsaufgaben in bestimmten Fällen zeitnah aktuelle Daten benötigt werden, bevor die Plausibilitätsprüfung durch die für das Gesundheitswesen zuständige Senatsverwaltung abgeschlossen wurde. Daher können die in Absatz 2 beschriebenen Daten in begründeten Fällen auch in ungeprüfter Form bezirksintern übermittelt werden. Bei der Ergebnisdarstellung ist explizit darauf hinzuweisen, dass die Datengrundlage noch nicht plausibilisiert wurde. Die Daten dürfen jedoch nicht zum Zwecke der Erstellung von Berichten oder Veröffentlichungen im Rahmen der integrierten Gesundheitsberichterstattung verwendet werden. Dies dient dazu, Missverständnisse und Irritationen aufgrund von möglicherweise abweichenden Ergebnissen zu vermeiden. Auch in dem von Absatz 3 geregelten Fall dürfen die Daten nur übermittelt werden, soweit es für die Aufgabenerfüllung erforderlich ist und, sofern es um Datensätze mit Pseudonymen geht, nur soweit es unabdingbar ist; die entsprechende Anforderung muss begründet und dies dokumentiert werden.

Zu § 9 (Eigene Erhebungen)

Zu Absatz 1

Die Berichterstattung nach § 5 GDG dient dem Zweck, über die gesundheitliche Lage der Bevölkerung unter Berücksichtigung sozial und regional ungleich verteilter Risiken und Potentiale Auskunft zu geben. Da Gesundheit und Krankheit stark mit sozialstrukturellen Merkmalen korrelieren, werden diese Daten in die Gesundheitsberichterstattung mit einbezogen. Die Berichterstattung analysiert Problemlagen und zeigt Handlungsbedarfe für die Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung und Prävention auf. Dabei kann sowohl für die für das Gesundheitswesen zuständige Senatsverwaltung als auch für die gesonderten Organisationseinheiten für Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination der Bezirksamter der Bedarf auftreten, Fragestellungen zu untersuchen, die sich allein durch die Auswertung der nach § 4 oder § 8 übermittelten Daten nicht beantworten lassen. Für solche Fälle gibt Absatz 1 die Möglichkeit, Erhebungen durchzuführen, die weitere Daten abfragen. Hierzu ist die Umfrage das geeignetste Mittel und wird daher in Satz 2 besonders genannt. Außerdem schafft Satz 2 die Möglichkeit, Umfragen auch durch Dritte durchführen zu lassen. Hier ist vor allem an die Gesundheitsämter zu denken. Um aus den in Satz 1 geregelten Erhebungen sinnvolle Schlüsse ziehen zu können, ist es oftmals nötig, die Ergebnisse mit weiteren Daten, etwa solchen nach § 2 Absatz 1, zu verknüpfen. Hierfür schafft Satz 3 die Grundlage.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt die Beachtung des Datenschutzes bei der Durchführung der Erhebungen nach Absatz 1. Die entsprechenden gesetzlichen Regelungen sind einschlägig, weil es sich hierbei um die Verarbeitung personenbezogener Daten durch öffentliche Stellen handelt. Um die Einhaltung des Datenschutzes bei den Erhebungen besonders abzusichern, bestimmen die Sätze 2 und 3, dass bei Erhebungen die zuständigen behördlichen Datenschutzbeauftragten eng in beratender Funktion zu beteiligen sind und die Einhaltung des Datenschutzes durch ein Datenschutzkonzept sicherzustellen ist.

Zu Absatz 3

Absatz 3 verpflichtet diejenigen Stellen, die Erhebungen nach Absatz 1 durchführen, zur Beachtung des jeweiligen Standes von Wissenschaft und Technik. Satz 2 stellt die Bedeutung und Beachtung von fachinternen Leitlinien und Grundsätzen heraus. Beispielhaft zu nennen sind hier die Leitlinie zur Guten Praxis Gesundheitsberichterstattung, die Leitfäden der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention und der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie.

Zu § 10 (Weiterverarbeitung von Daten aus den Schuleingangsuntersuchungen)

Für die Verknüpfung der Untersuchungsdaten der Zahnärztlichen Dienste mit den Daten aus den Schuleingangsuntersuchungen nach § 3 Absatz 2 wird ein Pseudonym benötigt, welches in beiden Datensätzen eindeutig der gleichen Person zugeordnet ist. Für die eindeutige Zuordnung des Pseudonyms aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst im Zahnärztlichen Dienst sind die personenidentifizierenden Daten Familienname, Vorname und ggf. frühere Namen sowie das Geburtsdatum unabdingbar, die in beiden Diensten vorgehalten werden. Das Pseudonym im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst ist nur innerhalb des Bezirks und auch nur innerhalb eines Untersuchungsjahres eindeutig, sodass für eine sichere Zuordnung zusätzlich auch die Nummer des Untersuchungsbezirks des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes sowie das Schuljahr der Einschulungsuntersuchung an die Zahnärztlichen Dienste übermittelt werden muss. Diese beiden Merkmale sind als Erhebungsmerkmale im Einschulungsdatensatz enthalten. Voraussetzung für die Übermittlung der genannten Angaben vom Kinder- und Jugendgesundheitsdienst an die Zahnärztlichen Dienste ist eine berlinweit eingeführte elektronische Datenverarbeitung in beiden Diensten. Für die Übermittlung der Daten im Sinne des Satzes 1 ist die elektronische Erfassung der Daten im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst und den Zahnärztlichen Diensten unabdingbar, weil eine händische Erstellung von Listen nicht nur einen unverhältnismäßigen Aufwand in den Diensten darstellt, sondern auch die Gefahr zum Beispiel von Fehleingaben erhöht, die zu vermehrten Plausibilitätsnachfragen im Zuge der Verknüpfung führen würden.

Zu § 11 (Bezirkliche Steuerungsgremien)

§ 11 regelt die Arbeit der bezirklichen Steuerungsgremien nach § 10 Absatz 4 des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG), in Hinsicht auf die Verarbeitung personenbezogener Daten.

Zu Absatz 1

In den Steuerungsgremien Psychiatrie/Sucht werden unter Teilnahme des Sozialpsychiatrischen Dienstes, des bezirklichen Fallmanagements und von Vertreterinnen oder Vertretern von Kliniken und Leistungserbringern sowie der jeweiligen betroffenen Person, sofern es ihrem Wunsch entspricht, individuelle Eingliederungshilfemaßnahmen und deren Umsetzungsmöglichkeiten vorgeschlagen. Hierfür erhalten die Mitglieder des jeweiligen Steuerungsgremiums von der leitenden Koordinatorin oder dem leitenden Koordinator nach § 3 Absatz 3 Satz 2 GDG die notwendigen Daten.

Zu Absatz 2

Entsprechend der zentralen Rolle, die den leitenden Koordinatorinnen und Koordinatoren bei der Tätigkeit der Steuerungsgremien Psychiatrie/Sucht zukommt, obliegt ihnen auch die Verwahrung der personenbezogenen Daten im Anschluss an eine erfolgte Vermittlung. Die Aufbewahrung der Daten dient im Falle der Erfolglosigkeit einer vermittelten Hilfe der Vereinfachung nachfolgender Vermittlungsversuche. In diesem Fall übermitteln die leitenden Koordinatorinnen und Koordinatoren die Daten erneut an die Mitglieder des jeweiligen Steuerungsgremiums. Ein Fall gilt mit einer erfolgten Vermittlung einer Hilfsmaßnahme als beendet. Bereits zu diesem Zeitpunkt müssen die Mitglieder des Steuerungsgremiums Psychiatrie/Sucht die ihnen überlassenen Daten löschen. Die leitenden Koordinatorinnen und Koordinatoren dürfen die Daten bis zu fünf Jahre aufbewahren. Diese Zeit wird benötigt, um die Daten und deren Auswertung abschließend zu evaluieren und fundierte Schlussfolgerungen für die weitere notwendige Planung im Bezirk herauszuarbeiten. Dies dient der Erfassung und Abbildung besonderer bezirklicher Bedarfe und einer entsprechenden langfristigen Planung.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt die Berichtspflicht der leitenden Koordinatorinnen und Koordinatoren und die hierbei zu übermittelnden pseudonymisierten Daten.

Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt die Auswertung und Speicherung der Daten für statistische Zwecke und zur Planung, Steuerung und Strukturentwicklung des Versorgungssystems. Nach Ablauf des fünften Jahres nach Erhebung der Daten sind die pseudonymisierten Daten zu löschen.

Zu § 12 (Inkrafttreten)

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten dieser Rechtsverordnung.

Zu Anlage 1 (Gesundheitsstatistiken)

Zu Nummer 1 (Grundauswertung der Beratungsstellen für Menschen mit Behinderung, Krebs und chronische Erkrankungen [BfB])

Zum Berichtszeitpunkt- und zeitraum:

Die Untersuchungen und Beratungen der Beratungsstellen für Menschen mit Behinderung, Krebs und chronische Erkrankungen erfolgen im Turnus eines Kalenderjahres. Nach Abschluss des Jahres werden die Daten exportiert und spätestens zum 31. März des darauffolgenden Jahres an die Statistikstelle in der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung übermittelt (Beispiel: Berichtszeitraum 1. Januar 2017 bis 31. Dezember 2017. Die im genannten Zeitraum erhobenen Daten sind bis zum 31. März 2018 an die Statistikstelle zu übermitteln.).

Die Zusammenstellung und Validierung des Gesamtberliner Datensatzes aus den an die Statistikstelle in der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung gelieferten Daten der Dienste erfolgt, wenn alle zur Datenlieferung Verpflichteten zugeliefert haben.

Zur Periodizität:

Für den Prozess der Prüfung der Daten auf Vollständigkeit und Plausibilität sowie die gegebenenfalls erforderlichen Rückkoppelungen mit den Datenhaltern zur Klärung liegen noch keine Erfahrungen vor. Voraussichtlich erfordert dies in der Regel bis zu sechs Monate. Im Anschluss daran werden die Daten in der Statistikstelle und in den Beratungsstellen für Menschen mit Behinderung, Krebs und chronische Erkrankungen entsprechend bereinigt und diesen Beratungsstellen für eigene Auswertungen zur Verfügung gestellt. Die Erstellung der Statistik durch die Statistikstelle in der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung erfolgt spätestens bis zum 31. Dezember des auf die Übermittlung folgenden Jahres.

Die Periodizität berücksichtigt zum einen die Zeitläufe in den erhebenden Stellen der Bezirke: Im Zuge der Bereinigung der Daten sind Rückfragen an die datenliefernden Stellen erforderlich, für deren Beantwortung aufgrund zeitaufwändiger Recherche in den individuellen Datensätzen der erhebenden Stellen ein angemessener Zeitraum angesetzt werden muss. Zum anderen sind auch potentielle zeitliche Mehrbedarfe in Abweichung vom Regelablauf zu berücksichtigen, die zum Beispiel in Jahren mit methodischen Änderungen der zugrundeliegenden Erhebung entstehen können.

Zu den Erhebungsmerkmalen:

Kennzahl des Lebensweltlich Orientierten Raumes (LOR):

Nach dem Senatsbeschluss vom 1. August 2006 (SB 3798/06) ist die Erfassung der Daten auf der Ebene der „Lebensweltlich Orientierten Räume“ (LOR) als räumlichem Bezugssystem festgelegt worden. Die Angabe zu den Kennzahlen der LOR mit ihren drei Ebenen des hierarchisch strukturierten räumlichen LOR-Bezugssystems (Planungsraum, Bezirksregion, Prognoseraum) ist als Grundlage für Planung, Prognose und Beobachtung demografischer und sozialer Entwicklungen in Berlin unabdingbar.

Geburtsmonat/-jahr:

Die Angabe von Geburtsmonat und Geburtsjahr ist für die Altersberechnung erforderlich. Das Alter ist ein unverzichtbares Merkmal der Berichterstattung und wird unter anderem für die Einordnung anderer Merkmale im Kontext benötigt.

Geschlecht:

Das Geschlecht ist ein Standardmerkmal der geschlechtssensiblen Gesundheitsberichterstattung und daher obligates Stratifizierungsmerkmal. Unterschieden wird das Erhebungsmerkmal Geschlecht nach „männlich“ und „weiblich“, und zukünftig soll „divers“ erfasst werden.

Angaben zum Migrationshintergrund:

Der Migrationshintergrund ist ein Standardmerkmal der migrationssensiblen Gesundheitsberichterstattung und obligates Stratifizierungsmerkmal im Indikatorensatz der Länder.

Der Migrationshintergrund ist darüber hinaus ein Indikator in den Gesundheitszieleprozessen der Landesgesundheitskonferenz Berlin und dient dort dem Monitoring und der Evaluation der Ziele zur Verringerung von durch Migrationserfahrung beziehungsweise Migrations-

hintergrund bedingter gesundheitlicher Benachteiligung. Daneben sind auch einzelne Migrationsmerkmale für die Identifikation von Subgruppen mit besonderen gesundheitlichen Bedarfen, zum Beispiel aktuell Zugewanderte, relevant.

Die Definitionen des Migrationshintergrundes sind sehr heterogen und reichen von der Staatsangehörigkeit der Person über im Haushalt gesprochene Sprachen bis hin zu komplexen Berechnungen, die mehrere Merkmale wie Geburtsland, Staatsangehörigkeiten und Einbürgerungsmerkmale der Person und der Elterngeneration erfordern (vgl. Definition des Migrationshintergrundes des Statistischen Bundesamtes 2009). Darüber hinaus unterliegt das Konstrukt des Migrationshintergrundes einem andauernden Diskurs- und Überarbeitungsprozess.

Für den Migrationshintergrund werden derzeit drei Untergliederungen dokumentiert: „Migrationshintergrund vorhanden (ja/nein)“, „Migrationshintergrund und Sozialisation in Deutschland“ sowie „Unbekannt“. Eine Modifikation des Erhebungsmerkmals in Zukunft kann nicht ausgeschlossen werden. Änderungen in den Arbeitsabläufen und in der Definition des Migrationshintergrundes können eine Anpassung des Erhebungsmerkmals erforderlich machen.

Versicherungsstatus:

Das Erhebungsmerkmal Versicherungsstatus der Kranken-/Pflegeversicherung wird aktuell unterschieden nach „Ja“ und „Nein“. Das Vorhandensein einer Versicherung stellt unter anderem die weitere medizinische Versorgung der betreuten Personen sicher.

Kommunikation:

Das Erhebungsmerkmal Kommunikation setzt sich zusammen aus der für die Beratung gewählten Kommunikationssprache, dem Bedarf an und davon realisierten Sprachmittlerinnen und Sprachmittlern und Gebärdensprach-Dolmetscherinnen und -Dolmetschern sowie der schwierigen sprachlichen Verständigung (eingeschränkt Deutsch, kein Deutsch, schriftliche Verständigung, Lippenlesen). Grundlage zur Beratung und Hilfevermittlung ist eine gute Kommunikationsform und Verständigung.

Zu- und Abgangswege:

Das Erhebungsmerkmal Zugangswege beinhaltet aktuell die Unterscheidung nach „Selbstmeldung/Soziales Umfeld“ (Selbstmeldung, Familie, soziales Umfeld, Betreuerin oder Betreuer), „Medizinische Einrichtungen“ (Gesundheitsamt, Beratungsstelle [Fremdbezirk], Ärztin oder Arzt, Klinik, Sozial-/Pflegestation), „Sonstige Einrichtungen“ (Sozialamt, Jugendamt, Polizei, Gericht, Kontakt- und Beratungsstellen, Jobcenter, Pflegestützpunkt), „Sonstige“ und „Keine Angabe/unbekannt“. Die Auswertung der Zugangswege in Verbindung mit den be-

treuten Personen zeigt einerseits die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen und Behörden. Andererseits können damit Einrichtungen und Behörden identifiziert werden, in denen Öffentlichkeitsarbeit der Beratungsstellen für Menschen mit Behinderung, Krebs und chronische Erkrankungen sinnvoll ist. Damit können betroffene Personen direkt erreicht und das Angebotsspektrum der Beratungsstellen für Menschen mit Behinderung, Krebs und chronische Erkrankungen unter anderem in der Öffentlichkeit bekannter gemacht werden.

Das Erhebungsmerkmal Abgangswege setzt sich zusammen aus den Variablen „Beendigung“, „Abbruch“, „Umzug“ und „Tod“. Das Merkmal dient zur ganzheitlichen Betrachtung (zum Beispiel der Fluktuation) der in Anspruch genommenen Leistungen.

Zu den Zu- und Abgangswegen werden der Beginn und das Ende erfasst, damit eine Zuordnung zum jeweiligen Berichtsjahr und eine Bestimmung, ob ein Zu- oder Abgang oder ein Neu- oder Wiederzugang vorliegt, erfolgen kann. Eine Modifikation der Erhebungsmerkmale in Zukunft kann nicht ausgeschlossen werden. Änderungen in den Arbeitsabläufen oder der Zugang über andere Institutionen können eine Anpassung der Erhebungsmerkmale erforderlich machen.

Angaben zur Wohnform und zu Lebensform und Familienstand:

Das Erhebungsmerkmal Wohnform umfasst derzeit die Variablen „Eigene Wohnung“ (darunter fallen: eigene Wohnung, möbliertes Zimmer, Wohngemeinschaft), „Eigene Wohnung rollstuhlgerecht“, „Bei den Eltern“, „Sonstige betreute Wohnform“ (darunter fallen: Seniorenwohnhaus, Pflegeheim, Seniorenheim, Obdachlosenheim, betreutes Wohnen, therapeutische Wohngemeinschaft, Frauenhaus, Notunterkunft, Flüchtlingsunterkunft), „Sonstiges“ und „Keine Angabe/unbekannt“. Dieses Merkmal fließt ebenfalls in die Abbildung der soziodemographischen Struktur der Klientinnen und Klienten ein und lässt Rückschlüsse auf die soziale Verankerung zu.

Das Erhebungsmerkmal Lebensform und Familienstand unterscheidet sich nach „Alleinlebende“, „Alleinstehende in Mehrpersonenhaushalten“ (mit Verwandten, mit Freunden, mit anderen Personen), „Partnerschaft ohne Kinder“ (mit Partnerin oder Partner), „Familien“ (Eltern-Kind-Gemeinschaften aller Art - mit Partnerin oder Partner und Kind oder Kindern, mit Eltern, mit Mutter, mit Vater, mit Kind oder Kindern) sowie „Keine Angabe/unbekannt“. Diese unterschiedlichen Aspekte sind für die Darstellung der familiären Verankerung und möglicher familiärer Unterstützungsangebote von großer Bedeutung.

Eine Modifikation der Erhebungsmerkmale in Zukunft kann nicht ausgeschlossen werden. Änderungen können eine Anpassung der Erhebungsmerkmale erforderlich machen.

Bildung:

Das Merkmal Bildung unterteilt sich in die Erhebungsmerkmale Schulabschluss und Berufliche Bildung. Das Merkmal Schulabschluss setzt sich zusammen aus „Mit Schulabschluss“, „Ohne Schulabschluss“ und „Keine Angabe“. Hinsichtlich der Beruflichen Bildung wird unterschieden nach „Ohne Berufsausbildung“, „In Ausbildung“ (in Ausbildung/Lehre, in Umschulung/geschützter Ausbildung im Berufsbildungswerk), „In Studium“, „Abgeschlossene Berufsausbildung“, „Abgeschlossener Fach-/Hochschulabschluss“ und „Keine Angabe“. Bildung ist ein Bestandteil des sozioökonomischen Status und ermöglicht unter anderem die Identifikation von Handlungsbedarf und Zielgruppen. Weiterhin lässt dieses Merkmal Rückschlüsse auf die soziale Verankerung außerhalb der Familie und der möglichen Beteiligung am Erwerbsleben zu. Eine Modifikation des Erhebungsmerkmals in Zukunft kann nicht ausgeschlossen werden. Änderungen im Bildungssystem können eine Anpassung des Erhebungsmerkmals erforderlich machen.

Einkommensart:

Das Erhebungsmerkmal Einkommensart setzt sich zusammen aus „Eigenes Einkommen“ (aus Erwerbstätigkeit, Pension/Rente in besonderen Fällen [Berufsunfähigkeitsrente, Erwerbsminderungsrente, Unfallrente], Pension/Rente [Altersrente, Hinterbliebenenrente], Leistungen nach Zweitem Buch Sozialgesetzbuch oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch oder dem Asylbewerberleistungsgesetz), „Sonstiges“ und „Unbekannt/keine Angabe“. Die Einkommenssituation ist ebenfalls ein Bestandteil des sozioökonomischen Status und ermöglicht unter anderem die Identifikation von Handlungsbedarf und Zielgruppen. Eine Modifikation des Erhebungsmerkmals in Zukunft kann nicht ausgeschlossen werden. Änderungen zum Beispiel bezüglich der Transferleistungen können eine Anpassung des Erhebungsmerkmals erforderlich machen.

Angaben zur Gesundheit:

Im Bereich der Beratungsstellen für Menschen mit Behinderung, Krebs und chronische Erkrankungen werden die Diagnosen nach ICD-10 und ICF-Klassifikation erfasst. Dabei werden die Diagnosen nach Haupt- und Nebendiagnose sowie Verdachts- und gesicherten Diagnosen unterschieden. Betrachtet wird auch die Art der Schwerbehinderung, der Grad der Behinderung, der Pflegegrad (wenn vorhanden) und das Merkzeichen der betreuten Personen. Zur Abbildung der Untersuchungsschwerpunkte wird das Erfassungs- und Änderungsdatum zu den Diagnosen betrachtet. Mittels dieser Angaben können Aussagen zum Gesundheitszustand getroffen werden und es kann eine Auswertung über die Art der Beeinträchtigung der betreuten Klientinnen und Klienten erfolgen.

Leistungen:

Das Erhebungsmerkmal Leistungen bildet die erbrachten Leistungen der Beratungsstelle für Menschen mit Behinderung, Krebs und chronische Erkrankungen gemäß Produktkatalog ab. Die Leistungen setzen sich derzeit unter anderem zusammen aus Beratung und Hilfevermittlung (unterteilt nach: materielle Leistungen, Pflegemaßnahmen, Eingliederungshilfe, sonstige), Gutachten und Stellungnahmen (unterteilt wie bereits im Fachverfahren BfBl vorgegeben: Eingliederungshilfe nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch, Grundsicherung nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch, sonstige Hilfe nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch außer Hilfe zur Pflege, Asylbewerberleistungsgesetz, Jobcenter, Rentenversicherung, Krankenkassen, Stiftungen, Kinderschutz, andere), Gutachten und Stellungnahmen zur Hilfe zur Pflege sowie Gutachten zur Pflegebedürftigkeit. Zu den erbrachten Leistungen werden Beginn und Ende erfasst, damit eine Zuordnung zum jeweiligen Berichtsjahr erfolgen kann. Eine Modifikation des Erhebungsmerkmals in Zukunft kann nicht ausgeschlossen werden. Änderungen im Leistungsspektrum der Beratungsstellen für Menschen mit Behinderung, Krebs und chronische Erkrankungen oder Änderungen des Produktkataloges können eine Anpassung des Erhebungsmerkmals erforderlich machen. Der Produktkatalog der Berliner Bezirke wird mindestens einmal jährlich überarbeitet.

Zum Hilfsmerkmal „Klient ID“:

Die ID-Nummer der Klientin oder des Klienten ist das Pseudonym. Dieses dient der Plausibilitätskontrolle und den damit verbundenen Rückfragen in der datenerhebenden Stelle. Die Klient ID wird nach § 7 Absatz 3 vor der Löschung nach § 7 Absatz 1 durch eine zufällig generierte Zuordnungsnummer ersetzt, welche die Zuordnung der Informationen innerhalb der Datenbank zu einer Person gewährleistet, ohne jedoch eine Re-Identifizierung zu ermöglichen.

Zu Nummer 2 (Grundauswertung des Zentrums für sinnesbehinderte Menschen [Hörberatungsstelle])

Zum Berichtszeitpunkt und -zeitraum:

Die Untersuchungen und Beratungen der Hörberatungsstellen erfolgen im Turnus eines Kalenderjahres. Nach Abschluss des Jahres werden die Daten exportiert und spätestens zum 31. März des darauffolgenden Jahres an die Statistikstelle in der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung übermittelt (Beispiel: Berichtszeitraum 1. Januar 2019 bis 31. Dezember 2019. Die im genannten Zeitraum erhobenen Daten sind bis zum 31. März 2020 an die Statistikstelle zu übermitteln.).

Die Zusammenstellung und Validierung des Gesamtberliner Datensatzes aus den an die Statistikstelle in der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung gelieferten

Daten der zwei Hörberatungsstellen erfolgt, wenn alle zur Datenlieferung Verpflichteten zugeliefert haben.

Zur Periodizität:

Für den Prozess der Prüfung der Daten auf Vollständigkeit und Plausibilität sowie die gegebenenfalls erforderliche Rückkoppelung mit den Datenhaltern zur Klärung liegen noch keine Erfahrungen vor. Voraussichtlich erfordert dies in der Regel bis zu sechs Monate. Im Anschluss daran werden die Daten in der Statistikstelle in der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung und in den Hörberatungsstellen entsprechend bereinigt und ihnen für eigene Auswertungen zur Verfügung gestellt. Die Erstellung der Statistik durch die Statistikstelle in der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung erfolgt spätestens bis zum 31. Dezember des auf die Übermittlung folgenden Jahres.

Die Periodizität berücksichtigt zum einen die Zeitläufe in den erhebenden Stellen der Bezirke: Im Zuge der Bereinigung der Daten sind Rückfragen an die datenliefernden Stellen erforderlich, für deren Beantwortung aufgrund zeitaufwändiger Recherche in den individuellen Datensätzen der erhebenden Stellen ein angemessener Zeitraum angesetzt werden muss. Zum anderen sind auch potentielle zeitliche Mehrbedarfe in Abweichung vom Regelablauf zu berücksichtigen, die zum Beispiel in Jahren mit methodischen Änderungen der zugrundeliegenden Erhebung entstehen können.

Zu den Erhebungsmerkmalen:

Kennzahl des Lebensweltlich Orientierten Raumes (LOR):

Nach dem Senatsbeschluss vom 1. August 2006 (SB 3798/06) ist die Erfassung der Daten auf der Ebene der „Lebensweltlich Orientierten Räume“ (LOR) als räumlichem Bezugssystem festgelegt worden. Die Angabe zu den Kennzahlen der LOR mit ihren drei Ebenen des hierarchisch strukturierten räumlichen LOR-Bezugssystems (Planungsraum, Bezirksregion, Prognoseraum) ist als Grundlage für Planung, Prognose und Beobachtung demografischer und sozialer Entwicklungen in Berlin unabdingbar.

Geburtsmonat/-jahr:

Die Angabe von Geburtsmonat und Geburtsjahr ist für die Altersberechnung erforderlich. Das Alter ist ein unverzichtbares Merkmal der Berichterstattung und wird unter anderem für die Einordnung anderer Merkmale im Kontext benötigt.

Geschlecht:

Das Geschlecht ist ein Standardmerkmal der geschlechtssensiblen Gesundheitsberichterstattung und daher obligates Stratifizierungsmerkmal.

Angaben zu Staatsangehörigkeit/Migrationshintergrund:

Die Staatsangehörigkeit und der Migrationshintergrund sind Standardmerkmale der migrationssensiblen Gesundheitsberichterstattung und obligates Stratifizierungsmerkmal im Indikatorensetz der Länder.

Der Migrationshintergrund ist darüber hinaus ein Indikator in den Gesundheitszieleprozessen der Landesgesundheitskonferenz Berlin und dient dort dem Monitoring und der Evaluation der Ziele zur Verringerung von durch Migrationserfahrung beziehungsweise Migrationshintergrund bedingter gesundheitlicher Benachteiligung. Daneben sind auch einzelne Migrationsmerkmale für die Identifikation von Subgruppen mit besonderen gesundheitlichen Bedarfen, zum Beispiel aktuell Zugewanderte, relevant.

Die Definitionen des Migrationshintergrundes sind sehr heterogen und reichen von der Staatsangehörigkeit der Person über im Haushalt gesprochene Sprachen bis hin zu komplexen Berechnungen, die mehrere Merkmale wie Geburtsland, Staatsangehörigkeiten sowie Einbürgerungsmerkmale der Person und der Elterngeneration erfordern (vgl. Definition des Migrationshintergrundes des Statistischen Bundesamtes 2009). Darüber hinaus unterliegt das Konstrukt des Migrationshintergrundes einem andauernden Diskurs- und Überarbeitungsprozess.

Derzeit wird die Staatsangehörigkeit über eine Auswahlliste (UN-Staatenliste) erfasst. Ein Migrationshintergrund wird derzeit dokumentiert, wenn die Person mindestens eines der Merkmale (ausländische Staatsangehörigkeit, im Ausland geborene oder zugewanderte Personen seit 1. Januar 1950, Eingebürgerte, Kinder, bei denen mindestens ein Elternteil in eine der genannten Kategorien fällt) aufweist. Hierzu wird für die Auswertung nur nach Migrationshintergrund vorhanden „Ja/Nein“ unterschieden. Eine Modifikation des Erhebungsmerkmals in Zukunft kann nicht ausgeschlossen werden. Änderungen in der Staatenliste und in der Definition des Migrationshintergrundes können eine Anpassung des Erhebungsmerkmals erforderlich machen.

Angaben zur Betreuungs- und Schulsituation:

Die Erhebungsmerkmale zur Betreuungs- und Schulsituation umfasst die Art der Einrichtung (Krippe/Kindergarten, Grundschule, Oberschule, Förderzentrum), wobei hier nach Tagesbe-

betreuung und Schule unterschieden wird. Dieses Merkmal stellt unter anderem einen wichtigen Aspekt der soziodemographischen Struktur der Klientinnen und Klienten dar und lässt Rückschlüsse auf die soziale Verankerung und außerfamiliäre Betreuung zu.

Angaben zur Wohnform:

Das Erhebungsmerkmal umfasst derzeit eine Unterscheidung nach „Herkunftsfamilie, Adoptiv-/Pflegefamilie, betreute Einrichtung“ (Asylbewerberheim, stationäre Unterbringung, betreutes Wohnen) und „Sonstiges“ sowie „Keine Angabe“. Dieses Merkmal fließt ebenfalls in die Abbildung der soziodemographischen Struktur der Klientinnen und Klienten ein und lässt Rückschlüsse auf die soziale Verankerung zu. Eine Modifikation des Erhebungsmerkmals in Zukunft kann nicht ausgeschlossen werden.

Angaben zum Hörstatus:

Das Erhebungsmerkmal ist ein Hauptmerkmal und setzt sich aus mehreren einzelnen Untermerkmalen zusammen. Unter dem Grad der Hörbehinderung (GdH) werden die betreuten Personen nach „In Klärung (GdH=0)“, „Normal hörend (GdH=1)“, „Schwerhörig (GdH 2 bis 5)“ und „Gehörlos/taub (GdH 6 bis 7)“ erfasst. Als weiteres Untermerkmal wird die Art der Hörstörung (Schallempfindungsschwerhörigkeit, Schallleitungsschwerhörigkeit, andere Schwerhörigkeit) erfasst und ausgewertet. Weitere Untermerkmale sind zum Beispiel die Diagnose (Klassifikation nach ICD-10), ob eine permanente Hörstörung vorliegt, der Grad der Behinderung aufgrund der Hörstörung und ob ein Hörgerät vorhanden ist. Zur Zuordnung zum jeweiligen Berichtsjahr und Abbildung der Untersuchungsschwerpunkte wird das Erfassungs- und Änderungsdatum zu den Diagnosen ebenfalls betrachtet. Mittels dieser Angaben kann eine Aussage zum gesamten Hörstatus der betreuten Personen getroffen werden.

Angaben zur Kommunikation:

Das Erhebungsmerkmal erfasst zur Abbildung der Kommunikationsfähigkeit die Herkunftssprache sowie die Kommunikationsform (Lautsprache, Gebärdensprache) der betreuten Personen und ihrer Begleitpersonen.

Zugangswege:

Das Erhebungsmerkmal wird über das Merkmal „Erstvorstellung (Zuweiser)“ erfasst und beinhaltet aktuell eine Unterscheidung nach Selbstmeldung/Angehörige, Kita, Schule, HNO-Ärztin oder -Arzt, Kinderärztin oder -arzt, sonstige Ärztinnen oder Ärzte, Akustikerinnen oder Akustiker, Therapeutinnen oder Therapeuten, Hebammen oder Geburtshelfer, Sozialpädiatrisches Zentrum, Sprachberatung, Klinik, Gesundheitsamt (Kinder- und Jugendgesundheitsdienst) und andere Abteilung des Bezirksamts sowie nach „Sonstige“ und „Ohne Angabe“. Neben dem Zugangsweg wird das Zugangsdatum erfasst, um eine Zuordnung zum Berichtsjahr vornehmen zu können und zur Bestimmung, ob ein Zu- oder Abgang oder ein Neu- oder Wiederzugang vorliegt. Die Auswertung der Zugangswege in Verbindung mit den betreuten Personen zeigt einerseits die Zusammenarbeit mit Einrichtungen und Behörden. Andererseits können Einrichtungen und Behörden identifiziert werden, in denen Öffentlichkeitsarbeit der Hörberatungsstelle sinnvoll ist. Damit können betroffene Personen direkt erreicht und das Angebotsspektrum der Hörberatungsstelle in der Öffentlichkeit bekannter gemacht werden. Eine Modifikation des Erhebungsmerkmals in Zukunft kann nicht ausgeschlossen werden. Änderungen in den Arbeitsabläufen oder der Zugang über andere Institutionen können eine Anpassung des Erhebungsmerkmals erforderlich machen.

Zum Hilfsmerkmal „Klient ID“:

Die ID-Nummer der Klientin oder des Klienten ist das Pseudonym. Dieses dient der Plausibilitätskontrolle und den damit verbundenen Rückfragen in der datenerhebenden Stelle. Die Klient ID wird nach § 7 Absatz 3 vor der Löschung nach § 7 Absatz 1 durch eine zufällig generierte Zuordnungsnummer ersetzt, welche die Zuordnung der Informationen innerhalb der Datenbank zu einer Person gewährleistet, ohne jedoch eine Re-Identifizierung zu ermöglichen.

Zu Nummer 3 (Grundauswertung des Zentrums für sexuelle Gesundheit und Familienplanung)

Zum Berichtszeitpunkt und -zeitraum:

Die Untersuchungen und Beratungen der Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung erfolgen im Turnus eines Kalenderjahres. Nach Abschluss des Jahres werden die Daten exportiert und spätestens zum 31. März des darauffolgenden Jahres an die Statistikstelle in der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung übermittelt (Beispiel: Berichtszeitraum 1. Januar 2017 bis 31. Dezember 2017. Die im genannten Zeitraum erhobenen Daten sind bis zum 31. März 2018 an die Statistikstelle übermitteln.).

Die Zusammenstellung und Validierung des Gesamtberliner Datensatzes aus den an die Statistikstelle in der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung gelieferten Daten der Dienste erfolgt, wenn alle zur Datenlieferung Verpflichteten zugeliefert haben.

Zur Periodizität:

Für den Prozess der Prüfung der Daten auf Vollständigkeit und Plausibilität sowie die gegebenenfalls erforderliche Rückkoppelung mit den Datenhaltern zur Klärung liegen noch keine Erfahrungen vor. Voraussichtlich erfordert dies in der Regel bis zu sechs Monate. Im Anschluss daran werden die Daten in der Statistikstelle und in den Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung entsprechend bereinigt und ihnen für eigene Auswertungen zur Verfügung gestellt. Die Erstellung der Statistik durch die Statistikstelle in der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung erfolgt spätestens bis zum 31. Dezember des auf die Übermittlung folgenden Jahres.

Die Periodizität berücksichtigt zum einen die Zeitläufe in den erhebenden Stellen der Bezirke: Im Zuge der Bereinigung der Daten sind Rückfragen an die datenliefernden Stellen erforderlich, für deren Beantwortung aufgrund zeitaufwändiger Recherche in den individuellen Datensätzen der erhebenden Stellen ein angemessener Zeitraum angesetzt werden muss. Zum anderen sind auch zeitliche Mehrbedarfe in Abweichung vom Regelablauf zu berücksichtigen, die zum Beispiel in Jahren mit methodischen Änderungen der zugrundeliegenden Erhebung entstehen können.

Zu den Erhebungsmerkmalen:

Kennzahl des Lebensweltlich Orientierten Raumes (LOR):

Nach dem Senatsbeschluss vom 1. August 2006 (SB 3798/06) ist die Erfassung der Daten auf der Ebene der „Lebensweltlich orientierten Räume“ (LOR) als räumlichem Bezugssystem festgelegt worden. Die Angabe zu den Kennzahlen der LOR mit ihren drei Ebenen des hierarchisch strukturierten räumlichen LOR-Bezugssystems (Planungsraum, Bezirksregion, Prognoseraum) ist als Grundlage für Planung, Prognose und Beobachtung demografischer und sozialer Entwicklungen in Berlin unabdingbar.

Geburtsmonat/-jahr:

Die Angabe von Geburtsmonat und Geburtsjahr ist für die Altersberechnung erforderlich. Das Alter ist ein unverzichtbares Merkmal der Berichterstattung und wird unter anderem für die Einordnung anderer Merkmale im Kontext benötigt.

Geschlecht:

Das Geschlecht ist ein Standardmerkmal der geschlechtssensiblen Gesundheitsberichterstattung und daher obligates Stratifizierungsmerkmal. Unterschieden wird das Erhebungsmerkmal Geschlecht nach „Männlich“, „Weiblich“, „Trans*“ und „Keine Angabe“.

Versicherungsstatus:

Das Erhebungsmerkmal Versicherungsstatus der Krankenversicherung wird aktuell unterschieden nach „Ja“, „Nein“ und „Keine Angabe“. Das Vorhandensein einer Krankenversicherung stellt unter anderem die weitere medizinische Versorgung der betreuten Personen sicher.

Kommunikation:

Das Erhebungsmerkmal Kommunikation setzt sich zusammen aus der für die Beratung gewählten Kommunikationssprache, dem Bedarf und davon realisiert an Sprachmutterinnen oder Sprachmittlern. Betrachtet wird auch die schwierige sprachliche Verständigung („Ja“, „Nein“, „Keine Angabe“) als Ergänzung zur Kommunikation, ebenso die Sprachmittler-Sprache, um dafür einen konkreten Bedarf abbilden zu können. Grundlage zur Beratung und Hilfevermittlung ist eine gute Kommunikationsform und Verständigung.

Zugangswege:

Das Erhebungsmerkmal Zugangswege beinhaltet aktuell die Unterscheidung nach Krankenhaus, niedergelassenen Ärztinnen oder Ärzten, Gesundheitsamt, Jugendamt, Landesamt für Flüchtlingsangelegenheiten, Quartiersmanagerinnen oder -manager/Stadtteilmütter/Integrationslotsinnen oder -lotsen, Beratungsstellen/freie Träger (Hydra, VIA, Aidshilfe, Man-O-Meter, Pluspunkt, SUB/WAY, Schwulenberatung Berlin, Fixpunkt, Notdienst, ZiK, Felix Pflegeteam, Diakonie, Donum Vitae, pro familia, Balance, Caritas, Migrationsberatungsstelle usw.), Bekannte/Freunde/Familie, Internet, Öffentlichkeitsarbeit/Presse/Fernsehen (Aktionen, You-Messe, etc.), Kontaktgänge, Polizei und Sonstige. Dazu werden weiterhin „Bestandsgrößen“ (Zugänge, Abgänge, Wiedervorstellungen) und „Überweisung an“ erfasst. Die Auswertung der Zugangswege in Verbindung mit den Klientinnen und Klienten zeigt einerseits die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen und Behörden. Andererseits können Einrichtungen und Behörden identifiziert werden, in denen Präventionsarbeit beziehungsweise Öffentlichkeitsarbeit der Zentren sinnvoll ist. Damit können betroffene Personen direkt erreicht und das Angebotsspektrum der Zentren in der Öffentlichkeit bekannter gemacht werden. Eine Modifikation des Erhebungsmerkmals in Zukunft kann nicht ausgeschlossen werden. Änderungen in den Arbeitsabläufen oder der Zugang über andere Institutionen können eine Anpassung des Erhebungsmerkmals erforderlich machen.

Erwerbsstatus:

Das Erhebungsmerkmal unterscheidet sich nach „In Schule/Ausbildung/Studium“ (noch Schülerin/Schüler, in Ausbildung/Studium), „Angestellt/selbstständig“, „In Ruhestand/Rente“, „Keine feste Arbeit“, „Sonstiges“ und „Keine Angabe“. Mittels dieses Merkmals soll ermittelt werden, inwiefern ein niedrigschwelliger beziehungsweise universeller Zugang gewährleistet ist. Weiterhin ist dieses Erhebungsmerkmal ein Bestandteil des sozioökonomischen Status und ermöglicht unter anderem die Identifikation von Handlungsbedarf und Zielgruppen. Eine Modifikation des Erhebungsmerkmals in Zukunft kann nicht ausgeschlossen werden. Änderungen können eine Anpassung des Erhebungsmerkmals erforderlich machen.

Beratung:

Beratungen bilden das Kernstück der Arbeit in den Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung. Zur Abbildung der auf die Bevölkerung bezogenen Problemlagen werden folgende Untermerkmale ausgewertet:

- der Beratungsschwerpunkt im Allgemeinen (Familienplanung, sexuelle Gesundheit),
- die Beratungsschwerpunkte im Bereich der Familienplanung (Familienplanung, Schwangerschaft, sexuelle Gesundheit, Schwangerschaftskonfliktberatung, Eheberatung, Partnerschaftsberatung und Einzelberatung, Sexualpädagogik [schulisch und außerschulisch, gegenüber Multiplikatoren, wie Polizei, öffentlichem Gesundheitsdienst usw.),
- die Beratungsschwerpunkte zu häuslicher und sexueller Gewalt (einschließlich dem Umgang mit Betroffenen) sowie zum Menschenhandel,
- Beratungsschwerpunkte zur sexuellen Gesundheit (sexuell übertragbare Erkrankungen und deren Folgeerkrankungen, einschließlich HIV/AIDS, Syphilis, Hepatitis, Gonorrhoe, Chlamydien [inklusive Impfberatungen], HIV-Testberatung, HEP-Impfungen) und zu sexuellen Problemen und Schwierigkeiten.

Es wird die Beratungsform erfasst (persönlich [im Zentrum, außerhalb], telefonisch, per E-Mail, Online und per Chat sowie „Sonstige“ und „Keine Angabe“), die die Beratung durchführende Berufsgruppe (Ärztin oder Arzt, Psychologin oder Psychologe, Sozialarbeiterin oder Sozialarbeiter, Hebammen oder Geburtshelfer) und das Beratungsdatum. Mit dem Datum erfolgen die Zuordnung zum jeweiligen Berichtsjahr, die Ermittlung der Häufigkeiten und die Auswertung des durchschnittlichen Beratungsintervalls je Beratungsschwerpunkt.

Die Zusammensetzung dieses Merkmals gibt einen Einblick in die vielfältigen Tätigkeitsbereiche der Zentren und deren Bedarfe. Es erfolgt eine getrennte Betrachtung der beratenden Personen und der durchgeführten Beratungsleistungen. Ziel ist es, das Spektrum der Zentren, die anhand der Beratungsschwerpunkte erreichten Personenkreise und den damit verbundenen Aufwand darzustellen. Eine Modifikation des Erhebungsmerkmals in Zukunft

kann nicht ausgeschlossen werden. Änderungen im Leistungsspektrum Änderungen des Produktkataloges können eine Anpassung des Erhebungsmerkmals erforderlich machen.

Untersuchung/Behandlung:

Erhoben werden Informationen zu den Personen, die in den Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung im aktuellen Berichtsjahr mindestens einmal untersucht und gegebenenfalls behandelt wurden. Es beinhaltet übergreifende Angaben zu den durchgeführten Untersuchungen in den Zentren. Hierzu gehören:

- das Untersuchungsdatum (Tag, Monat, Jahr),
- die Art der Untersuchung (sexuell übertragbare Krankheiten, Schwangerschaftstest, HIV/AIDS-Test, Überprüfung des Impfstatus, Vorsorgeleistungen nach den Mutterschaftsrichtlinien usw.),
- Behandlung („Ja“, „Nein“),
- das durchgeführte Testverfahren (Schnelltest, Standardtest, Suchtest, Bestätigungstest usw.),
- eine Betrachtung der beteiligten Berufsgruppen (Ärztin/Arzt, Hebammen/Geburtshelfer usw.) sowie der
- die erfolgten Behandlungen (zum Beispiel durchgeführte Impfungen und Ergebnismittelungen).

Eine Modifikation des Erhebungsmerkmals in Zukunft kann nicht ausgeschlossen werden. Änderungen im Leistungsspektrum oder Änderungen der medizinischen Testverfahren oder des Produktkataloges können eine Anpassung des Erhebungsmerkmals erforderlich machen.

Diagnosen:

Anhand der in den Zentren durchgeführten Untersuchungen und erhobenen Informationen werden gemäß der ICD-Klassifikationen meldepflichtige und nicht meldepflichtige Erkrankungen festgestellt. Mit Datumsangaben zur Diagnostik und der Klient ID erfolgen die Zuordnung zum jeweiligen Berichtsjahr und die Ermittlung der Häufigkeiten. In Ergänzung zur ICD sind weitere Merkmale für die Beschreibung der gesundheitlichen Situation notwendig. Hierbei handelt es sich um die Feststellung der Schwangerschaft, die Art der Gonorrhoe (mit und ohne Resistenzen) und ob eine Reinfektion vorliegt („Ja“, „Nein“, „Unbekannt“). Eine Modifikation des Erhebungsmerkmals in Zukunft kann nicht ausgeschlossen werden. Änderungen im Leistungsspektrum oder Änderungen der medizinischen Testverfahren oder des Produktkataloges können eine Anpassung des Erhebungsmerkmals erforderlich machen.

Finanzielle/materielle Hilfen (Leistungen):

Das Erhebungsmerkmal stellt einen wichtigen Baustein der Leistungen gemäß dem Berliner Produktkatalog seitens der Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung dar. Für eine Abbildung des konkreten Hilfebedarfs werden die Untermerkmale Art der materiellen Hilfe, Stiftungsantrag („Ja“, „Nein“), Art der Stiftung (zum Beispiel Bundesstiftung Mutter und Kind, Landesstiftung Hilfe für die Familie, sonstige), Schwerpunkt der Gutachten und Stellungnahmen (Familienplanung, sexuelle Gesundheit) sowie beteiligte Berufsgruppen erfasst. Damit werden die Leistungen der Zentren abgebildet, und es können zusätzliche Aussagen bezüglich der betreuten Personen getroffen werden. Eine Modifikation des Erhebungsmerkmals in Zukunft kann nicht ausgeschlossen werden. Änderungen im Leistungsspektrum oder Änderungen des Produktkataloges können eine Anpassung des Erhebungsmerkmals erforderlich machen.

Zum Hilfsmerkmal „Klient ID“:

Die ID-Nummer der Klientin oder des Klienten ist das Pseudonym. Dieses dient der Plausibilitätskontrolle und den damit verbundenen Rückfragen in der datenerhebenden Stelle. Die Klient ID wird nach § 7 Absatz 3 vor der Löschung nach § 7 Absatz 1 durch eine zufällig generierte Zuordnungsnummer ersetzt, welche die Zuordnung der Informationen innerhalb der Datenbank zu einer Person gewährleistet, ohne jedoch eine Re-Identifizierung zu ermöglichen.

Zu Nummer 4 (Grundausswertung des Sozialpsychiatrischen Dienstes)

Zum Berichtszeitpunkt und -zeitraum:

Die Untersuchungen und Beratungen der Sozialpsychiatrischen Dienste erfolgen im Turnus eines Kalenderjahres. Nach Abschluss des Jahres werden die Daten exportiert und spätestens zum 31. März des darauffolgenden Jahres an die Statistikstelle in der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung übermittelt (Beispiel: Berichtszeitraum 1. Januar 2017 bis 31. Dezember 2017. Die im genannten Zeitraum erhobenen Daten sind bis zum 31. März 2018 an die Statistikstelle zu übermitteln.).

Die Zusammenstellung und Validierung des Gesamtberliner Datensatzes aus den an die Statistikstelle in der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung gelieferten Daten der Dienste erfolgt, wenn alle zur Datenlieferung Verpflichteten zugeliefert haben.

Zur Periodizität:

Für den Prozess der Prüfung der Daten auf Vollständigkeit und Plausibilität sowie die gegebenenfalls erforderliche Rückkoppelung mit den Datenhaltern zur Klärung liegen noch

keine Erfahrungen vor. Voraussichtlich erfordert dies in der Regel bis zu sechs Monate. Im Anschluss daran werden die Daten in der Statistikstelle und in den Sozialpsychiatrischen Diensten entsprechend bereinigt und ihnen für eigene Auswertungen zur Verfügung gestellt. Die Erstellung der Statistik durch die Statistikstelle in der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung erfolgt spätestens bis zum 31. Dezember des auf die Übermittlung folgenden Jahres.

Die Periodizität berücksichtigt zum einen die Zeitläufe in den erhebenden Stellen der Bezirke: Im Zuge der Bereinigung der Daten sind Rückfragen an die datenliefernden Stellen erforderlich, für deren Beantwortung aufgrund zeitaufwändiger Recherche in den individuellen Datensätzen der erhebenden Stellen ein angemessener Zeitraum angesetzt werden muss. Zum anderen sind auch potentielle zeitliche Mehrbedarfe in Abweichung vom Regelablauf zu berücksichtigen, die zum Beispiel in Jahren mit methodischen Änderungen der zugrundeliegenden Erhebung entstehen können.

Zu den Erhebungsmerkmalen:

Kennzahl des Lebensweltlich Orientierten Raumes (LOR):

Nach dem Senatsbeschluss vom 1. August 2006 (SB 3798/06) ist die Erfassung der Daten auf der Ebene der „Lebensweltlich orientierten Räume“ (LOR) als räumlichem Bezugssystem festgelegt worden. Die Angabe zu den Kennzahlen der LOR mit ihren drei Ebenen des hierarchisch strukturierten räumlichen LOR-Bezugssystems (Planungsraum, Bezirksregion, Prognoseraum) ist als Grundlage für Planung, Prognose und Beobachtung demografischer und sozialer Entwicklungen in Berlin unabdingbar.

Geburtsmonat/-jahr:

Die Angabe von Geburtsmonat und Geburtsjahr ist für die Altersberechnung erforderlich. Das Alter ist ein unverzichtbares Merkmal der Berichterstattung und wird unter anderem für die Einordnung anderer Merkmale im Kontext benötigt.

Geschlecht:

Das Geschlecht ist ein Standardmerkmal der geschlechtssensiblen Gesundheitsberichterstattung und daher obligates Stratifizierungsmerkmal.

Angaben zu Staatsangehörigkeit/Migrationshintergrund:

Die Staatsangehörigkeit und der Migrationshintergrund sind Standardmerkmale der migrations sensiblen Gesundheitsberichterstattung und obligates Stratifizierungsmerkmal im Indikatorenset der Länder.

Der Migrationshintergrund ist darüber hinaus ein Indikator in den Gesundheitszieleprozessen der Landesgesundheitskonferenz Berlin und dient dort dem Monitoring und der Evaluation der Ziele zur Verringerung von durch Migrationserfahrung beziehungsweise Migrationshintergrund bedingter gesundheitlicher Benachteiligung. Daneben sind auch einzelne Migrationsmerkmale für die Identifikation von Subgruppen mit besonderen gesundheitlichen Bedarfen, zum Beispiel aktuell Zugewanderte, relevant.

Die Definitionen des Migrationshintergrundes sind sehr heterogen und reichen von der Staatsangehörigkeit der Person über im Haushalt gesprochene Sprachen bis hin zu komplexen Berechnungen, die mehrere Merkmale wie Geburtsland, Staatsangehörigkeiten und Einbürgerungsmerkmale der Person und der Elterngeneration erfordern (vgl. Definition des Migrationshintergrundes des Statistischen Bundesamtes 2009). Darüber hinaus unterliegt das Konstrukt des Migrationshintergrundes einem andauernden Diskurs- und Überarbeitungsprozess.

Derzeit wird die Staatsangehörigkeit über eine Auswahlliste (UN-Staatenliste) erfasst. Ein Migrationshintergrund wird derzeit dokumentiert, wenn die Person mindestens eines der Merkmale (ausländische Staatsangehörigkeit, im Ausland geborene oder zugewanderte Personen seit 1. Januar 1950, Eingebürgerte, Kinder, bei denen mindestens ein Elternteil in eine der genannten Kategorien fällt) aufweist. Hierzu wird für die Auswertung nur nach Migrationshintergrund vorhanden („ja/nein“) unterschieden. Eine Modifikation des Erhebungsmerkmals in Zukunft kann nicht ausgeschlossen werden. Änderungen in der Staatenliste sowie in der Definition des Migrationshintergrundes können eine Anpassung des Erhebungsmerkmals erforderlich machen.

Kommunikationssprache und Verständigung:

Die Erhebungsmerkmale zu Kommunikation und Verständigung beinhalten die Erfassung der in der Beratung/Untersuchung gewählten Kommunikationsform. Insbesondere die Abbildung der schwierigen sprachlichen Verständigung und damit der Bedarf an Sprachmittlerinnen und Sprachmittlern sowie Dolmetscherdiensten steht hier im Vordergrund. Grundlage zur Diagnose von psychischen Erkrankungen ist eine gute Kommunikationsform.

Zu- und Abgangswege:

Das Erhebungsmerkmal Zugangswege beinhaltet aktuell eine Unterscheidung nach Selbstmeldung/soziales Umfeld (Familie, Selbstmeldung, Betreuerin oder Betreuer usw.), medizinische Einrichtungen (Ärztin/Arzt, Gesundheitsamt, psychiatrische Einrichtung usw.), sonstige Einrichtungen (Sozialamt, Jobcenter, Jugendamt, Polizei usw.) oder „Sonstiges“ beziehungsweise „Keine Angabe“. Die Auswertung der Zugangswege in Verbindung mit den Klientinnen und Klienten zeigt einerseits die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen und Behörden. Andererseits können Einrichtungen und Behörden identifiziert werden, in denen

Öffentlichkeitsarbeit der Sozialpsychiatrischen Dienste sinnvoll ist. Damit können betroffene Personen direkt erreicht und das Angebotsspektrum der Sozialpsychiatrischen Dienste in der Öffentlichkeit bekannter gemacht werden.

Das Erhebungsmerkmal Abgangswege setzt sich zusammen aus den Variablen „Beendigung“, „Abbruch“, „Abgabe“, „Umzug“ und „Tod“. Das Merkmal dient der ganzheitlichen Betrachtung (zum Beispiel zur Betrachtung der Fluktuation) der in Anspruch genommenen Leistungen und empfohlenen Maßnahmen.

Eine Modifikation der Erhebungsmerkmale in Zukunft kann nicht ausgeschlossen werden. Änderungen in den Arbeitsabläufen oder der Zugang über andere Institutionen können eine Anpassung der Erhebungsmerkmale erforderlich machen.

Angaben zur Wohnform und zu Lebensform und Familienstand:

Das Erhebungsmerkmal Wohnform umfasst derzeit die Variablen „Eigene Wohnung“ (Wohnung, möbliertes Zimmer, Eigenheim, Wohngemeinschaft usw.), „In einem Heim/in einer sonstigen betreuten Wohnform“ (Seniorenwohnhaus, therapeutisch psychiatrisches Wohnheim, Pflegeheim, betreutes Wohnen, Frauenhaus, Notunterkunft usw.), „Obdachlos“, „Sonstiges“ und „Keine Angabe“. Dieses Merkmal fließt ebenfalls in die Abbildung der soziodemographischen Struktur der Klientinnen und Klienten ein und lässt Rückschlüsse auf die soziale Verankerung zu.

Das Erhebungsmerkmal Lebensform und Familienstand bildet die soziale Verankerung ab. Das Erhebungsmerkmal Lebensform setzt sich zusammen aus „Alleinlebend“, „Alleinstehend in Mehrpersonenhaushalten“ (mit Verwandten, mit Freunden, mit anderen Personen), „Partnerschaft ohne Kinder“, „Familie“ (Eltern-Kind-Gemeinschaften aller Art – mit Partnerin oder Partner und mit Kind oder Kindern, mit Eltern, mit Mutter, mit Vater, mit Kind oder Kindern) sowie „Keine Angabe/unbekannt“. Das Merkmal Familienstand umfasst die Variablen „Allein“ (ledig, getrennt lebend, geschieden, verwitwet) und „Mit jemanden“ (verheiratet, eingetragene Lebenspartnerschaft) sowie „Keine Angabe/unbekannt“.

Eine Modifikation der Erhebungsmerkmale in Zukunft kann nicht ausgeschlossen werden. Änderungen können eine Anpassung der Erhebungsmerkmale erforderlich machen.

Bildung:

Das Merkmal Bildung unterteilt sich in die Untermerkmale Schulabschluss und Ausbildung. Derzeit wird der Schulabschluss nach noch Schülerinnen und Schülern, mit Schulabschluss (differenziert nach den jeweils geltenden Schulabschlüssen), ohne Schulabschluss und „Keine Angabe“ ermittelt. Analog dazu beinhaltet das Untermerkmal Ausbildung die Vari-

ablen „Ohne Berufsausbildung“, „In Ausbildung/Studium“, „Abgeschlossene Berufsbildung“, „Abgeschlossener Fach-/Hochschulabschluss“ und „Keine Angabe“. Bildung ist ein Bestandteil des sozioökonomischen Status und ermöglicht unter anderem die Identifikation von Handlungsbedarf und Zielgruppen. Weiterhin lässt dieses Merkmal Rückschlüsse auf die soziale Verankerung außerhalb der Familie und der möglichen Beteiligung am Erwerbsleben zu. Eine Modifikation des Erhebungsmerkmals in Zukunft kann nicht ausgeschlossen werden. Änderungen im Bildungssystem können eine Anpassung des Erhebungsmerkmals erforderlich machen.

Einkommensart:

Das Erhebungsmerkmal ist ebenfalls ein Bestandteil des sozioökonomischen Status. Es setzt sich aus den folgenden Variablen zusammen:

- „Erwerbstätigkeit/selbstständige Arbeit“ (Lohn/Gehalt aus Erwerbstätigkeit, Nebenjobs, Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit),
- „Transfereinkommen“ (Sozialhilfe, ergänzende Sozialhilfe, Eingliederungshilfe, Hilfe zur Pflege, Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, ALG I, ALG II Krankengeld, Erziehungsgeld, Pflegegeld, Leistungen nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz, Stipendien, Freiwilligendienst, Pflegekasse, Pflegegeld),
- „Pension/Rente“ (Berufsunfähigkeitsrente, Erwerbsminderungsrente, Hinterbliebenenrente, Altersrente, Unfallrente),
- „Sonstige Einkommensquellen“ (Vermögen, Geldleistungen Dritter),
- „Ohne Einkommen“,
- „Unbekannt“,
- „Keine Angabe“.

Eine Modifikation des Erhebungsmerkmals in Zukunft kann nicht ausgeschlossen werden. Änderungen in den Arbeitsabläufen oder der Einkommensquellen können eine Anpassung des Erhebungsmerkmals erforderlich machen.

Angaben zur psychischen Gesundheit:

Das Erhebungsmerkmal beinhaltet hauptsächlich die Erfassung der Diagnosen nach ICD-Klassifikation und den Pflegegrad der betreuten Personen. Im Bereich der Diagnosen nach ICD-Klassifikation wird nach Haupt- und Nebendiagnose sowie Verdachts- und gesicherten Diagnosen unterschieden. Zur Abbildung der Untersuchungsschwerpunkte wird das Erfassungs- und Änderungsdatum zu den Diagnosen betrachtet. Mittels dieser Angaben können Aussagen zur psychischen Gesundheit der betreuten Personen getroffen werden.

Leistungen:

Das Erhebungsmerkmal Leistungen bildet die erbrachten Leistungen der Sozialpsychiatrischen Dienste gemäß Produktkatalog ab. Insbesondere die Krisenintervention einschließlich Empfehlungen zur Unterbringung sowie Beratungen und Hilfevermittlung. Zu den erbrachten Leistungen werden Beginn und Ende erfasst, damit eine Zuordnung zum jeweiligen Berichtsjahr und Betrachtungen in Zusammenhang mit den empfohlenen Maßnahmen erfolgen können. Eine Modifikation des Erhebungsmerkmals in Zukunft kann nicht ausgeschlossen werden. Änderungen im Leistungsspektrum der Sozialpsychiatrischen Dienste oder Änderungen des Produktkataloges können eine Anpassung des Erhebungsmerkmals erforderlich machen. Der Produktkatalog der Berliner Bezirke wird mindestens einmal jährlich überarbeitet.

Maßnahmen:

Das Erhebungsmerkmal Maßnahmen bildet die empfohlenen Maßnahmen der Sozialpsychiatrischen Dienste ab. Zu den Maßnahmen werden Beginn und Ende erfasst, damit eine Zuordnung zum jeweiligen Berichtsjahr und Bestimmung, ob ein Zu- oder Abgang oder ein Neu- oder Wiederzugang vorliegt, erfolgen kann. Eine Modifikation des Erhebungsmerkmals in Zukunft kann nicht ausgeschlossen werden. Änderungen in den für psychisch erkrankte Personen notwendigen Maßnahmen und Therapien können eine Anpassung des Erhebungsmerkmals erforderlich machen.

Zum Hilfsmerkmal „Klient ID“:

Die ID-Nummer der Klientin oder des Klienten ist das Pseudonym. Dieses dient der Plausibilitätskontrolle und den damit verbundenen Rückfragen in der datenerhebenden Stelle. Die Klient ID wird nach § 7 Absatz 3 vor der Löschung nach § 7 Absatz 1 durch eine zufällig generierte Zuordnungsnummer ersetzt, welche die Zuordnung der Informationen innerhalb der Datenbank zu einer Person gewährleistet, ohne jedoch eine Re-Identifizierung zu ermöglichen.

Zu Nummer 5 (Grundauswertung des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes)

Zum Berichtszeitpunkt und -zeitraum:

Die Untersuchungen und Beratungen der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste erfolgen im Turnus eines Kalenderjahres. Nach Abschluss des Jahres werden die Daten exportiert und spätestens zum 31. März des darauffolgenden Jahres an die Statistikstelle in der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung übermittelt (Beispiel: Berichtszeitraum 1. Januar 2017 bis 31. Dezember 2017. Die im genannten Zeitraum erhobenen Daten sind bis zum 31. März 2018 an die Statistikstelle zu übermitteln.).

Die Zusammenstellung und Validierung des Gesamtberliner Datensatzes aus den an die Statistikstelle in der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung gelieferten Daten der Dienste erfolgt, wenn alle zur Datenlieferung Verpflichteten zugeliefert haben.

Zur Periodizität:

Für den Prozess der Prüfung der Daten auf Vollständigkeit und Plausibilität sowie die gegebenenfalls erforderliche Rückkoppelung mit den Datenhaltern zur Klärung liegen noch keine Erfahrungen vor. Voraussichtlich erfordert dies in der Regel bis zu sechs Monate. Im Anschluss daran werden die Daten in der Statistikstelle und in den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Diensten entsprechend bereinigt und ihnen für eigene Auswertungen zur Verfügung gestellt. Die Erstellung der Statistik durch die Statistikstelle in der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung erfolgt spätestens bis zum 31. Dezember des auf die Übermittlung folgenden Jahres.

Die Periodizität berücksichtigt zum einen die Zeitläufe in den erhebenden Stellen der Bezirke: Im Zuge der Bereinigung der Daten sind Rückfragen an die datenliefernden Stellen erforderlich, für deren Beantwortung aufgrund zeitaufwändiger Recherche in den individuellen Datensätzen der erhebenden Stellen ein angemessener Zeitraum angesetzt werden muss. Zum anderen sind auch potentielle zeitliche Mehrbedarfe in Abweichung vom Regelablauf zu berücksichtigen, die zum Beispiel in Jahren mit methodischen Änderungen der zugrundeliegenden Erhebung entstehen können.

Zu den Erhebungsmerkmalen:

Kennzahl des Lebensweltlich Orientierten Raumes (LOR):

Nach dem Senatsbeschluss vom 1. August 2006 (SB 3798/06) ist die Erfassung der Daten auf der Ebene der „Lebensweltlich Orientierten Räume“ (LOR) als räumlichem Bezugssystem festgelegt worden. Die Angabe zu den Kennzahlen der LOR mit ihren drei Ebenen des hierarchisch strukturierten räumlichen LOR-Bezugssystems (Planungsraum, Bezirksregion, Prognoseraum) ist als Grundlage für Planung, Prognose und Beobachtung demografischer und sozialer Entwicklungen in Berlin unabdingbar.

Geburtsmonat/-jahr:

Die Angabe von Geburtsmonat und Geburtsjahr ist für die Altersberechnung erforderlich. Das Alter ist ein unverzichtbares Merkmal der Berichterstattung und wird unter anderem für die Einordnung anderer Merkmale im Kontext benötigt.

Geschlecht:

Das Geschlecht ist ein Standardmerkmal der geschlechtssensiblen Gesundheitsberichterstattung und daher obligates Stratifizierungsmerkmal. Unterschieden wird das Erhebungsmerkmal Geschlecht bei den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Diensten nach biologischem Geschlecht (männlich, weiblich, intersexuell, unbekannt) und Geschlechtsidentität (cisgender, transgender, unbekannt), da nach fachlicher Zuarbeit der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste hier eine inhaltlich wichtige Trennung vorzunehmen ist.

Angaben zu Staatsangehörigkeit/Migrationshintergrund:

Die Staatsangehörigkeit und der Migrationshintergrund sind Standardmerkmale der migrationssensiblen Gesundheitsberichterstattung und obligates Stratifizierungsmerkmal im Indikatorensetz der Länder.

Der Migrationshintergrund ist darüber hinaus ein Indikator in den Gesundheitszieleprozessen der Landesgesundheitskonferenz Berlin und dient dort dem Monitoring und der Evaluation der Ziele zur Verringerung von durch Migrationserfahrung oder Migrationshintergrund bedingter gesundheitlicher Benachteiligung. Daneben sind auch einzelne Migrationsmerkmale für die Identifikation von Subgruppen mit besonderen gesundheitlichen Bedarfen, zum Beispiel aktuell Zugewanderte, relevant.

Die Definitionen des Migrationshintergrundes sind sehr heterogen und reichen von der Staatsangehörigkeit der Person über im Haushalt gesprochene Sprachen bis hin zu komplexen Berechnungen, die mehrere Merkmale wie Geburtsland, Staatsangehörigkeiten und Einbürgerungsmerkmale der Person und der Elterngeneration erfordern (vgl. Definition des Migrationshintergrundes des Statistischen Bundesamtes 2009). Darüber hinaus unterliegt das Konstrukt des Migrationshintergrundes einem andauernden Diskurs- und Überarbeitungsprozess.

Derzeit wird die Staatsangehörigkeit über eine Auswahlliste (Staatenliste analog Schuleingangsuntersuchungen) erfasst. Das Merkmal Migrationshintergrund wird derzeit ebenfalls analog der Schuleingangsuntersuchungen aus den Einzelmerkmalen Geburt des Kindes in Deutschland („Ja“/„Nein“), Geburtsland der Mutter oder des Vaters, Staatsangehörigkeit der Mutter oder des Vaters ermittelt. Eine Modifikation des Erhebungsmerkmals in Zukunft kann nicht ausgeschlossen werden. Änderungen in der Staatenliste und in der Definition des Migrationshintergrundes können eine Anpassung des Erhebungsmerkmals erforderlich machen.

Aufenthalts- und Versicherungsstatus:

Das Erhebungsmerkmal Aufenthaltsstatus ist aktuell untergliedert in „Geklärt aufenthaltsberechtigt“, „Geklärt nicht aufenthaltsberechtigt“, „Ungeklärt“ und „Keine Angabe“. Für die psychische Gesundheit von Kindern mit nicht deutscher Staatsangehörigkeit ist die Frage des eigenen Aufenthaltsstatus und des Aufenthaltsstatus der Familie (Eltern und Geschwister als Bezugspersonen) von großer Bedeutung.

Der Versicherungsstatus der Krankenversicherung wird aktuell unterschieden nach „Ja“ und „Nein“. Das Vorhandensein einer Krankenversicherung stellt unter anderem die weitere medizinische und psychologische Versorgung der betreuten Kinder sicher.

Kommunikation:

Das Erhebungsmerkmal setzt sich zusammen aus den Angaben, ob eine Verständigung auf Deutsch möglich ist, eine Sprachmittlerin oder ein Sprachmittler oder eine Dolmetscherin oder ein Dolmetscher erforderlich ist (hierbei Unterscheidung nach Gebärdensprache, Dolmetschen, Sprachmittlung) und „Keine Angabe“. Grundlage zur Diagnose von psychischen Erkrankungen ist eine gute Kommunikationsform.

Zu- und Abgangswege:

Das Erhebungsmerkmal Zugangswege beinhaltet aktuell eine Unterscheidung nach regionalem sozialpädagogischen Dienst des Jugendamtes, Fallmanagement des Jugendamtes, Schulpsychologischem und Inklusionspädagogischem Beratungs- und Unterstützungszentrum, Erziehungs- und Familienberatungsstellen des Jugendamtes und der freien Träger, Selbstmelder, Schule, Kita, Hort, Sozialamt, Gesundheitsamt, Heime/Wohngemeinschaften, Kliniken/Ambulanzen/Sozialpädiatrische Zentren (SPZ), niedergelassenen Haus- und Kinderärztinnen und -ärzten, niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiatern, Therapeutinnen und Therapeuten, Kontakt- und Beratungsstellen der freien Träger sowie „Sonstiges“ und „Keine Angabe/unbekannt“. Die Auswertung der Zugangswege in Verbindung mit den Klientinnen und Klienten zeigt einerseits die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen und Behörden. Andererseits können Einrichtungen und Behörden identifiziert werden, in denen Präventionsarbeit beziehungsweise Öffentlichkeitsarbeit der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste sinnvoll ist. Damit können betroffene Personen (Familien) direkt erreicht und das Angebotsspektrum der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste in der Öffentlichkeit bekannter gemacht werden.

Das Erhebungsmerkmal Abgangswege setzt sich zusammen aus den Variablen „Beendigung“, „Abbruch“, „Abgabe“, „Umzug“, „Tod“ und „Sonstiger Abgang“. Das Merkmal dient der ganzheitlichen Betrachtung (zum Beispiel zur Betrachtung der Fluktuation) der in Anspruch genommenen Leistungen und empfohlenen Maßnahmen.

Eine Modifikation der Erhebungsmerkmale in Zukunft kann nicht ausgeschlossen werden. Änderungen in den Arbeitsabläufen oder der Zugang über andere Institutionen können eine Anpassung der Erhebungsmerkmale erforderlich machen.

Angaben zur Wohnform und Familienkonstellation:

Das Erhebungsmerkmal Wohnform umfasst derzeit die Variablen „Bei den sozialen Eltern“, „Eigene Wohnung oder Wohngemeinschaft“, „In einem Heim oder einer sonstigen betreuten Wohnform“ (zum Beispiel Internat, therapeutische Wohngemeinschaft, betreutes Wohnen, Heim, Frauenhaus, Notunterkunft, Flüchtlingsunterkunft), „Sonstiges“ (wie Sonstiges, obdachlos, Obdachlosenheim), „Keine Angabe“ und „Unbekannt“. Dieses Merkmal fließt ebenfalls in die Abbildung der soziodemographischen Struktur der Klientinnen und Klienten ein und lässt Rückschlüsse auf die soziale Verankerung zu.

Zum Erhebungsmerkmal Familienkonstellation gehören die Variablen „Soziale Eltern“ (darunter leibliche Eltern, Pflegeeltern, Adoptiveltern, Verwandtenpflege, Sonstiges, keine Angaben), „Anzahl der sozialen Eltern“, „Anzahl der Haushalte“ und „Anzahl der Kinder unter 18 Jahre in den Haushalten“. Weiterhin wird erfasst, ob die sozialen Eltern gemeinschaftlich erziehend, alleinerziehend oder getrennt erziehend sind. Diese unterschiedlichen Aspekte sind für die Darstellung der familiären Beziehungen im Hinblick auf die psychische Gesundheit des betreuten Kindes von großer Bedeutung.

Eine Modifikation der Erhebungsmerkmale in Zukunft kann nicht ausgeschlossen werden. Änderungen können eine Anpassung der Erhebungsmerkmale erforderlich machen.

Bildung:

Das Merkmal Bildung unterteilt sich in die Untermerkmale Schulform, Schulabschluss und Ausbildung. Unter Schulform wird nach den aktuellen Regelschulen und weiteren Schulen wie Förderzentrum oder Schule mit teilstationärer Jugendhilfe und „Keine Schule“ unterschieden. Hinsichtlich des Schulabschlusses wird unterschieden nach Berufsorientierter Abschluss (BO), Berufsbildungsreife (BBR; eBBR) (darunter: mittlerer Schulabschluss [MSA]), Fachhochschulreife, allgemeine Hochschulreife, ohne Abschluss, keine Angabe). Das Erhebungsmerkmal Ausbildung gliedert sich in abgeschlossene Ausbildung (Lehre, Fach-/Meisterschule), in Ausbildung/orientierter Maßnahme (in Ausbildung, in geschützter Ausbildung, in Umschulung), ohne Ausbildung und keine Angabe/unbekannt. Bildung ist ein Bestandteil des sozioökonomischen Status und ermöglicht unter anderem die Identifikation von Handlungsbedarf und Zielgruppen. Weiterhin lässt dieses Merkmal Rückschlüsse auf die soziale Verankerung außerhalb der Familie und der möglichen Beteiligung am Erwerbsleben zu. Eine Modifikation des Erhebungsmerkmals in Zukunft kann nicht ausgeschlossen werden.

Änderungen im Bildungssystem können eine Anpassung des Erhebungsmerkmals erforderlich machen.

Angaben zur psychischen Gesundheit:

Im Bereich des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste werden die Diagnosen nach der multiaxialen Klassifikation psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter (MAS) erfasst. Dabei werden folgende Achsen unterschieden:

- Achse I klinisch psychiatrische Syndrome (Haupt- und Nebendiagnose),
- Achse II Umschriebene Entwicklungsstörungen,
- Achse III Intelligenzniveau,
- Achse IV Körperliche Symptomatik,
- Achse V aktuelle abnorme psychosoziale Umstände,
- Achse VI Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung.

Mittels dieser Angaben kann eine Aussage zur psychischen Gesundheit der betreuten Personen getroffen werden. Zur Abbildung der Untersuchungsschwerpunkte wird das Erfassungs- und Änderungsdatum zu den Diagnosen betrachtet.

Leistungen:

Das Erhebungsmerkmal bildet die erbrachten Leistungen der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste gemäß dem Produktkatalog ab. Die Leistungen setzen sich unter anderem zusammen aus Beratung, Diagnostik, Kriseninterventionen, Fallkonferenzen, durchgeführte Behandlungen, Betreuungen nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten und dem Bürgerlichen Gesetzbuch, Hausbesuchen, Stellungnahmen und Gutachten. Zu den erbrachten Leistungen werden der Beginn und das Ende erfasst, damit eine Zuordnung zum jeweiligen Berichtsjahr und eine Betrachtung in Zusammenhang mit den empfohlenen Maßnahmen erfolgen können. Eine Modifikation des Erhebungsmerkmals in Zukunft kann nicht ausgeschlossen werden. Änderungen im Leistungsspektrum der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes oder Änderungen des Produktkataloges können eine Anpassung des Erhebungsmerkmals erforderlich machen. Der Produktkatalog der Berliner Bezirke wird mindestens einmal jährlich überarbeitet.

Maßnahmen:

Das Erhebungsmerkmal bildet die empfohlenen Maßnahmen der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste ab. Hierzu zählen unter anderem eigene Maßnahmen, medizinische Behandlungen, sozialpädagogische und pädagogische Hilfen sowie ambulante und stationäre Maßnahmen. Zu den Maßnahmen werden Beginn und Ende erfasst, damit eine Zuordnung zum jeweiligen Berichtsjahr und eine Bestimmung, ob ein Zu- oder Abgang oder

ein Neu- oder Wiederzugang vorliegt, erfolgen können. Eine Modifikation des Erhebungsmerkmals in Zukunft kann nicht ausgeschlossen werden. Änderungen in den für psychisch erkrankte Personen notwendigen Maßnahmen und Therapien können eine Anpassung des Erhebungsmerkmals erforderlich machen.

Zum Hilfsmerkmal „Klient ID“:

Die ID-Nummer der Klientin oder des Klienten ist das Pseudonym. Dieses dient der Plausibilitätskontrolle und den damit verbundenen Rückfragen in der datenerhebenden Stelle. Die Klient ID wird nach § 7 Absatz 3 vor der Löschung nach § 7 Absatz 1 durch eine zufällig generierte Zuordnungsnummer ersetzt, welche die Zuordnung der Informationen innerhalb der Datenbank zu einer Person gewährleistet, ohne jedoch eine Re-Identifizierung zu ermöglichen.

Zu Nummer 6 (Grundausswertung des Zahnärztlichen Dienstes)

Zum Berichtszeitpunkt und -zeitraum:

Die Untersuchungen und Prophylaxemaßnahmen der Zahnärztlichen Dienste erfolgen im Turnus eines Schuljahres (1. August bis 31. Juli). In der Zeit der Sommerferien (August) werden die Daten exportiert und im September an die Statistikstelle in der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung übermittelt.

Die Zusammenstellung und Validierung des Gesamtberliner Datensatzes aus den an die Statistikstelle gelieferten bezirklichen Daten erfolgt, wenn alle zur Datenlieferung Verpflichteten zugeliefert haben.

Zur Periodizität:

Der Prozess der Prüfung der Daten auf Vollständigkeit und Plausibilität sowie die gegebenenfalls erforderliche Rückkoppelung mit den Datenhaltern zur Klärung erfordert in der Regel bis zu sechs Monate. Im Anschluss daran werden die Daten in der Statistikstelle und in den Bezirken entsprechend bereinigt und ihnen für eigene Auswertungen zur Verfügung gestellt. Die Erstellung der Statistik durch die Statistikstelle in der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung erfolgt spätestens bis zum 31. Dezember des auf die Übermittlung folgenden Jahres.

Die Periodizität berücksichtigt zum einen die Zeitläufe in den erhebenden Stellen der Bezirke: Im Zuge der Bereinigung der Daten sind Rückfragen an die datenliefernden Stellen erforderlich, für deren Beantwortung aufgrund zeitaufwändiger Recherche in den individuellen Datensätzen der erhebenden Stellen ein angemessener Zeitraum angesetzt werden

muss. Zum anderen sind auch potentielle zeitliche Mehrbedarfe in Abweichung vom Regelablauf zu berücksichtigen, die zum Beispiel in Jahren mit methodischen Änderungen der zugrundeliegenden Erhebung entstehen können.

Zu den Erhebungsmerkmalen:

Kennzahl des Lebensweltlich Orientierten Raumes (LOR) und Wohnort Kind, Anschrift Einrichtung:

Nach dem Senatsbeschluss vom 1. August 2006 (SB 3798/06) ist die Erfassung der Daten auf der Ebene der „Lebensweltlich Orientierten Räume“ (LOR) als räumlichem Bezugssystem festgelegt worden. Die Angabe zu den Kennzahlen der LOR mit ihren drei Ebenen des hierarchisch strukturierten räumlichen LOR-Bezugssystems (Planungsraum, Bezirksregion, Prognoseraum) ist als Grundlage für Planung, Prognose und Beobachtung demografischer und sozialer Entwicklungen in Berlin unabdingbar.

Da für den Zahnärztlichen Dienst eine Auswertung sowohl bezogen auf den Wohnort der untersuchten Kinder als auch einrichtungsbezogen erfolgt, sind die LOR-Kennzahlen für den Wohnort und für die Einrichtung zu übermitteln. Derzeit werden zusätzlich die jeweilige Postleitzahl und die Kennzahl zum Gemeindeschlüssel übermittelt. Nach derzeitigem Stand kann die räumliche Zuordnung über die jeweiligen LOR-Kennziffern erfolgen, sodass zukünftig auf die Übermittlung der Postleitzahlen und des Gemeindeschlüssels verzichtet werden kann.

Geburtsmonat/-jahr:

Die Angabe von Geburtsmonat und Geburtsjahr ist für die Altersberechnung erforderlich. Das Alter ist ein unverzichtbares Merkmal der Berichterstattung und wird unter anderem für die Einordnung anderer Merkmale im Kontext benötigt.

Geschlecht:

Das Geschlecht ist ein Standardmerkmal der geschlechtssensiblen Gesundheitsberichterstattung und daher obligates Stratifizierungsmerkmal.

Angaben zur Untersuchung:

Das Erhebungsmerkmal umfasst zum Beispiel den Untersuchungsbezirk, das Untersuchungs- und Befunddatum sowie die Art der Untersuchung. Der Untersuchungsbezirk ist für die korrekte Zuordnung der Herkunft der Datensätze erforderlich. Das Untersuchungs- und Befunddatum dient unter anderem der Berechnung des Alters zum Zeitpunkt der Untersuchung sowie der Zuordnung zum Auswertungszeitraum. Die Untersuchungsart sagt aus, ob

es sich um eine zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung oder eine Nachuntersuchung (nach erfolgter Intervention oder Hinweis an die Personensorgeberechtigten) handelt. Eine Modifikation des Erhebungsmerkmals in Zukunft kann nicht ausgeschlossen werden. Modifikationen können zum Beispiel durch Änderungen in den Arbeitsabläufen im Zahnärztlichen Dienst oder durch technische Entwicklungen erforderlich werden.

Angaben zur Einrichtung:

Das Erhebungsmerkmal umfasst zum Beispiel die offizielle Schulnummer/-kennzeichnung von der für das Schulwesen zuständigen Senatsverwaltung, die Einrichtungsart und die Klassenstufe. Für eine einrichtungsbezogene Auswertung ist die Schulnummer das eindeutige Zuordnungsmerkmal. Die Angabe der Einrichtungsart und der Klassenstufe ermöglicht eine zusammengefasste Auswertung (zum Beispiel: Grundschule, Sekundarschule oder Gymnasium). Eine Modifikation des Erhebungsmerkmals in Zukunft kann nicht ausgeschlossen werden. Modifikationen können zum Beispiel durch Änderungen im Bildungssystem oder in den Arbeitsabläufen im Zahnärztlichen Dienst erforderlich werden.

Befunddaten der einzelnen Zähne:

Die Befunddaten der einzelnen Zähne enthalten zu jedem Zahn (insgesamt 28) eine Ausprägung zum Status des Zahnes. Diese Zahneinzeldaten werden unter anderem für die Berechnung des DMFT-Wertes (internationale Kennziffer: d = decayed [zerstörte]; m = missing [fehlende]; f = filled [gefüllte]; t = teeth [Zähne]; Großschreibung für bleibendes Gebiss, Kleinschreibung für Milchgebiss) und für die Darstellung der Mundgesundheit (zum Beispiel Anzahl der kariösen Zähne, Anzahl der versiegelten Zähne) benötigt. Ebenfalls wird daraus das Kariesrisiko für Kinder bis zwölf Jahren nach den Kriterien der Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. generiert. Dieses bundesweit vergleichbare Merkmal wird unter anderem zur Planung von Maßnahmen genutzt.

Kieferorthopädische Befunde:

Zu den kieferorthopädischen Befunden werden die Merkmale „Kieferorthopädische Anomalien“, „Kind in kieferorthopädischer Behandlung“ und „Mitteilung an die Eltern“ dokumentiert. Für Auswertungen betreffend die Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen sind Aussagen zu kieferorthopädischen Behandlungsbedarfen eine sinnvolle Ergänzung. Die Aufzählung kann nicht abschließend sein, weil eine Modifikation des Erhebungsmerkmals in Zukunft nicht ausgeschlossen werden kann. Modifikationen können zum Beispiel durch Änderungen in der Erfassung von kieferorthopädischen Anomalien oder durch technische Entwicklungen erforderlich werden.

Sonderbefunde:

Das Erhebungsmerkmal beinhaltet zum Beispiel Angaben zur Mundhygiene, die Dokumentation von Parodontalbefunden und die Erfassung von ECC (Early Childhood Caries) oder MIH (Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation).

Mittels dieser Sonderbefunde wird unter anderem das Zahnpflegeverhalten im Sinne eines familiären Gesundheitsverhaltens erfasst. Die Aufzählung kann nicht abschließend sein, weil eine Modifikation des Erhebungsmerkmals in Zukunft nicht ausgeschlossen werden kann. Modifikationen können zum Beispiel durch zahnmedizinisch-epidemiologisch bedeutende Änderungen bezüglich der Mundhygiene, durch Änderungen in den Arbeitsabläufen im Zahnärztlichen Dienst oder durch technische Entwicklungen erforderlich werden.

Prophylaxemaßnahmen:

Unter Prophylaxemaßnahmen werden die Art (theoretische, praktische Prophylaxe, Fluoridierung) und die Anzahl der durchgeführten Prophylaxemaßnahmen erfasst. Weiterhin werden zum Beispiel die Zustimmung zur Fluoridierung und die Prophylaxeempfehlungen dokumentiert. Damit können neben dem Umfang und der Art der Prophylaxetätigkeit in Verknüpfung mit den Befunddaten Aussagen zum Erfolg der Prophylaxemaßnahmen getroffen werden. Die Aufzählung kann nicht abschließend sein, weil eine Modifikation des Erhebungsmerkmals in Zukunft nicht ausgeschlossen werden kann. Modifikationen können zum Beispiel durch zahnmedizinisch-epidemiologisch bedeutende Änderungen in der Art der durchzuführenden Prophylaxemaßnahmen, durch Änderungen in den Arbeitsabläufen im Zahnärztlichen Dienst oder durch technische Entwicklungen erforderlich werden.

Dokumentation zum Berliner Kinderschutzgesetz:

In diesem Erhebungsmerkmal werden zum Beispiel Kinderschutzfälle oder Kinder zur Beobachtung (Vorstufe) kenntlich gemacht. Die Auswertung gibt einen Überblick, wie viele Fälle mit Verdacht auf Kindeswohlgefährdung von den Zahnärztlichen Diensten betreut beziehungsweise gemeldet werden. Die Aufzählung kann nicht abschließend sein, weil eine Modifikation des Erhebungsmerkmals in Zukunft nicht ausgeschlossen werden kann. Modifikationen können zum Beispiel durch neue definierte Merkmale zum Kinderschutz, durch Änderungen des Berliner Kinderschutzgesetzes oder in den Arbeitsabläufen im Zahnärztlichen Dienst (auch in Zusammenarbeit mit der bezirklichen Kinderschutzkoordinatorin oder dem bezirklichen Kinderschutzkoordinator) oder durch technische Entwicklungen erforderlich werden.

Zu den Hilfsmerkmalen:

Aufgrund technischer Änderungen können gegebenenfalls Anpassungen oder Erweiterungen der Hilfsmerkmale zur Sicherstellung einer fehlerfreien und für die Plausibilitätsprüfung aussagefähigen Datenübermittlung erforderlich werden.

Subjektives Kariesrisiko:

Das Merkmal dient aktuell dem Abgleich zu den erfassten Befunddaten (Plausibilitätsprüfung).

Gebissart:

Das Merkmal teilt mit, ob es sich noch um ein Milchgebiss oder ein bleibendes Gebiss handelt, und ermöglicht die Auswertung entsprechender Befunddaten.

Untersuchungs-/Anwesenheitsstatus:

Der Status dient im Rahmen der Plausibilitätsprüfung der Datenklärung (zum Beispiel bei leeren Befunddaten trotz vorhandenem Untersuchungsdatum), zur Klärung möglicher Angaben „leer“ und der Identifikation doppelter Datensätze.

Identifikationsnummer des Kindes (Pseudonym):

Die Identifikationsnummer des Kindes dient einerseits der Plausibilitätskontrolle inklusive der Identifikation doppelter Datensätze und den damit verbundenen Rückfragen. Weiterhin wird sie für die Verknüpfung von Daten für Längsschnittbetrachtungen gemäß § 3 Absatz 3 benötigt.

Zu Nummer 7 (Grundauswertung der Kita-Reihenuntersuchungen nach § 9 Absatz 2 des Kitaförderungsgesetzes)

Zum Berichtszeitpunkt- und -zeitraum:

Die Kita-Reihenuntersuchungen der 3,5- bis 4,5-jährigen Kinder werden in der Regel jahrgangsbezogen durchgeführt und weisen zeitliche Schwerpunkte um die Sommerferien und in den Herbstferien auf. Mit den Leitungen der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste ist daher eine Vereinbarung zu treffen, wann alle Kinder, die im Laufe des jeweiligen Kalenderjahres eine Kita-Untersuchung erhalten haben, erfasst werden und der Datensatz übermittelt wird. Es wird eine Übermittlungsfrist bis zum 1. Februar des Folgejahres an die Statistikstelle in der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung angestrebt (Beispiel: Untersuchungszeitraum 2017, Berichtszeitraum [= Untersuchungszeitraum] 1. Januar 2017).

bis 31. Dezember 2017. Die im genannten Zeitraum erhobenen Daten sind bis zum 1. Februar 2018 an die Statistikstelle zu übermitteln.).

Die Zusammenstellung und Validierung des Gesamtberliner Datensatzes aus den an die Statistikstelle gelieferten bezirklichen Daten erfolgt, wenn alle zur Datenlieferung Verpflichteten zugeliefert haben.

Zur Periodizität:

Der Prozess der Prüfung der Daten auf Vollständigkeit und Plausibilität sowie die gegebenenfalls erforderliche Rückkoppelung mit den Datenhaltern zur Klärung erfordert in der Regel sechs Monate. Im Anschluss daran werden die Daten entsprechend bereinigt und den Bezirken für ihre eigenen Auswertungen zur Verfügung gestellt. Die Erstellung der Statistik durch die Statistikstelle in der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung erfolgt spätestens bis zum 31. März des auf die Übermittlung folgenden Jahres.

Die Periodizität berücksichtigt zum einen die Zeitläufe in den erhebenden Stellen der Bezirke: Im Zuge der Bereinigung der Daten aus den Kita-Reihenuntersuchungen sind Rückfragen an die datenliefernden Stellen erforderlich, für deren Beantwortung aufgrund zeitaufwändiger Recherche in den individuellen Akten der erhebenden Stellen ein angemessener Zeitraum angesetzt werden muss. Zum anderen sind auch potentielle zeitliche Mehrbedarfe in Abweichung vom Regelablauf zu berücksichtigen, die zum Beispiel in Jahren mit methodischen Änderungen der zugrundeliegenden Erhebung entstehen können.

Zu den Erhebungsmerkmalen:

Kennzahl des Lebensweltlich Orientierten Raumes (LOR):

Nach dem Senatsbeschluss vom 1. August 2006 (SB 3798/06) ist die Erfassung der Daten auf der Ebene der „Lebensweltlich Orientierten Räume“ (LOR) als räumlichem Bezugssystem festgelegt worden. Die Angabe zu den Kennzahlen der LOR mit ihren drei Ebenen des hierarchisch strukturierten räumlichen LOR-Bezugssystems (Planungsraum, Bezirksregion, Prognoseraum) ist als Grundlage für Planung, Prognose und Beobachtung demografischer und sozialer Entwicklungen in Berlin unabdingbar.

Geburtsmonat/-jahr:

Die Angabe von Geburtsmonat und Geburtsjahr ist für die Altersberechnung erforderlich. Das Alter ist ein unverzichtbares Merkmal der Berichterstattung und wird unter anderem für die Einordnung anderer Merkmale im Kontext benötigt.

Geschlecht:

Das Geschlecht ist ein Standardmerkmal der geschlechtssensiblen Gesundheitsberichterstattung und daher obligates Stratifizierungsmerkmal.

Angaben zur Untersuchung:

Die Erhebungsmerkmale zur Untersuchung umfassen zum Beispiel den Untersuchungsbezirk, das Untersuchungsdatum (Monat und Jahr), den Untersuchungsort und pseudonymisierte Angaben zur untersuchenden Person. Der Untersuchungsbezirk ist für die korrekte Zuordnung der Herkunft der Datensätze erforderlich. Das Untersuchungsdatum dient unter anderem der Berechnung von Alter und für Auswertungen zu Planungszwecken, zum Beispiel einem Überblick über die zeitliche Verteilung der Untersuchungen innerhalb des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes. Kindertagesbetreuungseinrichtungen sind ein wesentlicher Zugangsweg für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention im Vorschulalter. Die Angabe zur Kita, die das Kind zum Zeitpunkt der Untersuchung besucht, dient dazu, Bezüge zu Programmen der Gesundheitsförderung und Prävention herzustellen und damit deren Einfluss auf wichtige Fähigkeiten und auf die gesundheitliche Lage der Kinder im Zuge der Gesundheitsberichterstattung darzustellen. Bei einer Zahl von weit über 1 000 Kitas im Land Berlin ist es nicht möglich, zu jeder Kita Informationen über gegebenenfalls dort durchgeführte Maßnahmen und Programme im Rahmen der Untersuchung zu erheben. Für die Auswertung der Untersuchungsergebnisse werden zur Wahrung der statistischen Geheimhaltung und aus Gründen der statistischen Aussagefähigkeit Gruppen von Kitas gebildet, die an bestimmten Programmen oder Maßnahmen (zum Beispiel dem Landesprogramm „Gute gesunde Kita“) teilnehmen, um somit bei der Ableitung von Handlungsbedarf bereits bestehende Maßnahmen berücksichtigen zu können. Das Pseudonym der Untersucherin oder des Untersuchers besteht aus einer zweistelligen personengebundenen Nummer ohne Bezug zum Stellenzeichen oder anderen personenbezogenen Merkmalen, die von der Leiterin oder dem Leiter des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes festgelegt und in einer separat verwahrten Liste dokumentiert ist. Sie wird zum einen bei der Plausibilitätsprüfung der Daten benötigt, zum anderen dient sie der Berücksichtigung von Untersuchereffekten bei multivariaten statistischen Analysen im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung.

Inanspruchnahme Früherkennungsuntersuchungen:

Die Raten der Inanspruchnahme der gesetzlich verankerten Früherkennungsuntersuchungen bis zum sechsten Lebensjahr sind im Indikatorensetz der Länder als Standardindikatoren enthalten. Die Inanspruchnahmerate der Früherkennungsuntersuchungen ermöglicht eine Einschätzung der Bereitschaft bestimmter Bevölkerungsgruppen, Präventionsangebote im weiteren Sinne anzunehmen.

Vollständigkeit des Impfstatus der von der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut öffentlich empfohlenen Impfungen:

Die Erfassung der Impfdaten stellt eine wichtige Planungsgrundlage im Rahmen des Infektionsschutzes auf Landesebene dar. Gemäß den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO) sollte die Grundimmunisierung gegenüber den entsprechenden in den ersten Lebensjahren impfpräventablen Erkrankungen im Alter von 24 Monaten und damit bei allen Kindern, die an der Kita-Untersuchung teilnehmen, abgeschlossen sein. Die Impfraten ermöglichen ferner eine Einschätzung der Bereitschaft, Präventionsangebote im weiteren Sinne anzunehmen.

Inanspruchnahme von Therapien:

Die Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung umfasst zum Beispiel Angaben, ob das Kind Behandlungen im Bereich der Physio-, Ergo-, Logo- und Psychotherapie erhalten hat oder in einem sozialpädiatrischen Zentrum in Betreuung ist. Sie ermöglicht eine Auswertung der Häufigkeit von bisherigen Behandlungen insgesamt und eine Analyse der Inanspruchnahme von Interventionen im Bereich Gesundheit und Entwicklung im Vorschulalter.

Integrationsstatus:

Die Erfassung eines bestehenden Integrationsstatus in der Kita beziehungsweise von Eingliederungshilfen nach § 99 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch oder des § 35a des Achten Buches Sozialgesetzbuch sind eine wichtige Information zur Einordnung der Untersuchungsbefunde im Hinblick auf Förderungs- und Unterstützungsbedarfe des Kindes und gibt für die Gesundheitsplanung Aufschluss über besondere Unterstützungsbedarfe von Kindern im Kitaalter.

Körpermaße des Kindes:

Die Erhebung der Körpermaße wie zum Beispiel des Taillenumfangs dient dem Screening auf das Vorliegen eines Übergewichts. Dem Übergewicht bereits in einem frühen Alter kommt eine hohe prognostische Bedeutung für die Persistenz auch in den späteren Lebensphasen zu. Daher ist die Abschätzung der Verbreitung bereits in diesem Lebensalter eine wichtige Kenngröße. Im Gesundheitszielprozess „Gesundheitschancen für Kinder und Jugendliche erhöhen – Benachteiligung abbauen“ der Berliner Landesgesundheitskonferenz kommt dem Bereich „Ernährung“ und hier der Zielgröße „Normalgewicht“ eine wichtige Bedeutung zu.

Screening Sehvermögen und Screening Hörvermögen:

Der Merkmalskomplex zur Funktion der Sinnesorgane dient allgemein der Feststellung der Seh- und Hörfähigkeit des Kindes und ihrer verschiedenen Aspekte. Es handelt sich um

grundlegende Fähigkeiten, die für die allgemeine und die vorschulische Entwicklung der Kinder von größter Bedeutung sind. Die Angaben umfassen derzeit die Angabe über eine vorhandene Sehhilfe, das Ergebnis der Visusprüfung, das Ergebnis der Prüfung des Stereosehens und das Ergebnis der Audiometrie. Die Aufzählung ist nicht abschließend, da eine Modifikation der Erhebungsmerkmale in der Zukunft nicht ausgeschlossen werden kann. Die Angaben ermöglichen Auswertungen zur Epidemiologie von Seh- und Hörstörungen im Vorschulalter.

Sprache/sprachliche Verständigung:

Die Angaben zu den Deutschkenntnissen des Kindes und zu den in der Familie gesprochenen Sprachen sind wichtige Merkmale im Zusammenhang mit Integrationsbemühungen und stellen eine wichtige Planungsgrundlage in diesem Bereich dar. Sie ermöglichen einerseits die Einschätzung, in wie weit die deutsche Sprache ausreichend beherrscht wird. Dies ist von entscheidender Bedeutung für die Teilhabechancen der Kinder in der deutschen Gesellschaft. Zudem ermöglicht andererseits der Vergleich der Fähigkeiten der Kinder und der in der Familie gesprochenen Sprachen ein besseres Verständnis der Hintergründe des Spracherwerbs.

Screening der emotional-sozialen Entwicklung und Screening der motorischen, kognitiven und sprachlichen Entwicklung:

Das Screening der emotional-sozialen Entwicklung und das Screening der motorischen, kognitiven und sprachlichen Entwicklung der untersuchten Kinder wird mit Testverfahren und Befragungsinstrumenten durchgeführt, die unter Berücksichtigung aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse altersadaptiert ausgewählt und unter Berücksichtigung des aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Forschungsstandes kontinuierlich weiterentwickelt werden. Die entsprechenden Ergebnisse und eine ärztliche Einordnung in „unauffällig“, „auffällig“ und „keine Bewertung“ werden dokumentiert. Der Entwicklungsstand der Kinder ist für die allgemeine und die vorschulische Entwicklung von größter Bedeutung. Die Angaben geben einen Überblick über die Häufigkeit von Entwicklungsrückständen in dieser Altersgruppe und bieten einen Ansatzpunkt zur Identifikation von Handlungsbedarf und Zielgruppen, um frühzeitig verhältnispräventive Maßnahmen implementieren zu können. So liegt auf dem Bereich der kindlichen Entwicklung im Gesundheitszielprozess „Gesundheitschancen für Kinder und Jugendliche erhöhen – Benachteiligung abbauen“ der Berliner Landesgesundheitskonferenz ein besonderes Augenmerk.

Ergebnisse der somatischen Untersuchung:

Die Ergebnisse der körperlichen Untersuchung sind ein Baustein der Beurteilung des Gesundheitszustands von Kindern im Kitaalter und dienen der Identifikation von Zielgruppen mit Bedarf für Prävention und Intervention. Es werden derzeit kategorisierte Angaben zum

Allgemein-, Ernährungs- und Pflegezustand („unauffällig“, „auffällig“, „keine Bewertung“) erhoben.

Mitteilungen an die Eltern:

Die Häufigkeit der einzelnen vom Kinder- und Jugendgesundheitsdienst gegebenen Empfehlungen an die Eltern bietet einen Überblick über die Bedarfslage hinsichtlich Prävention und Intervention differenziert nach Zielgruppen und Sozialräumen. Es wird derzeit erhoben, zu welchen Themen und Bereichen (Entwicklung, Vorsorgeuntersuchung, Impfschutz, Taillenumfang, Überweisung) eine Empfehlung an die Eltern gegeben wird. Der Inhalt der Empfehlung wird nicht übermittelt.

Zu den Hilfsmerkmalen:

Die Hilfsmerkmale dienen der Durchführung der Plausibilitätsprüfung und der hierfür erforderlichen Rückfragen in den datenerhebenden Stellen. Hierfür werden derzeit Angaben wie Nummer und Bezeichnung der untersuchenden Stelle im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst und ein Pseudonym des untersuchten Kindes (Nummer des Dokumentationsbogens) verwendet, die bei Rückfragen im Zuge der Plausibilitätsprüfung dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst die Zuordnung der aktenführenden Stelle und das Auffinden der Akte des Kindes ermöglichen. Weitere Hilfsmerkmale dienen der Identifikation fehlerhaft oder doppelt eingegebener Datensätze und der Sicherstellung einer vollständigen Rückübermittlung der plausibilitätsgeprüften bereinigten Datensätze. Aufgrund technischer Änderungen können gegebenenfalls Anpassungen der Hilfsmerkmale zur Sicherstellung einer fehlerfreien und für die Plausibilitätsprüfung aussagefähigen Datenübermittlung erforderlich werden.

Zu Nummer 8 (Grundauswertung der Schuleingangsuntersuchungen nach § 55a Absatz 6 des Schulgesetzes)

Zum Berichtszeitpunkt und -zeitraum:

Die Schuleingangsuntersuchungen finden in der Regel zwischen Oktober des Vorjahres zur Einschulung und Juni des Einschulungsjahres statt, es werden jedoch auch noch zu einem späteren Zeitpunkt oder nach Schulbeginn Kinder untersucht, wenn zum Beispiel ursprüngliche Termine nicht gehalten werden konnten oder die Kinder aktuell erst zugezogen sind. Mit den Leitungen der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste gibt es daher eine Vereinbarung, dass alle Kinder, die bis Mitte Oktober des aktuellen Einschulungsjahres eine Einschulungsuntersuchung erhalten haben, mit dem Erfassungsprogramm erfasst werden und der Datensatz bis zum 1. November des Einschulungsjahres an die Statistikstelle in der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung übermittelt wird (Beispiel: Einschulungs-

jahr 2016/2017, Berichtszeitraum [= Untersuchungszeitraum] 1. Oktober 2015 bis 15. Oktober 2016. Die erhobenen Daten sind bis zum 1. November des am 15. Oktober des Jahres abgelaufenen Untersuchungsjahres an die Statistikstelle zu übermitteln.).

Die Zusammenstellung und Validierung des Gesamtberliner Datensatzes aus den an die Statistikstelle gelieferten bezirklichen Daten erfolgt, wenn alle zur Datenlieferung Verpflichteten zugeliefert haben.

Periodizität:

Der Prozess der Prüfung der Daten auf Vollständigkeit und Plausibilität sowie die gegebenenfalls erforderliche Rückkoppelung mit den Datenhaltern zur Klärung erfordert in der Regel sechs Monate. Im Anschluss daran werden die Daten entsprechend bereinigt und den Bezirken für ihre eigenen Auswertungen zur Verfügung gestellt. Die Erstellung der Statistik durch die Statistikstelle in der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung erfolgt spätestens bis zum 31. Dezember des auf die Übermittlung folgenden Jahres.

Die Periodizität berücksichtigt zum einen die Zeitläufe in den erhebenden Stellen der Bezirke: Im Zuge der Bereinigung der Daten aus den Schuleingangsuntersuchungen sind Rückfragen an die datenliefernden Stellen erforderlich, für deren Beantwortung aufgrund zeitaufwändiger Recherche in den individuellen Akten der erhebenden Stellen ein angemessener Zeitraum angesetzt werden muss. Zum anderen sind auch potentielle zeitliche Mehrbedarfe in Abweichung vom Regelablauf zu berücksichtigen, die zum Beispiel in Jahren mit methodischen Änderungen der zugrundeliegenden Erhebung entstehen können.

Zu den Erhebungsmerkmalen:

Kennzahl des Lebensweltlich Orientierten Raumes (LOR):

Nach dem Senatsbeschluss vom 1. August 2006 (SB 3798/06) ist die Erfassung der Daten auf der Ebene der „Lebensweltlich Orientierten Räume“ (LOR) als räumlichem Bezugssystem festgelegt worden. Die Angabe zu den Kennzahlen der LOR mit ihren drei Ebenen des hierarchisch strukturierten räumlichen LOR-Bezugssystems (Planungsraum, Bezirksregion, Prognoseraum) ist als Grundlage für Planung, Prognose und Beobachtung demografischer und sozialer Entwicklungen in Berlin unabdingbar.

Geburtsmonat/-jahr:

Die Angabe von Geburtsmonat und Geburtsjahr ist für die Altersberechnung erforderlich. Das Alter ist ein unverzichtbares Merkmal der Berichterstattung und wird unter anderem für die Einordnung anderer Merkmale im Kontext benötigt.

Geschlecht:

Das Geschlecht ist ein Standardmerkmal der geschlechtssensiblen Gesundheitsberichterstattung und daher obligates Stratifizierungsmerkmal.

Angaben zur Untersuchung:

Die Erhebungsmerkmale zur Untersuchung umfassen zum Beispiel den Untersuchungsbezirk, das Untersuchungsdatum (Monat und Jahr) sowie pseudonymisierte Angaben zur untersuchenden Person. Der Untersuchungsbezirk ist für die korrekte Zuordnung der Herkunft der Datensätze erforderlich. Das Untersuchungsdatum dient unter anderem der Berechnung von Alter und Kitabesuchsdauer sowie für Auswertungen zu Planungszwecken wie zum Beispiel einem Überblick über die zeitliche Verteilung der Untersuchungen innerhalb des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes. Das Pseudonym der Untersucherin oder des Untersuchers besteht aus einer zweistelligen personengebundenen Nummer ohne Bezug zum Stellenzeichen oder anderen personenbezogenen Merkmalen, die von der Leiterin oder dem Leiter des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes festgelegt und in einer separat verwahrten Liste dokumentiert ist. Sie wird zum einen bei der Plausibilitätsprüfung der Daten benötigt, zum anderen dient sie der Berücksichtigung von Untersuchereffekten bei multivariaten statistischen Analysen im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung.

Sozioökonomischer Status:

Der sozioökonomische Status hat erwiesenermaßen in allen Bevölkerungsgruppen großen Einfluss auf die Gesundheit und ist daher im Sinne einer Berichterstattung nach § 5 GDG obligat zu berücksichtigen. Hierunter fallen unter anderem Angaben zu Bildungsabschlüssen, zur Berufsausbildung, zur Stellung im Beruf, zum Erwerbsstatus und zum Einkommen sowie zum Transferleistungsbezug (Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch, Asylbewerberleistungsgesetz) als Quelle des überwiegenden Lebensunterhaltes. Die Angaben zum sozioökonomischen Status ermöglichen die Identifikation von Handlungsbedarf und Zielgruppen für Gesundheitsförderung, Prävention und Intervention. Der sozioökonomische Status ist unter anderem ein Indikator in den Gesundheitszieleprozessen der Landesgesundheitskonferenz Berlin und dient dort dem Monitoring und der Evaluation der Ziele zur Verringerung von sozial bedingter gesundheitlicher Benachteiligung. Darüber hinaus werden Daten zum Transferleistungsbezug auf LOR-Ebene landesintern zur Verfügung gestellt, zum Beispiel für den abgestimmten Datenpool des Landes Berlin, für das Soziale Monitoring (vgl. auch den Senatsbeschluss 2491/2009 vom 24. November 2009).

Migrationsmerkmale:

Der Migrationshintergrund ist ein Standardmerkmal der migrationssensiblen Gesundheitsberichterstattung und obligates Stratifizierungsmerkmal im Indikatorensatz der Länder. Dies

gilt analog für das Integrationsmonitoring der Länder. Der Migrationshintergrund ist darüber hinaus ein Indikator in den Gesundheitszieleprozessen der Landesgesundheitskonferenz Berlin und dient dort dem Monitoring und der Evaluation der Ziele zur Verringerung von durch Migrationserfahrung beziehungsweise Migrationshintergrund bedingter gesundheitlicher Benachteiligung. Daneben sind auch einzelne Migrationsmerkmale für die Identifikation von Subgruppen mit besonderen gesundheitlichen Bedarfen, zum Beispiel aktuell Zugewanderten, relevant.

Die Definitionen des Migrationshintergrundes sind sehr heterogen und reichen von der Staatsangehörigkeit der Person über im Haushalt gesprochene Sprachen bis hin zu komplexen Berechnungen, die mehrere Merkmale wie Geburtsland, Staatsangehörigkeiten und Einbürgerungsmerkmale der Person und der Elterngeneration erfordern (vgl. Definition des Migrationshintergrundes des Statistischen Bundesamtes 2009). Darüber hinaus unterliegt das Konstrukt des Migrationshintergrundes einem andauernden Diskurs- und Überarbeitungsprozess.

Derzeit werden folgende Merkmale erhoben, die für die aktuelle Definition des Migrationshintergrundes bei den Schuleingangsuntersuchungen der Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) erforderlich sind: Geburt des Kindes in Deutschland, Geburtsland und Staatsangehörigkeit der Mutter, Geburtsland und Staatsangehörigkeit des Vaters. Darüber hinaus wird das Datum der letzten Zuwanderung (Monat/Jahr) erfasst, wodurch die Dauer des Aufenthaltes in Deutschland berechnet werden kann, welche für die Einordnung von zeitlichen Veränderungen in bestimmten Gruppen (zum Beispiel Inanspruchnahme von Impfungen oder Sprachkenntnisse bei Kindern nichtdeutscher Herkunft) sehr wichtig ist.

Familienkonstellation:

Die familiäre Situation umfasst Angaben zu den Personen, mit denen das Kind im Haushalt lebt. Hierunter zählen die Angaben, ob das Kind mit beiden Elternteilen oder bei einem alleinerziehenden Elternteil lebt und wie viele minderjährige und erwachsene Personen im Haushalt leben. Seine Erfassung ermöglicht die Berücksichtigung zum Beispiel von besonderen Bedarfen von Familien alleinerziehender Eltern.

Kitabesuch:

Kindertagesbetreuungseinrichtungen sind ein wesentlicher Zugangsweg für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention im Vorschulalter. Angaben zur Kitabesuchsdauer, aber auch zu besuchten Einrichtungen dienen dazu, den Einfluss des Einrichtungsbesuches auf wichtige Fähigkeiten und auf die gesundheitliche Lage der Kinder im Zuge der Gesundheitsberichterstattung und des Monitorings von Gesundheitszielen darzustellen. Dies beinhaltet insbesondere die Entwicklung von kognitiven und motorischen Fähigkeiten sowie die

Deutschkenntnisse von Kindern mit Migrationshintergrund. Die Kitabesuchsdauer ist zudem ein Kernindikator für die Bezirksregionenprofile.

Angaben zur Schule:

Die Angaben zur Schule umfassen zurzeit das Schuljahr, die Schulnummer der Schule und den Anmeldegrund. Das Schuljahr ist für alle Kinder eines Untersuchungsjahres gleich. Es wird jedoch zur Zuordnung des Datensatzes benötigt, insbesondere wenn Datensätze über mehrere Jahre zusammengefasst werden, zum Beispiel für Auswertungen zu den Bezirksregionenprofilen. Die Schulnummer ermöglicht die Verknüpfung von Auswertungsergebnissen mit bestimmten Schulen, zum Beispiel zur Bereitstellung von Informationen über die Zusammensetzung der Einschülerinnen und Einschüler hinsichtlich bestimmter Merkmale (Nationalität, Größe, gesundheitliche Beeinträchtigungen usw.). Die Angabe zum Anmeldegrund dient der Differenzierung der untersuchten Kinder in solche, die wegen Schulpflicht, und in solche, die auf Antrag ihrer Eltern vorzeitig eingeschult werden sollen. Außerdem wird die Zahl der Kinder erfasst, die nach einer Rückstellung im Vorjahr nunmehr eingeschult werden. Die Angabe wird zum einen als Filtervariable für die Erstellung des Auswertungsdatensatzes der jährlichen Grundausswertung, zum anderen bei der Interpretation im Zuge der Auswertungen von Entwicklungsbefunden benötigt.

Geburtsgewicht:

Das Geburtsgewicht stellt eine wichtige Einflussgröße im Zusammenhang mit anderen gesundheitlichen Parametern dar. Es dient zur Aufdeckung von Zusammenhängen mit anderen Untersuchungsergebnissen, wie Adipositas und Auffälligkeiten in der geistigen und körperlichen Entwicklung. So haben Frühgeborene mit einem niedrigen bis sehr niedrigen Geburtsgewicht ein deutlich höheres Risiko für Entwicklungsverzögerungen, sodass es zum Beispiel bei multivariaten statistischen Analysen im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung geboten ist, diesen Faktor mit zu berücksichtigen.

Inanspruchnahme Früherkennungsuntersuchungen:

Die Raten der Inanspruchnahme der gesetzlich verankerten Früherkennungsuntersuchungen bis zum sechsten Lebensjahr sind im Indikatorenset der Länder als Standardindikatoren enthalten. Darüber hinaus ist die Untersuchung U8 ein Indikator im Integrationsmonitoring der Länder. Die Inanspruchnahmerate der Früherkennungsuntersuchungen ermöglicht eine Einschätzung der Bereitschaft bestimmter Bevölkerungsgruppen, Präventionsangebote im weiteren Sinne anzunehmen.

Impfstatus der von der Ständigen Impfkommission öffentlich empfohlenen Impfungen gemäß den Vorgaben des Robert Koch-Instituts, insbesondere Art, Anzahl und Zeitpunkt der Impfung:

Die Erfassung der Impfdaten dient der Erfüllung der gesetzlichen Pflicht aus § 34 Absatz 11 des Infektionsschutzgesetzes. Die zu übermittelnden Merkmale werden vom Robert Koch-Institut vorgegeben, und diese Vorgaben werden gemäß den jeweiligen aktuellen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut aktualisiert. Darüber hinaus stellen die Impfraten eine wichtige Planungsgrundlage im Rahmen des Infektionsschutzes auf Landesebene dar. Die Impfraten ermöglichen ferner eine Einschätzung der Bereitschaft bestimmter Bevölkerungsgruppen, Präventionsangebote im weiteren Sinne anzunehmen.

Suchtmittelkonsum im Haushalt:

Der Suchtmittelkonsum im Haushalt stellt einen relevanten Einflussfaktor für die kindliche Gesundheit dar und ist daher auch im Fokus von Angeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention. Die Angaben dienen dem Monitoring zum Beispiel des Rauchverhaltens von Familien mit jungen Kindern im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung. Neben dem gesundheitlichen Risiko durch Einwirkung von Tabakrauch steht hier vor allem das Risiko des Kindes, durch die Vorbildfunktion der Eltern beziehungsweise anderer rauchender Personen im Haushalt später selbst mit dem Rauchen zu beginnen, im Vordergrund. Derzeit wird die Anzahl der im Haushalt des Kindes lebenden Raucherinnen und Raucher erfasst.

Medienkonsum des Kindes:

Im Rahmen des technischen Fortschritts und der Digitalisierung sind bereits Kinder im Vorschulalter mit elektronischen Medien konfrontiert. Die zum Teil exzessive Nutzung elektronischer Medien bereits im Vorschulalter wird als Risikofaktor für die kindliche Entwicklung angesehen, sodass unter anderem bei multivariaten statistischen Analysen im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung dieser Faktor mitberücksichtigt wird. Die Angaben umfassen derzeit die durchschnittliche tägliche Dauer des Medienkonsums des Kindes sowie Angaben zu eigenen elektronischen Geräten des Kindes.

Inanspruchnahme von Therapien:

Die Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung umfasst zum Beispiel Angaben, ob das Kind Behandlungen im Bereich der Physio-, Ergo-, Logo- und Psychotherapie erhalten hat. Sie ermöglicht eine Auswertung der Häufigkeit von bisherigen Behandlungen insgesamt und eine differenzierte Analyse der Inanspruchnahme von Interventionen im Bereich Gesundheit und Entwicklung vor Beginn des Schulbesuchs.

Körpermaße des Kindes:

Die Erhebung der Körpermaße wie Körpergröße und -gewicht dient der Berechnung des Body-Mass-Index und damit unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht der Feststellung eines Unter-, Normal- oder Übergewichts. Die Kategorien sind obligater Bestandteil des Indikatorensatzes der Länder, und der Anteil der Kinder mit Normalgewicht ist zudem ein Zielparameter im Gesundheitszielprozess „Gesundheitschancen für Kinder und Jugendliche erhöhen – Benachteiligung abbauen“ der Berliner Landesgesundheitskonferenz. Der Anteil der übergewichtigen Kinder ist überdies Kernindikator für die Bezirksregionenprofile.

Gebisszustand:

Der Gebisszustand dient in erster Linie zur Erfassung des Zahnpflegeverhaltens im Sinne eines familiären Gesundheitsverhaltens. Es soll ein Anhaltspunkt für die Bereitschaft von Eltern zur Gesundheitsvorsorge im Bereich der Zahngesundheit gewonnen werden. In zweiter Linie kann die Angabe auch zu einem groben Überblick über den Gebissstatus dienen, in dem eine qualitative Kategorisierung vorgenommen wird. Die Differenzierung nach Standardmerkmalen ermöglicht die Identifikation von Zielgruppen mit einem besonderen Bedarf an gesundheitlicher Vorsorge im Bereich der Zahngesundheit. Der Gebisszustand wird derzeit in einer orientierenden Untersuchung der Ärztin oder des Arztes ermittelt und in den Kategorien „naturgesund/versorgt“, „sanierungsbedürftig (Karies)“ und „Stümpfe/Extraktionen wegen Karies“ dokumentiert.

Screening Sehvermögen und Screening Hörvermögen:

Der Merkmalskomplex zur Funktion der Sinnesorgane dient allgemein der Feststellung der Seh- und Hörfähigkeit des Kindes und ihrer verschiedenen Aspekte. Es handelt sich um grundlegende Fähigkeiten, die für die allgemeine und die schulische Entwicklung der Kinder von größter Bedeutung sind. Die Angaben umfassen derzeit die Angabe über eine vorhandene Sehhilfe, das Ergebnis der Visusprüfung, das Ergebnis der Prüfung des Stereosehens, das Ergebnis des Farbsehtests und das Ergebnis der Audiometrie. Die Angaben ermöglichen Auswertungen zur Epidemiologie von Seh- und Hörstörungen im Vorschulalter. Die Aufzählung ist nicht abschließend, da eine Modifikation der Erhebungsmerkmale in der Zukunft nicht ausgeschlossen werden kann.

Sprache/sprachliche Verständigung:

Die Angaben zu den Deutschkenntnissen des Kindes und seiner Eltern sowie zu den in der Familie gesprochenen Sprachen sind wichtige Merkmale im Zusammenhang mit Integrationsbemühungen und stellen eine wichtige Planungsgrundlage in diesem Bereich dar. Sie ermöglichen einerseits die Einschätzung, inwieweit die deutsche Sprache von Kindern mit

Migrationshintergrund ausreichend beherrscht wird. Dies ist für diese Kinder von entscheidender Bedeutung für ihre Teilhabechancen in der deutschen Gesellschaft. Zudem ermöglicht andererseits der Vergleich der Fähigkeiten der Kinder mit denen ihrer Eltern unter Einbeziehung der in der Familie gesprochenen Sprachen ein besseres Verständnis der Hintergründe des Spracherwerbs und einen Vergleich der zweiten und der dritten Generation der hier wohnenden Migrantinnen und Migranten. Die Deutschkenntnisse des Kindes gehen zusammen mit den Ergebnissen eines Subtests aus dem Sprachentwicklungsscreening in den Indikator Sprachdefizite ein, der ein Kernindikator für die Bezirksregionenprofile der für Stadtentwicklung zuständigen Senatsverwaltung ist.

Ergebnis der vorschulischen Sprachstandsfeststellung:

Gemäß § 55 des Schulgesetzes ist bis zum 31. Mai eines jeden Kalenderjahres bei allen Kindern, die im übernächsten Kalenderjahr regelmäßig schulpflichtig werden, festzustellen, ob die deutschen Sprachkenntnisse für eine erfolgreiche Teilnahme am Schulunterricht ausreichen. Alle Kinder nehmen an standardisierten Sprachstandsfeststellungsverfahren teil. Die Eltern werden gebeten, die Ergebnismitteilung zur Einschulungsuntersuchung mitzubringen. Die Vorlage beim Kinder- und Jugendgesundheitsdienst ist freiwillig. Die Angabe eines bei der Sprachstandserhebung festgestellten Sprachförderbedarfs ermöglicht im Abgleich mit den Ergebnissen des Sprachentwicklungsscreenings und den Deutschkenntnissen der Kinder eine Abschätzung des Erfolgs der getroffenen Maßnahmen und der Erforderlichkeit weiterer Sprachförderung.

Screening psychische Gesundheit und Screening der motorischen, kognitiven und sprachlichen Entwicklung:

Das Screening psychische Gesundheit und das Screening der motorischen, kognitiven und sprachlichen Entwicklung der untersuchten Kinder werden mit entsprechenden, dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand entsprechenden Testverfahren und Befragungsinstrumenten durchgeführt, die unter Berücksichtigung des aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Forschungsstandes kontinuierlich weiterentwickelt werden, und die entsprechenden Ergebnisse werden dokumentiert. Der Entwicklungsstand der Kinder ist für die allgemeine und die schulische Entwicklung von größter Bedeutung. Die Parameter Körperkoordination, Visuomotorik und die Sprachentwicklung sind Zielindikatoren im Gesundheitszielprozess „Gesundheitschancen für Kinder und Jugendliche erhöhen – Benachteiligung abbauen“ der Berliner Landesgesundheitskonferenz. Die Parameter Visuomotorik und das Ergebnis eines Subtests aus dem Sprachentwicklungsscreening in Verbindung mit den Deutschkenntnissen (Indikator Sprachdefizite) sind zudem Kernindikatoren für die Bezirksregionenprofile der für Stadtentwicklung zuständigen Senatsverwaltung.

Ärztliche Bewertung der Screeningergebnisse zu den Sinnesorganen und zur motorischen, kognitiven, sprachlichen und emotional-sozialen Entwicklung:

Die ärztliche Beurteilung der Untersuchungsergebnisse zu den Sinnesorganen und im Entwicklungsscreening ermöglicht eine zusammenfassende Bewertung der erhobenen Befunde im Sinne einer Einordnung in „unauffällig“, „auffällig“ und „keine Bewertung“ möglich. Sie erfolgt unter Berücksichtigung weiterer Befunde und Eindrücke aus der Untersuchung, die nicht dezidiert für die Gesundheitsberichterstattung dokumentiert werden. Die Gegenüberstellung der Untersuchungsergebnisse mit den Befunden ermöglicht eine Abschätzung zur Validität des Screenings.

Weiterer diagnostischer und therapeutischer Bedarf im Bereich der Sinnesorgane und der kindlichen Entwicklung:

Abgeleitet aus der ärztlichen Bewertung der Screeningergebnisse werden bestehende oder aufgrund der Untersuchung eingeleitete Maßnahmen dokumentiert, die unter anderem eine Grundlage für weitere Förderempfehlungen darstellen.

Schulischer Förderbedarf und Sonderpädagogischer Förderbedarf:

Die Häufigkeit der einzelnen von den Kinder- und Jugendgesundheitsdiensten empfohlenen schulischen und sonderpädagogischen Förderbedarfe bietet einen Überblick über die Bedarfslage beim Schuleintritt differenziert nach Zielgruppen und Sozialräumen.

Zurückstellung vom Schulbesuch:

Die Angaben zur Befürwortung der Einschulung aus Sicht des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes, zum Zurückstellungsantrag der Eltern, der erfolgten Zurückstellung durch das Schulamt sowie zur Erforderlichkeit einer erneuten Vorstellung im Folgejahr im Falle einer Zurückstellung ermöglichen ein Monitoring des Zurückstellungsverfahrens oder -geschehens und bieten damit eine Planungsgrundlage für gegebenenfalls erforderliche Verfahrensmodifikationen.

Zu den Hilfsmerkmalen:

Die Hilfsmerkmale dienen der Durchführung der Plausibilitätsprüfung und der hierfür erforderlichen Rückfragen in den datenerhebenden Stellen. Hierfür werden derzeit Angaben wie Nummer und Bezeichnung der untersuchenden Stelle im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst und ein Pseudonym des untersuchten Kindes (Nummer des Dokumentationsbogens) verwendet, die bei Rückfragen im Zuge der Plausibilitätsprüfung dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst die Zuordnung der aktenführenden Stelle und das Auffinden der Akte des Kindes ermöglichen. Weitere Hilfsmerkmale dienen der Identifikation fehlerhaft oder doppelt eingegebener Datensätze und der Sicherstellung einer vollständigen Rückübermittlung der plausibilitätsgeprüften bereinigten Datensätze. Aufgrund technischer Änderungen oder

einer möglichen Ablösung des bisherigen Erfassungsprogramms können gegebenenfalls Anpassungen der Hilfsmerkmale zur Sicherstellung einer fehlerfreien und für die Plausibilitätsprüfung aussagefähigen Datenübermittlung erforderlich werden.

Zu Nummer 9 (Kernindikatoren zum Datenpool für Bezirksregionenprofile)

Mit der Rahmenstrategie Soziale Stadtentwicklung verfolgt der Berliner Senat das Ziel einer sozialräumlich orientierten Vernetzung von Politik, Verwaltung und Bürgerschaft. In diesem Rahmen hat die für Stadtentwicklung zuständige Senatsverwaltung im Jahr 2009 das „Handbuch zur Sozialraumorientierung“ herausgegeben, das einen Leitfaden zur ressort- und fachübergreifenden Zusammenarbeit mit Orientierung an den im jeweiligen Sozialraum vorgefundenen sozioökonomischen Verhältnissen enthält. Anhand sogenannter Bezirksregionenprofile sollen Grunddaten (Kernindikatoren) zur Attraktivität als Wohnort, zur Bevölkerungs- und Sozialstruktur und zu Entwicklungsbedingungen von Kindern und Jugendlichen zusammengestellt und verglichen werden. Aus den Kernindikatoren sollen im Vergleich mit dem Bezirk und mit ganz Berlin Besonderheiten, Ressourcen und Probleme einzelner Sozialräume herausgearbeitet werden und in Planungen einfließen.

Zu Nummer 10 (Impfmeldung an das Robert Koch-Institut nach § 34 Absatz 11 des Infektionsschutzgesetzes)

Die Verpflichtung und die Befugnis für die Weiterleitung der Impfraten zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung an das Robert Koch-Institut ergeben sich direkt aus § 34 Absatz 11 des Infektionsschutzgesetzes.

Zu Nummer 11 (Auswertungen zum Integrationsmonitoring der Länder)

Das Integrationsmonitoring der Länder enthält den Indikator „Teilnahmerate an der U8 nach Migrationshintergrund“. Dieser Indikator wird aus den Daten der Schuleingangsuntersuchungen bedient. Die Integrationsministerkonferenz hat die Gesundheitsministerkonferenz 2013 gebeten, die Möglichkeit der Datenbereitstellung nach der einheitlichen Definition des Migrationshintergrundes bei Schuleingangsuntersuchungen zu prüfen. Daraufhin hat die Gesundheitsministerkonferenz 2014 die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden beauftragt, die Datenlücke zum Integrationsmonitoring zu schließen.

Zu Anlage 2 (Aggregierte Gesundheitsstatistiken aus den Ämtern der Bezirke)

Zu Nummer 1 (Statistik des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes)

Mit der Statistik des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes werden Untersuchungen und weitere Leistungen (zum Beispiel Anzahl der Erstkontakte oder Impfungen) erfasst. Es handelt sich um aggregierte Daten in Form einer Jahresstatistik, die keine personenbezogenen

Einzeldatensätze enthält. Die Untergliederung nach den einzeln erhobenen Merkmalen orientiert sich an den Produkten der Kostenleistungsrechnung, ist jedoch detaillierter aufgeschlüsselt. Auch nach möglicher Einführung einer Software wird diese Art der Statistik in aggregierter Form übermittelt werden. Anhand der Daten können Aussagen zur Inanspruchnahme der Dienste, zu den betreuten Personengruppen und zu den jeweiligen themenbezogenen Arbeitsbereichen getroffen werden.

Zu Nummer 2 (Statistik der therapeutischen Bereiche der Bezirke)

Anhand der erhobenen Informationen sind Aussagen zum Gesundheitszustand entwicklungsgefährdeter, von Behinderung bedrohter und behinderter Kinder möglich, welche durch den therapeutischen Bereich der Bezirke betreut werden. Da es zum gegenwärtigen Zeitpunkt kein elektronisches Fachverfahren vor Ort gibt und auch keine Einführung geplant ist, erfolgt eine papierbezogene aggregierte Berichterstattung.

Zu Nummer 3 (Statistik des Zentrums für sinnesbehinderte Menschen [Seh-, Hör- und Sprachbehinderung])

Anhand der erhobenen Informationen sind Aussagen zum Gesundheitszustand entwicklungsgefährdeter, von Behinderung bedrohter und behinderter Personen möglich, welche durch die Zentren für sinnesbehinderte Menschen betreut werden. Bis zur Einführung elektronischer Fachverfahren in den drei Bereichen (Seh-, Hör- und Sprachbehinderung) erfolgt eine papierbezogene aggregierte Berichterstattung. Im Bereich der Hörberatungsstelle wurde im Jahr 2017 ein elektronisches Fachverfahren eingeführt, sodass eine elektronische Übermittlung von personenbezogenen Einzeldaten als auch aggregierten anonymisierten Daten ab 2018 vorgesehen ist. Anhand der aggregierten anonymisierten Daten werden zum Beispiel die vor Ort in Anspruch genommenen Maßnahmen betrachtet, ohne dabei einen Rückschluss auf einzelne Beschäftigte zu ermöglichen.

Zu Nummer 4 (Statistik der Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung)

Anhand der erhobenen Informationen sind Aussagen zum Gesundheitszustand von Jugendlichen, Migrantinnen und Migranten, Frauen und Männern einschließlich deren Partnerinnen und Partner sowie Personen mit risikohaftem Verhalten möglich, welche durch die Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung betreut werden. Bis zur Einführung elektronischer Fachverfahren erfolgt eine papierbezogene aggregierte Berichterstattung.

Mit Einführung eines elektronischen Fachverfahrens ist eine Ablösung der papierbezogenen Berichterstattung möglich, sobald die Informationsübermittlung durch das elektronische Verfahren sichergestellt ist. Geplant ist eine Kombination aus personenbezogenen Einzeldaten und aggregierten anonymisierten Daten. Im Bereich der Präventionsarbeit erfolgt zum Beispiel eine Auswertung der nicht personenbezogenen Leistungen, welche Auskunft über die regionalen Hilfsbedarfe vor Ort gibt. So soll im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit

dokumentiert und ausgewertet werden, wo neue Schwerpunkte zu setzen sind (zum Beispiel aus Analyse der Zugangswege in Zusammenhang zu bestehenden öffentlichkeitswirksamen Maßnahmen).

Zu Nummer 5 (Statistik der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste)

Durch die papierbezogene aggregierte Berichterstattung zum Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst ist der Informationsfluss zur bezirklichen Inanspruchnahme sowie die Vernetzung des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes im öffentlichen Gesundheitsdienst sichergestellt. Eine Ablösung der papierbezogenen Berichterstattung erfolgt, sobald die Informationsübermittlung durch das elektronische Verfahren sichergestellt ist. Mit Hilfe der erhobenen Informationen ist eine Betrachtung der psychischen Gesundheit der Kinder und Jugendlichen, die durch den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst betreut werden möglich.

Zu Anlage 3 (Gesundheitsstatistiken)

Die von den gesonderten Organisationseinheiten für Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination der Bezirksämter für ihren jeweiligen Bezirk zu erstellenden Gesundheitsstatistiken entsprechen denen aus der Anlage 1 Nummer 1 bis 8, weshalb insoweit auf diese verwiesen wird. Die gesonderten Organisationseinheiten für Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination der Bezirksämter arbeiten hierbei mit den Daten, die ihnen nach abgeschlossener Plausibilitätsprüfung von der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung übermittelt wurden (vgl. § 8 Absatz 1). Entsprechend wird für die Periodizität auf den Zeitpunkt der Übermittlung abgestellt. Auf die Festlegung eines Berichtszeitpunktes wird verzichtet, weil die Dauer der Prüfung der Daten bei der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung stark variieren kann und daher auch der mögliche Zeitpunkt der Weiterübermittlung nicht festzumachen ist.

B. Rechtsgrundlage:

Artikel 64 Absatz 1 und 3 der Verfassung von Berlin, §§ 4f und 5 Absatz 3 Satz 2 des Gesundheitsdienst-Gesetzes

C. Gesamtkosten:

Die Verordnung stellt in erster Linie eine aktualisierte Rechtsgrundlage für bereits seit längerem stattfindende Abläufe und Prozesse dar. Daher entstehen durch die Verordnung keine neuen Kosten.

D. Kostenauswirkungen auf Privathaushalte und/oder Wirtschaftsunternehmen:

Keine.

E. Auswirkungen auf die Zusammenarbeit mit dem Land Brandenburg:
Keine.

F. Auswirkungen auf den Haushaltsplan und die Finanzplanung:

- a) Auswirkungen auf Einnahmen und Ausgaben:
Keine.
- b) Personalwirtschaftliche Auswirkungen:
Keine.

Berlin, den 22. Juli 2026

Dr. Ina Czyborra
Senatorin für Wissenschaft,
Gesundheit und Pflege

Wortlaut der zitierten Rechtsvorschriften

Übersicht

1. Berliner Datenschutzgesetz.....	92
2. Bürgerliches Gesetzbuch.....	93
3. Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten.....	97
4. Gesundheitsdienst-Gesetz	98
5. Infektionsschutzgesetz	105
6. Kindertagesförderungsgesetz.....	107
7. Landesstatistikgesetz.....	108
8. Schulgesetz	109
9. Achtes Buch Sozialgesetzbuch.....	111
10. Fünftes Buch Sozialgesetzbuch	113
11. Neuntes Buch Sozialgesetzbuch.....	113
12. 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).....	114

1. Berliner Datenschutzgesetz

vom 13. Juni 2018 (GVBl. S. 418), zuletzt geändert durch Artikel 9 des Gesetzes vom 10. Juli 2025 (GVBl. S. 270)

§ 17

Verarbeitung personenbezogener Daten zu wissenschaftlichen oder historischen Forschungszwecken und zu statistischen Zwecken

(1) Die Verarbeitung personenbezogener Daten, einschließlich besonderer Kategorien personenbezogener Daten im Sinne von Artikel 9 Absatz 1 der Verordnung (EU) 2016/679, ist auch ohne Einwilligung für die Erfüllung einer Aufgabe zu im öffentlichen Interesse liegenden wissenschaftlichen oder historischen Forschungszwecken oder für statistische Zwecke zulässig, wenn das öffentliche Interesse an der Durchführung des Vorhabens die schutzwürdigen Belange der betroffenen Person erheblich überwiegt und der Zweck nicht auf andere Weise erreicht werden kann. Nach Satz 1 übermittelte Daten dürfen nicht für andere Zwecke verarbeitet werden.

(2) Die Daten sind zu anonymisieren, sobald dies nach dem Forschungszweck oder dem statistischen Zweck möglich ist, es sei denn, berechnete Interessen der betroffenen Person stehen dem entgegen. Bis eine Anonymisierung erfolgt, sind die Merkmale gesondert zu speichern, mit denen Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse einer bestimmten oder bestimmbarer Person zugeordnet werden können; sie dürfen mit den Einzelangaben nur zusammengeführt werden, soweit der Forschungs- oder Statistikzweck dies erfordert. Die Daten sind zu löschen, sobald der Zweck erreicht ist. Für die Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten im Sinne von Artikel 9 Absatz 1 der Verordnung (EU) 2016/679 bleibt § 14 Absatz 3 unberührt.

(3) Öffentliche Stellen, die wissenschaftliche und historische Forschung betreiben, dürfen personenbezogene Daten nur veröffentlichen, wenn

1. die betroffene Person eingewilligt hat oder
2. die Veröffentlichung für die Darstellung von Forschungsergebnissen über Ereignisse der Zeitgeschichte erforderlich ist, es sei denn, dass schutzwürdige Interessen der betroffenen Person überwiegen.

(4) Die in Artikel 15, 16, 18 und 21 der Verordnung (EU) 2016/679 vorgesehenen Rechte der betroffenen Person sind insoweit beschränkt, als diese Rechte voraussichtlich die Verwirklichung der Forschungs- oder Statistikzwecke unmöglich machen oder ernsthaft beeinträchtigen und die Beschränkung für die Erfüllung der Forschungs- oder Statistikzwecke notwendig ist. Das Recht auf Auskunft gemäß Artikel 15 der Verordnung (EU) 2016/679 besteht darüber hinaus nicht, wenn die Daten für Zwecke der wissenschaftlichen Forschung erforderlich sind und die Auskunftserteilung einen unverhältnismäßigen Aufwand erfordern würde.

§ 20a

Verarbeitung personenbezogener Daten zu Zwecken parlamentarischer Kontrolle

(1) Die Verarbeitung personenbezogener Daten durch Behörden und sonstige öffentliche Stellen ist zulässig, wenn diese vom Abgeordnetenhaus, dessen verfassungsmäßigen Organen, seinen Mitgliedern oder den Fraktionen des Abgeordnetenhauses im Rahmen ihrer Aufgaben verlangt werden. Personenbezogene Daten dürfen für diese Institutionen zur Erfüllung ihrer Aufgaben nur verarbeitet werden, wenn nicht überwiegende private Interessen an der Geheimhaltung zwingend entgegenstehen. Diese Befugnis gilt auch für besondere Kategorien personenbezogener Daten im Sinne von Artikel 9 Absatz 1 der Verordnung (EU) 2016/679; dabei sind gegebenenfalls die gebotenen Vorkehrungen parlamentarischer Geheimhaltung zu treffen.

(2) Soweit es im Rahmen der Mitwirkung an der Erfüllung der Aufgaben eines Untersuchungsausschusses des Abgeordnetenhauses, des Parlamentes eines anderen Landes oder des Deutschen Bundestages erforderlich ist, kann die oder der für die Verarbeitung der Daten Verantwortliche anordnen, dass personenbezogene Daten, auch abweichend von Vorschriften über deren Löschung oder Vernichtung, für einen befristeten Zeitraum nicht gelöscht oder vernichtet werden. Dies gilt auch für den Fall, dass ein Untersuchungsausschuss noch nicht eingesetzt ist, ein solcher aber bereits im Parlament beantragt worden ist. Die Anordnung kann auch Akten und sonstige amtliche Unterlagen einschließen, die keine personenbezogenen Daten enthalten. Die Anordnung soll einen Zeitraum von zwei Jahren nicht überschreiten; Verlängerungen für einen Zeitraum von jeweils nicht mehr als einem Jahr sind zulässig. Die Anordnung trifft die Hausleitung des Verantwortlichen, sie ergeht schriftlich und ist zu begründen. Die Anordnung und ihre Begründung sind der oder dem Berliner Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit zur Kenntnis zu geben. Dies gilt auch für jeden Fall der Verlängerung. Der Verantwortliche hat durch geeignete technische und organisatorische Maßnahmen sicherzustellen, dass die Verarbeitung der personenbezogenen Daten, deren Löschung oder Vernichtung auf Grund einer Anordnung nach den Sätzen 1 oder 2 unterblieben ist, auf die Mitwirkung an der Erfüllung der Aufgaben des Untersuchungsausschusses begrenzt ist.

2. Bürgerliches Gesetzbuch

in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 2002 (BGBl. I S. 42, 2909; 2003 I S. 738), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 17. Juli 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 163)

§ 197

Dreißigjährige Verjährungsfrist

- (1) In 30 Jahren verjähren, soweit nicht ein anderes bestimmt ist,
1. Schadensersatzansprüche, die auf der vorsätzlichen Verletzung des Lebens, des Körpers, der Gesundheit, der Freiheit oder der sexuellen Selbstbestimmung beruhen,
- [...]

§ 630a

Vertragstypische Pflichten beim Behandlungsvertrag

- (1) Durch den Behandlungsvertrag wird derjenige, welcher die medizinische Behandlung eines Patienten zusagt (Behandelnder), zur Leistung der versprochenen Behandlung, der andere Teil (Patient) zur Gewährung der vereinbarten Vergütung verpflichtet, soweit nicht ein Dritter zur Zahlung verpflichtet ist.
- (2) Die Behandlung hat nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist.

§ 630b

Anwendbare Vorschriften

Auf das Behandlungsverhältnis sind die Vorschriften über das Dienstverhältnis, das kein Arbeitsverhältnis im Sinne des § 622 ist, anzuwenden, soweit nicht in diesem Untertitel etwas anderes bestimmt ist.

§ 630c

Mitwirkung der Vertragsparteien; Informationspflichten

- (1) Behandelnder und Patient sollen zur Durchführung der Behandlung zusammenwirken.
- (2) Der Behandelnde ist verpflichtet, dem Patienten in verständlicher Weise zu Beginn der Behandlung und, soweit erforderlich, in deren Verlauf sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände zu erläutern, insbesondere die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die zu und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen. Sind für den Behandelnden Umstände erkennbar, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen, hat er den Patienten über diese auf Nachfrage oder zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren zu informieren. Ist dem Behandelnden oder einem seiner in § 52 Absatz 1 der Strafprozessordnung bezeichneten Angehörigen ein Behandlungsfehler unterlaufen, darf die Information nach Satz 2 zu Beweis Zwecken in einem gegen den Behandelnden oder gegen seinen Angehörigen geführten Straf- oder Bußgeldverfahren nur mit Zustimmung des Behandelnden verwendet werden.

(3) Weiß der Behandelnde, dass eine vollständige Übernahme der Behandlungskosten durch einen Dritten nicht gesichert ist oder ergeben sich nach den Umständen hierfür hinreichende Anhaltspunkte, muss er den Patienten vor Beginn der Behandlung über die voraussichtlichen Kosten der Behandlung in Textform informieren. Weitergehende Formanforderungen aus anderen Vorschriften bleiben unberührt.

(4) Der Information des Patienten bedarf es nicht, soweit diese ausnahmsweise aufgrund besonderer Umstände entbehrlich ist, insbesondere wenn die Behandlung unaufschiebbar ist oder der Patient auf die Information ausdrücklich verzichtet hat.

§ 630d

Einwilligung

(1) Vor Durchführung einer medizinischen Maßnahme, insbesondere eines Eingriffs in den Körper oder die Gesundheit, ist der Behandelnde verpflichtet, die Einwilligung des Patienten einzuholen. Ist der Patient einwilligungsunfähig, ist die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen, soweit nicht eine Patientenverfügung nach § 1827 Absatz 1 Satz 1 die Maßnahme gestattet oder untersagt. Weitergehende Anforderungen an die Einwilligung aus anderen Vorschriften bleiben unberührt. Kann eine Einwilligung für eine unaufschiebbare Maßnahme nicht rechtzeitig eingeholt werden, darf sie ohne Einwilligung durchgeführt werden, wenn sie dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht.

(2) Die Wirksamkeit der Einwilligung setzt voraus, dass der Patient oder im Fall des Absatzes 1 Satz 2 der zur Einwilligung Berechtigte vor der Einwilligung nach Maßgabe von § 630e Absatz 1 bis 4 aufgeklärt worden ist.

(3) Die Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen formlos widerrufen werden.

§ 630e

Aufklärungspflichten

(1) Der Behandelnde ist verpflichtet, den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären. Dazu gehören insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie. Bei der Aufklärung ist auch auf Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können.

(2) Die Aufklärung muss

1. mündlich durch den Behandelnden oder durch eine Person erfolgen, die über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Ausbildung verfügt; ergänzend kann auch auf Unterlagen Bezug genommen werden, die der Patient in Textform erhält,
2. so rechtzeitig erfolgen, dass der Patient seine Entscheidung über die Einwilligung wohlüberlegt treffen kann,

3. für den Patienten verständlich sein.

Dem Patienten sind Abschriften von Unterlagen, die er im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet hat, auszuhändigen.

(3) Der Aufklärung des Patienten bedarf es nicht, soweit diese ausnahmsweise aufgrund besonderer Umstände entbehrlich ist, insbesondere wenn die Maßnahme unaufschiebbar ist oder der Patient auf die Aufklärung ausdrücklich verzichtet hat.

(4) Ist nach § 630d Absatz 1 Satz 2 die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen, ist dieser nach Maßgabe der Absätze 1 bis 3 aufzuklären.

(5) Im Fall des § 630d Absatz 1 Satz 2 sind die wesentlichen Umstände nach Absatz 1 auch dem Patienten entsprechend seinem Verständnis zu erläutern, soweit dieser aufgrund seines Entwicklungsstandes und seiner Verständnismöglichkeiten in der Lage ist, die Erläuterung aufzunehmen, und soweit dies seinem Wohl nicht zuwiderläuft. Absatz 3 gilt entsprechend.

§ 630f

Dokumentation der Behandlung

(1) Der Behandelnde ist verpflichtet, zum Zweck der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen. Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte sind nur zulässig, wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen worden sind. Dies ist auch für elektronisch geführte Patientenakten sicherzustellen.

(2) Der Behandelnde ist verpflichtet, in der Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen. Arztbriefe sind in die Patientenakte aufzunehmen.

(3) Der Behandelnde hat die Patientenakte für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach anderen Vorschriften andere Aufbewahrungsfristen bestehen.

§ 630g

Einsichtnahme in die Patientenakte

(1) Dem Patienten ist auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die vollständige, ihn betreffende Patientenakte zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen. Die Ablehnung der Einsichtnahme ist zu begründen. § 811 ist entsprechend anzuwenden.

(2) Der Patient kann auch elektronische Abschriften von der Patientenakte verlangen. Er hat dem Behandelnden die entstandenen Kosten zu erstatten.

(3) Im Fall des Todes des Patienten stehen die Rechte aus den Absätzen 1 und 2 zur Wahrnehmung der vermögensrechtlichen Interessen seinen Erben zu. Gleiches gilt für

die nächsten Angehörigen des Patienten, soweit sie immaterielle Interessen geltend machen. Die Rechte sind ausgeschlossen, soweit der Einsichtnahme der ausdrückliche oder mutmaßliche Wille des Patienten entgegensteht.

§ 630h

Beweislast bei Haftung für Behandlungs- und Aufklärungsfehler

(1) Ein Fehler des Behandelnden wird vermutet, wenn sich ein allgemeines Behandlungsrisiko verwirklicht hat, das für den Behandelnden voll beherrschbar war und das zur Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit des Patienten geführt hat.

(2) Der Behandelnde hat zu beweisen, dass er eine Einwilligung gemäß § 630d eingeholt und entsprechend den Anforderungen des § 630e aufgeklärt hat. Genügt die Aufklärung nicht den Anforderungen des § 630e, kann der Behandelnde sich darauf berufen, dass der Patient auch im Fall einer ordnungsgemäßen Aufklärung in die Maßnahme eingewilligt hätte.

(3) Hat der Behandelnde eine medizinisch gebotene wesentliche Maßnahme und ihr Ergebnis entgegen § 630f Absatz 1 oder Absatz 2 nicht in der Patientenakte aufgezeichnet oder hat er die Patientenakte entgegen § 630f Absatz 3 nicht aufbewahrt, wird vermutet, dass er diese Maßnahme nicht getroffen hat.

(4) War ein Behandelnder für die von ihm vorgenommene Behandlung nicht befähigt, wird vermutet, dass die mangelnde Befähigung für den Eintritt der Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit ursächlich war.

(5) Liegt ein grober Behandlungsfehler vor und ist dieser grundsätzlich geeignet, eine Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit der tatsächlich eingetretenen Art herbeizuführen, wird vermutet, dass der Behandlungsfehler für diese Verletzung ursächlich war. Dies gilt auch dann, wenn es der Behandelnde unterlassen hat, einen medizinisch gebotenen Befund rechtzeitig zu erheben oder zu sichern, soweit der Befund mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein Ergebnis erbracht hätte, das Anlass zu weiteren Maßnahmen gegeben hätte, und wenn das Unterlassen solcher Maßnahmen grob fehlerhaft gewesen wäre.

3. Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten

vom 17. Juni 2016 (GVBl. S. 336), zuletzt geändert durch Artikel 28 des Gesetzes vom 10. Juli 2025 (GVBl. S. 270)

§ 10

Beiräte und Steuerungsgremien

(4) Jeder Bezirk bildet ein Steuerungsgremium zur verbindlichen Koordination der Erbringung von außerklinischen Hilfen bei Vorliegen komplexer Hilfebedarfe.

4. Gesundheitsdienst-Gesetz

vom 25. Mai 2006 (GVBl. S. 450), zuletzt geändert durch Artikel 17 des Gesetzes vom 10. Juli 2025 (GVBl. S. 270)

§ 1

Aufgabenstellung

- (1) Der öffentliche Gesundheitsdienst des Landes Berlin orientiert sein Handeln an einem Leitbild. Er stellt sich den großstadttypischen gesundheitlichen und sozialen Problemlagen und reagiert flexibel auf sich verändernde Rahmenbedingungen. Im Rahmen der Daseinsvorsorge achtet er dabei besonders auf die Stärkung der Eigenverantwortung sowie des bürgerschaftlichen Engagements und berücksichtigt geschlechtsspezifische, behindertenspezifische und ethnisch-kulturelle Aspekte. Der öffentliche Gesundheitsdienst orientiert seine Arbeit am Programm des Gesunde-Städte-Netzwerkes und an den Grundsätzen von Public Health.
- (2) Der öffentliche Gesundheitsdienst nimmt die Aufgaben grundsätzlich subsidiär und sozialkompensatorisch wahr, soweit durch Gesetz nichts anderes bestimmt ist.
- (3) Der öffentliche Gesundheitsdienst stellt insbesondere die Wahrnehmung folgender Kernaufgaben sicher:
 1. Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination:
 - a) integrierte Gesundheitsberichterstattung,
 - b) sozialindikative Gesundheitsplanung,
 - c) Koordination, Planung und Steuerung der psychiatrischen Versorgung und der Suchthilfe,
 - d) Initiierung und Koordination von Maßnahmen der Gesundheitsförderung sowie Stärkung des bürgerschaftlichen Engagements,
 - e) Erarbeitung und Weiterentwicklung fachlicher Standards zur Sicherung von Qualität und Nachhaltigkeit der Leistungen des Gesundheitssystems, soweit es dem öffentlichen Gesundheitsdienst obliegt;
 2. Prävention, Gesundheitsförderung, Gesundheitshilfe und Schutz der Gesundheit für Kinder und Jugendliche:
 - a) Initiierung und Durchführung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung,
 - b) Aufklärung und Beratung zu Gesundheitsthemen,
 - c) kinder- und jugendärztliche sowie kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik, Beratung, Vermittlung von Betreuung und Hilfsangeboten, einschließlich der kinder- und jugendpsychiatrischen Krisenintervention, sowie Sicherstellung der vorbeugenden und nachgehenden Gesundheitshilfe, einschließlich der Anordnung therapeutischer Leistungen mit deren Verlaufsbeobachtung und Qualitätssicherung,
 - d) Prävention von zivilisationsbedingten Krankheiten,
 - e) zahnmedizinische Vorsorge und Beratung in Kindertagesstätten und Schulen,

- f) ambulante therapeutische Versorgung behinderter und schwer behinderter Kinder und Jugendlicher insbesondere im Schulbereich, soweit diese nicht anders gewährleistet wird;
3. Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitshilfe für Erwachsene:
 - a) Prävention von zivilisationsbedingten Krankheiten einschließlich Alterskrankheiten,
 - b) Beratung, psychosoziale Unterstützung und Hilfevermittlung sowie Sicherstellung der vorbeugenden und nachgehenden Gesundheitshilfe,
 - c) Hilfen und Schutzmaßnahmen nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten,
 - d) Beratung und Betreuung von Menschen mit Behinderung einschließlich psychisch erkrankter Personen, Abhängigkeitskranker sowie von Behinderung bedrohter Menschen oder durch psychische Erkrankungen oder Abhängigkeitskrankheiten Gefährdeter,
 - e) Aufklärung und Beratung zu Gesundheitsthemen,
 - f) Leistungen der sozialmedizinischen und -pädagogischen Nachschau;
 4. Infektionsschutz, umweltbezogener Gesundheitsschutz und Katastrophenschutz:
 - a) Schutz der Bevölkerung vor Infektionskrankheiten, Epidemien und Pandemien, Überwachung der Anforderungen der Hygiene, Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von auf den Menschen übertragbaren Erkrankungen,
 - b) Schutz vor gesundheitsbeeinträchtigenden und krank machenden Umwelteinflüssen, Ermitteln und Bewerten der Ursachen von Gesundheitsrisiken aus der Umwelt und Hinwirken auf deren Beseitigung,
 - c) Schutz der Bevölkerung im Rahmen des Zivil- und Katastrophenschutzes;
 5. Aufsicht über die Berufe und die Einrichtungen des Gesundheitswesens;
 6. gesundheitlicher Verbraucherschutz:
 - a) Schutz der Bevölkerung im Verkehr mit Lebensmitteln, Tabakerzeugnissen, kosmetischen Mitteln und sonstigen Bedarfsgegenständen,
 - b) Überwachung des Verkehrs mit Futtermitteln,
 - c) Tierseuchenüberwachung und -bekämpfung,
 - d) Tierkörperbeseitigung,
 - e) Tierschutz,
 - f) Abwehr von Gefahren, die von Tieren ausgehen;
 7. Überwachung des Verkehrs mit Arzneimitteln einschließlich Überwachung des Verkehrs mit frei verkäuflichen Arzneimitteln außerhalb von Apotheken.
- (4) Soweit es sich nicht um Aufgaben handelt, die als Pflichtaufgaben auf anderen Landesgesetzen, auf Bundesrecht oder auf dem Recht der Europäischen Union beruhen, erfolgt die Wahrnehmung der in § 1 Abs. 3 im Einzelnen beschriebenen Aufgaben nach Maßgabe der mit dem Haushaltsplan zur Verfügung gestellten Mittel. Soweit es sich um Gewährleistungsaufgaben handelt, wird eine Überleitung an Dritte angestrebt, falls nicht eine hoheitliche Tätigkeit erforderlich ist oder ein übergeordnetes Interesse besteht.

§ 2

Zuständigkeiten

- (1) Die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes nach § 1 werden von
1. der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung und der für den gesundheitlichen Verbraucherschutz zuständigen Senatsverwaltung sowie den ihnen jeweils nachgeordneten Behörden (Sonderbehörden) und nicht rechtsfähigen Anstalten,
 2. den zuständigen Ämtern der Bezirke und
 3. den gesonderten Organisationseinheiten für Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination der Bezirksämter
- wahrgenommen.

§ 4a

Zulässigkeit der Datenverarbeitung

- (1) Die für die Aufgaben nach § 1 Absatz 3 jeweils zuständigen Stellen dürfen personenbezogene Daten, einschließlich besonderer Kategorien personenbezogener Daten im Sinne des Artikels 9 Absatz 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), verarbeiten, wenn und soweit es für die rechtmäßige Erfüllung der jeweiligen Aufgabe erforderlich ist und die in diesem Abschnitt genannten spezifischen Maßnahmen zur Wahrung der Rechte und Freiheiten der betroffenen Person eingehalten werden oder wenn eine Rechtsvorschrift die Verarbeitung gestattet.
- (2) Die Übermittlung von personenbezogenen Daten nach Absatz 1 zwischen einzelnen Stellen nach Absatz 1 ist sowohl innerbezirklich als auch bezirksübergreifend zulässig, soweit sie für die jeweilige Aufgabenerfüllung der datenempfangenden Stelle erforderlich ist oder ein Sachverhalt den Zuständigkeitsbereich von mehr als einem Bezirk betrifft. Sofern die Aufgabenerfüllung der datenempfangenden Stelle es gestattet, dürfen nur pseudonymisierte oder anonymisierte Daten an diese übermittelt werden. Rückübermittlungen sind zum Zwecke der Erfassung und Kontrolle von Sachverhalten zulässig; Satz 2 gilt entsprechend. Soweit personenbezogene Daten betroffen sind, die einer beruflichen Schweigepflicht unterliegen, ist die Übermittlung nach Satz 1 nur unter den Voraussetzungen des Satzes 2 oder des § 4b Absatz 4 zulässig.
- (3) Die Übermittlung von personenbezogenen Daten nach Absatz 1 an Kostenträger zum Zwecke der Abrechnung erbrachter Leistungen ist zulässig. Zulässig ist auch die Übermittlung zum Zwecke der Beantragung von Förder- oder Hilfgeldern, sofern die Einwilligung der betroffenen Person vorliegt. Zulässig ist außerdem die Übermittlung solcher Daten an Dritte zum Zwecke der Klärung der Kostenträgerschaft in Vorbereitung der Abrechnung.

(4) In Fällen, in denen Untersuchungs- und Beratungsangebote auf Grund gesetzlicher Bestimmungen oder freiwilliger Verpflichtungen von den Stellen nach Absatz 1 anonym angeboten werden, dürfen personenidentifizierende Angaben (wie etwa Name, Vornamen, Adresse, Geburtsdatum) nicht verarbeitet werden.

(5) Soweit nicht die Verordnung (EU) 2016/679 unmittelbar gilt, findet das Berliner Datenschutzgesetz vom 13. Juni 2018 (GVBl. S. 418), das durch Artikel 13 des Gesetzes vom 12. Oktober 2020 (GVBl. S. 807) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung auf die Datenverarbeitung Anwendung, soweit die Vorschriften dieses Gesetzes keine Regelungen treffen.

§ 4b

Geheimhaltungspflichten und Offenbarungsbefugnisse

(1) Die innerbehördliche Organisation der Stellen nach § 4a Absatz 1 ist in personeller, technischer, räumlicher und organisatorischer Hinsicht jeweils so zu gestalten, dass gesetzliche Geheimhaltungspflichten, insbesondere heilberufliche Schweigepflichten und das Statistikgeheimnis, gewahrt werden. Die zur Wahrung gesetzlicher Geheimhaltungspflichten getroffenen Maßnahmen sind regelmäßig zu überprüfen und erforderlichenfalls anzupassen.

(2) Die Stellen nach § 4a Absatz 1 sind befugt, gegenüber den für die Wartung ihrer Datenverarbeitungssysteme jeweils zuständigen Beschäftigten und Stellen sowie den hierzu beauftragten Dritten personenidentifizierende Angaben und gegebenenfalls weitere personenbezogene Daten, einschließlich besonderer Kategorien personenbezogener Daten im Sinne des Artikels 9 Absatz 1 der Verordnung (EU) 2016/679, zu offenbaren und ihnen diese zu übermitteln, wenn und soweit dies für die Durchführung der Wartung ihrer Datenverarbeitungssysteme erforderlich ist. Die Daten dürfen im Rahmen der Wartung der Datenverarbeitungssysteme nur für diesen Zweck genutzt werden. Im Falle der Übermittlung sind die übermittelten Daten unverzüglich nach Erfüllung der jeweiligen Aufgabe von den empfangenden Beschäftigten, Stellen oder Auftragnehmern zu löschen. Werden Dritte mit der Wahrnehmung der Wartung der Datenverarbeitungssysteme beauftragt, so sind diese über die Anforderungen des Artikels 28 der Verordnung (EU) 2016/679 hinaus auch auf die sinngemäße Einhaltung der Vorschriften dieses Abschnitts und der Geheimhaltungspflicht nach § 203 Absatz 4 Satz 1 des Strafgesetzbuchs zu verpflichten.

(3) Beauftragen die Stellen nach § 4a Absatz 1 Dritte mit der Wahrnehmung von Aufgaben nach § 1 Absatz 3, so gilt Absatz 2 Satz 4 entsprechend. In diesem Fall sind die Stellen nach § 4a Absatz 1 befugt, den Auftragnehmern personenidentifizierende Angaben (wie etwa Name, Vornamen, Adresse, Geburtsdatum) und gegebenenfalls weitere personenbezogene Daten, einschließlich besonderer Kategorien personenbezogener Daten im Sinne des Artikels 9 Absatz 1 der Verordnung (EU) 2016/679, zu offenbaren und ihnen diese zu übermitteln, wenn und soweit dies für die Erfüllung des Auftrags erforderlich ist. Die von Dritten in diesem Rahmen durchgeführten Maßnah-

men sind von diesen zu dokumentieren und dem öffentlichen Gesundheitsdienst zurück zu übermitteln. Sofern keine besonderen Aufbewahrungsfristen bestehen, sind die Daten von den Dritten zu löschen, sobald sie nicht mehr benötigt werden.

(4) Die einer Geheimhaltungspflicht nach § 203 des Strafgesetzbuchs unterliegenden Dienstkräfte einer Stelle nach § 4a Absatz 1 sind befugt, die von ihnen im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung erhobenen oder sonst bekannt gewordenen personenbezogenen Daten, einschließlich besonderer Kategorien personenbezogener Daten im Sinne des Artikels 9 Absatz 1 der Verordnung (EU) 2016/679, der von ihnen untersuchten oder behandelten Personen sowie die personenbezogenen Daten, einschließlich besonderer Kategorien personenbezogener Daten im Sinne des Artikels 9 Absatz 1 der Verordnung (EU) 2016/679, von Personensorgeberechtigten der von ihnen untersuchten oder behandelten Personen gegenüber den in die Bearbeitung des jeweiligen Falles einbezogenen weiteren ärztlichen und nichtärztlichen Dienstkräften derselben Stelle oder anderer Stellen zu offenbaren, soweit und solange dies für die Erfüllung der ihnen obliegenden Aufgaben notwendig ist. Im Übrigen bleiben Geheimhaltungs- und Verschwiegenheitspflichten auf Grund besonderer Rechtsvorschriften unberührt.

§ 4c

Datensparsamkeit und Datensicherheit

(1) Personenbezogene Daten und Pseudonyme sind so zu verarbeiten, dass nur die Personen und Stellen von ihnen Kenntnis nehmen können, die die Daten zur rechtmäßigen Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben benötigen. Hierzu sind geeignete und dem jeweiligen aktuellen Stand der Technik entsprechende technische, organisatorische und personelle Vorkehrungen zu treffen, die einen unbefugten Zugriff auf personenbezogene Daten, Pseudonyme und die Zuordnungsregel verhindern. Die Zuordnungsregel ist durch technische Maßnahmen nach dem Stand der Technik derart zu schützen, dass Dritten mit beherrschbarem Aufwand eine Verknüpfung von pseudonymisierten Daten mit personenidentifizierenden Angaben nicht möglich ist. Die Nachvollziehbarkeit der Verarbeitung und Nutzung der personenbezogenen Daten einschließlich der Zusammenführung von personenidentifizierenden Angaben und anderen personenbezogenen Daten ist zu gewährleisten.

(2) Bei der Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten im Sinne des Artikels 9 Absatz 1 der Verordnung (EU) 2016/679 sind angemessene und spezifische Maßnahmen zur Wahrung der Interessen der betroffenen Person nach Maßgabe des § 14 Absatz 3 und des § 26 des Berliner Datenschutzgesetzes vorzusehen.

§ 4d

Datenlöschung

(1) Sofern andere Rechtsvorschriften keine Aufbewahrungsfristen festlegen, sind personenbezogene Daten zu löschen oder zu anonymisieren, sobald sie für den Zweck, zu dem sie verarbeitet wurden, nicht mehr benötigt werden, spätestens jedoch zwei Jahre nach Abschluss des die Datenverarbeitung auslösenden Vorgangs.

(2) Werden personenbezogene Daten im automatisierten Verfahren mit der Möglichkeit des Direktabrufs gespeichert, ist die Möglichkeit des Direktabrufs ein Jahr nach dem letzten Kontakt mit der betroffenen Person zu sperren. Die Sperre für den Direktabruf kann zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen oder, nachdem sie erfolgt ist, wieder aufgehoben werden, soweit dies für die Aufgabenerfüllung der jeweiligen Stelle nach § 4a Absatz 1 erforderlich ist.

§ 4e

Information, Auskunft und Akteneinsicht

(1) Sind personenbezogene Daten in Akten gespeichert, so kann die betroffene Person, ihre gesetzliche Vertreterin oder ihr gesetzlicher Vertreter oder die für die Personensorge bevollmächtigte Person bei der personenbezogene Daten verarbeitenden Stelle nach § 4a Absatz 1 Einsicht in die Akten verlangen. Dieses Recht besteht zusätzlich zu den Rechten aus Artikel 15 der Verordnung (EU) 2016/679. Werden die Akten zur Person geführt, so hat die Einsicht begehrende Person sie zu bezeichnen. Werden die Akten nicht zur Person geführt, so hat die Einsicht begehrende Person Angaben zu machen, die das Auffinden der zu der betroffenen Person gespeicherten Daten mit angemessenem Aufwand ermöglichen. Die Einsichtnahme ist unzulässig, wenn die Daten der betroffenen Person mit Daten Dritter oder geheimhaltungsbedürftigen nicht personenbezogenen Daten derart verbunden sind, dass ihre Trennung auch durch Vervielfältigung und Unkenntlichmachung nicht oder nur mit unverhältnismäßig großem Aufwand möglich ist; in diesem Fall ist der Einsicht begehrenden Person Auskunft nach Artikel 15 der Verordnung (EU) 2016/679 zu erteilen. Im Übrigen kann mit Einwilligung der Einsicht begehrenden Person statt Einsicht Auskunft gewährt werden.

(2) Enthalten die zu einer Person gespeicherten Daten Angaben über ihre gesundheitlichen Verhältnisse, soll die personenbezogene Daten verarbeitende Stelle nach § 4a Absatz 1 im Einzelfall die Auskunft über die gespeicherten Daten oder die Akteneinsicht durch eine Ärztin oder einen Arzt vermitteln lassen, wenn andernfalls eine unverhältnismäßige Beeinträchtigung der Gesundheit der betroffenen Person zu befürchten ist. Die Notwendigkeit der Vermittlung ist zu begründen und schriftlich in der Akte festzuhalten.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten nicht, soweit eine Abwägung ergibt, dass die dort gewährten Rechte hinter dem öffentlichen Interesse an der Geheimhaltung oder einem überwiegenden Interesse Dritter aus zwingenden Gründen zurücktreten müssen. Gleiches gilt, wenn der Auskunft oder der Einsicht erhebliche therapeutische Gründe entgegenstehen. Die wesentlichen Gründe sind der Antragstellerin oder dem Antragsteller im Einzelnen mitzuteilen. Die Entscheidung trifft die Leiterin oder der Leiter der personenbezogene Daten verarbeitenden Stelle nach § 4a Absatz 1 oder deren oder dessen Stellvertreterin oder Stellvertreter. Die Ablehnung des Antrags auf Auskunft oder Einsichtnahme erfolgt durch schriftlichen Verwaltungsakt gegenüber der betroffenen Person, ihrer gesetzlichen Vertreterin oder ihrem gesetzlichen Vertreter oder der für die Personensorge bevollmächtigten Person und ist schriftlich zu begründen.

Werden Auskunft oder Einsicht nicht gewährt, so ist die Antragstellerin oder der Antragsteller darauf hinzuweisen, dass sie oder er sich an die Berliner Beauftragte oder den Berliner Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit wenden kann. Die personenbezogene Daten verarbeitende Stelle nach § 4a Absatz 1 muss der oder dem Berliner Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit die Gründe der Auskunfts- oder Einsichtsverweigerung darlegen. Im Übrigen gelten die Bestimmungen des § 17 Absatz 4 und des § 24 Absatz 1 bis 4 des Berliner Datenschutzgesetzes.

(4) Im Fall des Todes der betroffenen Person stehen die Rechte aus den Absätzen 1 und 2 zur Wahrnehmung der vermögensrechtlichen Interessen den Erben oder Erben der betroffenen Person zu. Gleiches gilt für die nächsten Angehörigen der betroffenen Person, soweit sie immaterielle Interessen geltend machen. Nächste Angehörige im Sinne von Satz 2 sind die Ehegattin oder der Ehegatte, die Lebenspartnerin oder der Lebenspartner, Kinder, Eltern, Geschwister oder die Person, mit der die verstorbene Person in einer auf Dauer angelegten Lebensgemeinschaft gelebt hat. Die Rechte sind ausgeschlossen, soweit der Auskunft oder Einsichtnahme der ausdrückliche oder mutmaßliche Wille der betroffenen Person entgegensteht.

§ 4f

Verordnungsermächtigung

Die für das Gesundheitswesen zuständige Senatsverwaltung wird ermächtigt, Näheres zur Verarbeitung personenbezogener Daten durch den öffentlichen Gesundheitsdienst, insbesondere zu technisch-organisatorischen Abläufen, durch Rechtsverordnung zu regeln.

§ 5

Integrierte Gesundheitsberichterstattung

(1) Bei der integrierten Gesundheitsberichterstattung handelt es sich um eine verdichtete, zielorientierte und zielgruppenorientierte Darstellung und beschreibende Bewertung von Daten und Informationen, die für die Gesundheit und die soziale Lage der Bevölkerung, das Gesundheitswesen und für die die gesundheitliche und soziale Situation beeinflussenden Lebens- und Umweltbedingungen bedeutsam sind. Sie dient als Planungsgrundlage für die Entwicklung und Durchführung von konkreten Maßnahmen und deren Evaluation. Durch sie werden das Abgeordnetenhaus und bei bezirklicher Berichterstattung die jeweiligen Bezirksverordnetenversammlungen und die Bürgerinnen und Bürger über die gesundheitliche und soziale Lage der Bevölkerung informiert; ihre Datenbestände werden der Wissenschaft zu Forschungszwecken zur Verfügung gestellt. Der sozialraumorientierten Berichterstattung kommt ein besonderes Gewicht zu. Die Berichterstattung umfasst ein durch Informationstechnik gestütztes regelmäßiges Gesundheitsmonitoring (Basisindikatoren) und Berichte, die Schwerpunktthemen auf der Grundlage der Indikatoren und besondere Probleme von regionaler, epidemiologischer und sozialstruktureller Bedeutung aufgreifen oder vertiefen. Die

Vorgaben des § 16 des Landesstatistikgesetzes sind analog einzuhalten; Einzelangaben unterliegen der statistischen Geheimhaltung gemäß § 16 des Landesstatistikgesetzes in der jeweils geltenden Fassung.

(2) Der öffentliche Gesundheitsdienst schreibt jährlich Basisindikatoren fort und gewährleistet durch seine Informationstechnik Zugänglichkeit für die Adressaten der Berichterstattung. Darüber hinaus legt er Berichte vor, die über die gesundheitlichen und sozialen Verhältnisse in seinem Zuständigkeitsbereich Auskunft geben. Dazu stellt er im Zusammenwirken mit den im Gesundheits- und Sozialbereich tätigen Verwaltungen, Körperschaften, Verbänden, Vereinigungen und Einrichtungen auf Bezirks- und Landesebene die bedeutsamen Daten und Erkenntnisse zusammen und gewährleistet ihre Auswertung. Die Dienststellen des Landes Berlin sind verpflichtet, mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst zur Erstellung der Berichte zusammenzuarbeiten und die notwendigen Daten zur Verfügung zu stellen. Die für das Gesundheitswesen zuständige Senatsverwaltung koordiniert die Berichterstattungen und legt Gesamtberichte für das Land vor. Die Zusammenführung von Einzelangaben mit anderen Angaben zur Herstellung eines Personenbezuges ist untersagt.

(3) Zur Erfüllung der Berichtspflichten für die integrierte Gesundheitsberichterstattung werden Statistiken basierend auf Einzeldaten insbesondere zu folgenden Bereichen erstellt:

1. Gesundheitszustand von ausgewählten Bevölkerungsgruppen, insbesondere Untersuchungen nach dem Kindertagesförderungsgesetz vom 23. Juni 2005 (GVBl. S. 322), das zuletzt durch Artikel 30 des Gesetzes vom 12. Oktober 2020 (GVBl. S. 807) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung und dem Schulgesetz und
2. Gesundheitsförderung und Prävention, Gesundheitshilfe, Gesundheitsaufsicht, gesundheitlicher Verbraucherschutz.

Personenbezogene Daten dürfen nur in pseudonymisierter Form übermittelt werden. Die für das Gesundheitswesen zuständige Senatsverwaltung wird ermächtigt, die Art der Erhebungen, den Umfang der Hilfs- und Erhebungsmerkmale, die Berichtszeiträume oder -zeitpunkte und die Periodizität dieser Statistiken durch Rechtsverordnung zu regeln. Soweit in diesem Gesetz oder in einer Rechtsverordnung auf Grund dieses Gesetzes nichts anderes bestimmt wird, gelten die Regelungen des § 26 des Berliner Datenschutzgesetzes.

5. Infektionsschutzgesetz

vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), zuletzt geändert durch Artikel 8v des Gesetzes vom 12. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 359)

§ 6

Meldepflichtige Krankheiten

(1) Namentlich ist zu melden:

1. der Verdacht einer Erkrankung, die Erkrankung sowie der Tod in Bezug auf die folgenden Krankheiten:

[...]

- e) akute Virushepatitis,

[...]

Die Meldung nach Satz 1 hat gemäß § 8 Absatz 1 Nummer 1, 3 bis 8, § 9 Absatz 1, 2, 3 Satz 1 oder 3 zu erfolgen.

§ 7

Meldepflichtige Nachweise von Krankheitserregern

(1) Namentlich ist bei folgenden Krankheitserregern, soweit nicht anders bestimmt, der direkte oder indirekte Nachweis zu melden, soweit die Nachweise auf eine akute Infektion hinweisen:

[...]

21. Hepatitis-B-Virus; Meldepflicht für alle Nachweise

22. Hepatitis-C-Virus; Meldepflicht für alle Nachweise

[...]

Die Meldung nach Satz 1 hat gemäß § 8 Absatz 1 Nummer 2, 3, 4 oder Absatz 4, § 9 Absatz 1, 2, 3 Satz 1 oder 3 zu erfolgen.

§ 8

Zur Meldung verpflichtete Personen

(1) Zur Meldung sind verpflichtet:

1. im Falle des § 6 der feststellende Arzt sowie bei der Anwendung patientennaher Schnelltests bei Dritten die feststellende Person, wenn sie nach § 24 Satz 2 oder aufgrund einer Rechtsverordnung nach § 24 Satz 3 Nummer 1 zu solchen Schnelltests befugt ist; in Einrichtungen nach § 23 Absatz 5 Satz 1 ist für die Einhaltung der Meldepflicht neben dem feststellenden Arzt auch der leitende Arzt, in Krankenhäusern mit mehreren selbständigen Abteilungen der leitende Abteilungsarzt, in Einrichtungen ohne leitenden Arzt der behandelnde Arzt verantwortlich,
2. im Falle des § 7 die Leiter von Medizinaluntersuchungsämtern und sonstigen privaten oder öffentlichen Untersuchungsstellen einschließlich von Arztpraxen mit Infektionserregerdiagnostik und Krankenhauslaboratorien sowie Zahnärzte und Tierärzte, wenn sie aufgrund einer Rechtsverordnung nach § 24 Satz 3 Nummer 2 befugt sind, im Rahmen einer Labordiagnostik den direkten oder indirekten Nachweis eines Krankheitserregers zu führen,
3. im Falle der §§ 6 und 7 auch die Leiter von Einrichtungen der pathologisch-anatomischen Diagnostik,
4. im Falle des § 6 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 und im Falle des § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 38 bei Tieren, mit denen Menschen Kontakt gehabt haben, auch der Tierarzt,

5. im Falle des § 6 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1, 2 und 5 und Absatz 3 auch Angehörige eines anderen Heil- oder Pflegeberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung oder Anerkennung erfordert,
 6. im Falle des § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 auch die für die Durchführung der Schutzimpfung verantwortliche Person; bei Schutzimpfungen, die durch Apotheker für öffentliche Apotheken durchgeführt werden, anstelle der für die Schutzimpfung verantwortlichen Person der Leiter der öffentlichen Apotheke,
 7. im Fall des § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 2 und 5 auch die Leiter von den in § 35 Absatz 1 Satz 1 und § 36 Absatz 1 genannten Einrichtungen und Unternehmen,
 8. im Falle des § 6 Absatz 1 Satz 1 auch der Heilpraktiker.
- (2) Die Meldepflicht besteht nicht für Personen des Not- und Rettungsdienstes, wenn der Patient unverzüglich in eine ärztlich geleitete Einrichtung gebracht wurde. Die Meldepflicht besteht für die in Absatz 1 Nr. 5 bis 7 bezeichneten Personen nur, wenn ein Arzt nicht hinzugezogen wurde.
- (3) Die Meldepflicht besteht nicht, wenn dem Meldepflichtigen ein Nachweis vorliegt, dass die Meldung bereits erfolgte und andere als die bereits gemeldeten Angaben nicht erhoben wurden. Eine Meldepflicht besteht ebenfalls nicht für Erkrankungen, bei denen der Verdacht bereits gemeldet wurde und andere als die bereits gemeldeten Angaben nicht erhoben wurden.
- (4) Absatz 1 Nr. 2 gilt entsprechend für Personen, die die Untersuchung zum Nachweis von Krankheitserregern außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzes durchführen lassen.

§ 34

Gesundheitliche Anforderungen, Mitwirkungspflichten, Aufgaben des Gesundheitsamtes

(11) Bei Erstaufnahme in die erste Klasse einer allgemein bildenden Schule hat das Gesundheitsamt oder der von ihm beauftragte Arzt den Impfstatus zu erheben und die hierbei gewonnenen aggregierten und anonymisierten Daten über die oberste Landesgesundheitsbehörde dem Robert Koch-Institut zu übermitteln.

6. Kindertagesförderungsgesetz

vom 23. Juni 2005 (GVBl. 322), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 27. August 2021 (GVBl. S. 995)

§ 9

Gesundheitsvorsorge

(2) Der öffentliche Gesundheitsdienst führt in den Tageseinrichtungen und Kindertagespflegestellen für alle Kinder zahnärztliche Reihenuntersuchungen und in der Alters-

gruppe der dreieinhalb- bis viereinhalbjährigen Kinder eine einmalige ärztliche Untersuchung auf Seh- und Hörstörungen sowie motorische und Sprachauffälligkeiten und eine Überprüfung des Impfstatus durch, soweit dies nicht auf Grund anderer Maßnahmen der Vorsorge entbehrlich ist. Er führt bei Bedarf in Ergänzung anderer Vorsorgeangebote vorzugsweise nach sozialkompensatorischen Kriterien weitere Untersuchungen durch. Zur Vorbereitung der Untersuchungen übermitteln die jeweiligen Träger der Einrichtung und die Tagespflegepersonen dem Gesundheitsamt eine Liste der betreuten Kinder, die an der Untersuchung teilnehmen, unter Angabe von Namen, Anschrift und Geburtsdatum der Kinder und Namen und Anschrift ihrer Personensorgeberechtigten. Diese Liste darf nur die Daten zu den Kindern enthalten, deren Eltern in die Untersuchungen eingewilligt haben. Das Nähere zu Umfang und Inhalt der Untersuchungen regelt der Senat durch Rechtsverordnung.

7. Landesstatistikgesetz

vom 9. Dezember 1992 (GVBl. S. 365), zuletzt geändert durch Artikel 50 des Gesetzes vom 12. Oktober 2020 (GVBl. S. 807)

§ 10

Erhebungs- und Hilfsmerkmale

(1) Landesstatistiken werden auf der Grundlage von Erhebungs- und Hilfsmerkmalen erstellt. Erhebungsmerkmale umfassen Angaben über persönliche und sachliche Verhältnisse, die zur statistischen Verwendung bestimmt sind. Hilfsmerkmale sind Angaben, die der technischen Durchführung von Landesstatistiken dienen. Für andere Zwecke dürfen sie nur verwendet werden, soweit Absatz 2, § 23 oder ein anderes Gesetz es zulassen.

§ 16

Geheimhaltung

(1) Einzelangaben über persönliche und sachliche Verhältnisse, die für eine Landesstatistik gemacht worden sind, sind von den Amtsträgern und für den öffentlichen Dienst besonders Verpflichteten, die mit der Durchführung von Landesstatistiken betraut sind, geheimzuhalten, soweit durch besondere Rechtsvorschrift nichts anderes bestimmt ist. Dies gilt nicht für

1. Einzelangaben, in deren Übermittlung oder Veröffentlichung der Befragte schriftlich eingewilligt hat,
2. Einzelangaben aus allgemein zugänglichen Quellen, wenn sie sich auf Verwaltungsstellen Berlins beziehen, auch soweit eine Auskunftspflicht auf Grund einer Statistik anordnenden Rechtsvorschrift besteht,
3. Einzelangaben, die vom Amt für Statistik Berlin-Brandenburg mit den Einzelangaben anderer Befragter zusammengefaßt und in statistischen Ergebnissen dargestellt sind,
4. Einzelangaben, wenn sie dem Befragten oder Betroffenen nicht zuzuordnen sind.

(2) Die Übermittlung von Einzelangaben zwischen den mit der Durchführung einer Landesstatistik amtlich betrauten Stellen und Personen ist zulässig, soweit dies zur Erstellung der Landesstatistik erforderlich ist.

(3) Für die Erstellung der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen des Bundes und der Länder darf das Amt für Statistik Berlin-Brandenburg Einzelangaben aus Landesstatistiken an das Statistische Bundesamt und die statistischen Ämter der Länder übermitteln.

(4) Die Übermittlung von Einzelangaben aus Landesstatistiken an gesetzgebende Körperschaften oder oberste Bundes- oder Landesbehörden ist nur zulässig, soweit dies die eine Landesstatistik anordnenden Rechtsvorschriften zulassen.

(5) Die Pflicht zur Geheimhaltung nach Absatz 1 besteht auch für Personen, die Empfänger von Einzelangaben sind.

8. Schulgesetz

vom 26. Januar 2004 (GVBl. S. 26), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 10. Juli 2024 (GVBl. S. 465)

§ 52

Schulgesundheitspflege, Untersuchungen

(1) Die Schulgesundheitspflege umfasst die Aufgaben nach dem Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), zuletzt geändert durch Artikel 12 des Gesetzes vom 24. Dezember 2003 (BGBl. I S. 2954), in der jeweils geltenden Fassung und die Maßnahmen der schulärztlichen und schulzahnärztlichen Reihenuntersuchungen sowie die sonstige Gesundheitsförderung in der Schule, insbesondere Fragen der gesunden Ernährung und die Suchtprophylaxe. Die ärztlichen und zahnärztlichen Aufgaben der Schulgesundheitspflege werden von den Gesundheitsämtern durchgeführt und unterliegen nicht der Schulaufsicht; sie gelten als verbindliche Veranstaltungen der Schule.

(2) Soweit nach diesem Gesetz oder einer anderen Rechtsvorschrift schulärztliche, schulzahnärztliche oder schulpsychologische Untersuchungen sowie Verfahren zur Feststellung von sonderpädagogischem Förderbedarf, von Hochbegabung sowie der Kenntnisse in der deutschen Sprache vorgesehen sind, sind die Kinder sowie Schülerinnen und Schüler verpflichtet, sich untersuchen zu lassen und an wissenschaftlich anerkannten Testverfahren teilzunehmen. Kinder, Schülerinnen und Schüler sowie deren Erziehungsberechtigte sind verpflichtet, die erforderlichen Angaben zu machen; Fragen zur Persönlichkeitssphäre, die keinen unmittelbaren Bezug zum Untersuchungsgegenstand haben, dürfen nicht gestellt werden.

(2a) Die Beschulung von Schülerinnen und Schülern mit besonderen medizinischen Belangen im Rahmen der medizinischen Indikation wird ermöglicht; § 43b Absatz 1 bleibt unberührt. Leistungen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S.

2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 30. Mai 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 173) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung sind vorrangig.

(3) Schülerinnen und Schüler sowie deren Erziehungsberechtigte sind über Maßnahmen nach Absatz 2 zu informieren; ihnen ist Gelegenheit zur Besprechung der Ergebnisse zu geben und Einsicht in die Unterlagen nach Maßgabe des § 64 Absatz 9 zu gewähren. Gegenüber den Gesundheitsämtern bestehende Einsichts- und Auskunftsrechte der Schülerinnen und Schüler sowie deren Erziehungsberechtigter sind hiervon unberührt.

(4) Aus dem Ausland zuziehende Schülerinnen und Schüler sind verpflichtet, sich schulärztlich untersuchen zu lassen, sofern sie nicht an der Schuleingangsuntersuchung nach § 55a Absatz 6 teilgenommen haben.

(5) Im Schulgebäude und auf dem Schulgelände darf nicht geraucht werden.

§ 55

Sprachstandsfeststellung und Sprachförderung

(1) Kinder, die im übernächsten Schuljahr regelmäßig schulpflichtig werden, sind verpflichtet, an einem standardisierten Sprachstandsfeststellungsverfahren teilzunehmen. Für die Kinder, die bereits eine nach § 23 des Kindertagesförderungsgesetzes vom 23. Juni 2005 (GVBl. S. 322), das zuletzt durch Artikel II des Gesetzes vom 13. Juli 2011 (GVBl. S. 344) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung öffentlich finanzierte Tageseinrichtung der Jugendhilfe oder eine öffentlich finanzierte Tagespflegestelle besuchen, wird das Sprachstandsfeststellungsverfahren bis zum 31. Mai in der besuchten Tageseinrichtung oder Tagespflegestelle durchgeführt. Für die übrigen Kinder findet das Sprachstandsfeststellungsverfahren bis zum 15. Januar in zuvor von der Schulaufsichtsbehörde benannten Tageseinrichtungen der Jugendhilfe statt.

(2) Kinder, bei denen festgestellt wird, dass sie nicht über hinreichende Kenntnisse der deutschen Sprache für eine erfolgreiche Teilnahme am Schulunterricht verfügen, erhalten eine vorschulische Sprachförderung. Für Kinder, die bereits eine nach § 23 des Kindertagesförderungsgesetzes öffentlich finanzierte Tageseinrichtung der Jugendhilfe oder eine öffentlich finanzierte Tagespflegestelle besuchen, findet die Sprachförderung im Rahmen des Besuchs der Tageseinrichtung oder der Tagespflegestelle statt (§ 5a des Kindertagesförderungsgesetzes). Die übrigen Kinder mit festgestelltem Sprachförderbedarf werden von der zuständigen Schulbehörde für die Dauer der letzten 18 Monate vor Beginn der regelmäßigen Schulpflicht zur Teilnahme an einer vorschulischen Sprachförderung im Umfang von täglich sieben Stunden regelmäßig an fünf Tagen in der Woche verpflichtet. Diese vorschulische Sprachförderung wird im Auftrag der Schule und unter schulischer Aufsicht in Tageseinrichtungen der Jugendhilfe durchgeführt.

(3) Die Erziehungsberechtigten verantworten die Teilnahme ihres Kindes am Sprachstandsfeststellungsverfahren und bei festgestelltem Sprachförderbedarf an der vorschulischen Sprachförderung. Die Erziehungsberechtigten werden durch die zustän-

dige Schulbehörde bei der Suche nach einem Sprachförderangebot individuell beraten und unterstützt. Kann die Inanspruchnahme der verpflichtenden Sprachförderung nach Absatz 2 nicht spätestens einen Monat nach Zugang des Bescheids zur Teilnahme an der verpflichtenden Sprachförderung durch die Erziehungsberechtigten gegenüber der zuständigen Schulbehörde nachgewiesen werden, erfolgt die Zuweisung eines Sprachförderangebots durch die zuständige Schulbehörde. Die Eltern sind in diesem Fall verpflichtet, der Zuweisung Folge zu leisten. Zur bedarfsgerechten Bereitstellung der Sprachförderangebote kooperiert die zuständige Schulbehörde mit dem zuständigen Jugendamt.

(4) Widerspruch und Anfechtungsklage gegen die Verpflichtung zur Teilnahme

1. am Sprachstandsfeststellungsverfahren sowie
2. an der vorschulischen Sprachförderung

haben keine aufschiebende Wirkung.

(5) Die für das Schulwesen zuständige Senatsverwaltung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung im Einvernehmen mit der für Jugend zuständigen Senatsverwaltung für die Kinder, die nicht bereits eine Förderung in einer Tageseinrichtung der Jugendhilfe oder einer Tagespflegestelle im Sinne von Absatz 1 Satz 2 erhalten, den konkreten Termin der jährlichen Sprachstandsfeststellung festzulegen. Die für das Schulwesen zuständige Senatsverwaltung wird ferner ermächtigt, im Benehmen mit der für Jugend zuständigen Senatsverwaltung für die in Satz 1 genannten Kinder das Nähere über die Feststellung des Sprachstands und die vorschulischen Sprachfördermaßnahmen durch Rechtsverordnung zu regeln, insbesondere das Verfahren der Sprachstandsfeststellung, Ausnahmen von der Verpflichtung zur Teilnahme an der Sprachstandsfeststellung und Sprachförderung, die Zuweisung eines Sprachförderangebots, Ort und Umfang der Sprachförderung, das Mittagessen, die personelle Ausstattung, die Auswahl der Träger der Einrichtungen im Sinne von Absatz 1 Satz 3 und deren Finanzierung.

§ 55a

Aufnahme in die Grundschule

(6) Die Erziehungsberechtigten sind verpflichtet, ihre Kinder vor Aufnahme in die Schule schulärztlich untersuchen zu lassen.

9. Achtes Buch Sozialgesetzbuch

Achtes Buch Sozialgesetzbuch – Kinder und Jugendhilfe – in der Fassung der Bekanntmachung vom 11. September 2012 (BGBl. I S. 2022), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 3. April 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 107)

§ 35a

Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit seelischer Behinderung oder drohender seelischer Behinderung

(1) Kinder oder Jugendliche haben Anspruch auf Eingliederungshilfe, wenn

1. ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht, und
2. daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist.

Von einer seelischen Behinderung bedroht im Sinne dieser Vorschrift sind Kinder oder Jugendliche, bei denen eine Beeinträchtigung ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist. § 27 Absatz 4 gilt entsprechend.

(1a) Hinsichtlich der Abweichung der seelischen Gesundheit nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 hat der Träger der öffentlichen Jugendhilfe die Stellungnahme

1. eines Arztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
2. eines Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, eines Psychotherapeuten mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen oder
3. eines Arztes oder eines psychologischen Psychotherapeuten, der über besondere Erfahrungen auf dem Gebiet seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen verfügt,

einzuholen. Die Stellungnahme ist auf der Grundlage der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte herausgegebenen deutschen Fassung zu erstellen. Dabei ist auch darzulegen, ob die Abweichung Krankheitswert hat oder auf einer Krankheit beruht. Enthält die Stellungnahme auch Ausführungen zu Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, so sollen diese vom Träger der öffentlichen Jugendhilfe im Rahmen seiner Entscheidung angemessen berücksichtigt werden. Die Hilfe soll nicht von der Person oder dem Dienst oder der Einrichtung, der die Person angehört, die die Stellungnahme abgibt, erbracht werden.

(2) Die Hilfe wird nach dem Bedarf im Einzelfall

1. in ambulanter Form,
2. in Tageseinrichtungen für Kinder oder in anderen teilstationären Einrichtungen,
3. durch geeignete Pflegepersonen und
4. in Einrichtungen über Tag und Nacht sowie sonstigen Wohnformen geleistet.

(3) Aufgabe und Ziele der Hilfe, die Bestimmung des Personenkreises sowie Art und Form der Leistungen richten sich nach Kapitel 6 des Teils 1 des Neunten Buches sowie § 90 und den Kapiteln 3 bis 6 des Teils 2 des Neunten Buches, soweit diese Bestimmungen auch auf seelisch behinderte oder von einer solchen Behinderung bedrohte Personen Anwendung finden und sich aus diesem Buch nichts anderes ergibt.

(4) Ist gleichzeitig Hilfe zur Erziehung zu leisten, so sollen Einrichtungen, Dienste und Personen in Anspruch genommen werden, die geeignet sind, sowohl die Aufgaben der Eingliederungshilfe zu erfüllen als auch den erzieherischen Bedarf zu decken. Sind heilpädagogische Maßnahmen für Kinder, die noch nicht im schulpflichtigen Alter sind, in Tageseinrichtungen für Kinder zu gewähren und lässt der Hilfebedarf es zu, so sollen Einrichtungen in Anspruch genommen werden, in denen behinderte und nicht behinderte Kinder gemeinsam betreut werden.

10. Fünftes Buch Sozialgesetzbuch

Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt geändert durch Artikel 21 des Gesetzes vom 2. Dezember 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 301)

§ 21

Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe)

(1) Die Krankenkassen haben im Zusammenwirken mit den Zahnärzten und den für die Zahngesundheitspflege in den Ländern zuständigen Stellen unbeschadet der Aufgaben anderer gemeinsam und einheitlich Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen ihrer Versicherten, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, zu fördern und sich an den Kosten der Durchführung zu beteiligen. Sie haben auf flächendeckende Maßnahmen hinzuwirken. In Schulen und Behinderteneinrichtungen, in denen das durchschnittliche Kariesrisiko der Schüler überproportional hoch ist, werden die Maßnahmen bis zum 16. Lebensjahr durchgeführt. Die Maßnahmen sollen vorrangig in Gruppen, insbesondere in Kindergärten und Schulen, durchgeführt werden; sie sollen sich insbesondere auf die Untersuchung der Mundhöhle, Erhebung des Zahnstatus, Zahnschmelzhärtung, Ernährungsberatung und Mundhygiene erstrecken. Für Kinder mit besonders hohem Kariesrisiko sind spezifische Programme zu entwickeln.

(2) Zur Durchführung der Maßnahmen nach Absatz 1 schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen mit den zuständigen Stellen nach Absatz 1 Satz 1 gemeinsame Rahmenvereinbarungen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen insbesondere über Inhalt, Finanzierung, nicht versichertenbezogene Dokumentation und Kontrolle zu beschließen.

(3) Kommt eine gemeinsame Rahmenvereinbarung nach Absatz 2 Satz 1 nicht zustande, werden Inhalt, Finanzierung, nicht versichertenbezogene Dokumentation und Kontrolle unter Berücksichtigung der bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen durch Rechtsverordnung der Landesregierung bestimmt.

11. Neuntes Buch Sozialgesetzbuch

vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234), zuletzt geändert durch Artikel 6 des Gesetzes vom 22. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 412)

§ 99

Leistungsberechtigung, Verordnungsermächtigung

(1) Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten Menschen mit Behinderungen im Sinne von § 2 Absatz 1 Satz 1 und 2, die wesentlich in der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft eingeschränkt sind (wesentliche Behinderung) oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind, wenn und solange nach der Besonderheit

des Einzelfalles Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe nach § 90 erfüllt werden kann.

(2) Von einer wesentlichen Behinderung bedroht sind Menschen, bei denen der Eintritt einer wesentlichen Behinderung nach fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist.

(3) Menschen mit anderen geistigen, seelischen, körperlichen oder Sinnesbeeinträchtigungen, durch die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren in der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft eingeschränkt sind, können Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten.

(4) Die Bundesregierung kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Bestimmungen über die Konkretisierung der Leistungsberechtigung in der Eingliederungshilfe erlassen. Bis zum Inkrafttreten einer nach Satz 1 erlassenen Rechtsverordnung gelten die §§ 1 bis 3 der Eingliederungshilfe-Verordnung in der am 31. Dezember 2019 geltenden Fassung entsprechend.

12. 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)

Artikel 4

Begriffsbestimmungen

Im Sinne dieser Verordnung bezeichnet der Ausdruck:

1. „personenbezogene Daten“ alle Informationen, die sich auf eine identifizierte oder identifizierbare natürliche Person (im Folgenden „betroffene Person“) beziehen; als identifizierbar wird eine natürliche Person angesehen, die direkt oder indirekt, insbesondere mittels Zuordnung zu einer Kennung wie einem Namen, zu einer Kennnummer, zu Standortdaten, zu einer Online-Kennung oder zu einem oder mehreren besonderen Merkmalen, die Ausdruck der physischen, physiologischen, genetischen, psychischen, wirtschaftlichen, kulturellen oder sozialen Identität dieser natürlichen Person sind, identifiziert werden kann;
2. „Verarbeitung“ jeden mit oder ohne Hilfe automatisierter Verfahren ausgeführten Vorgang oder jede solche Vorgangsreihe im Zusammenhang mit personenbezogenen Daten wie das Erheben, das Erfassen, die Organisation, das Ordnen, die Speicherung, die Anpassung oder Veränderung, das Auslesen, das Abfragen, die Verwendung, die Offenlegung durch Übermittlung, Verbreitung oder eine andere Form der Bereitstellung, den Abgleich oder die Verknüpfung, die Einschränkung, das Löschen oder die Vernichtung;

Artikel 5

Grundsätze für die Verarbeitung personenbezogener Daten

- (1) Personenbezogene Daten müssen
- a) auf rechtmäßige Weise, nach Treu und Glauben und in einer für die betroffene Person nachvollziehbaren Weise verarbeitet werden („Rechtmäßigkeit, Verarbeitung nach Treu und Glauben, Transparenz“);
 - b) für festgelegte, eindeutige und legitime Zwecke erhoben werden und dürfen nicht in einer mit diesen Zwecken nicht zu vereinbarenden Weise weiterverarbeitet werden; eine Weiterverarbeitung für im öffentlichen Interesse liegende Archivzwecke, für wissenschaftliche oder historische Forschungszwecke oder für statistische Zwecke gilt gemäß Artikel 89 Absatz 1 nicht als unvereinbar mit den ursprünglichen Zwecken („Zweckbindung“);
 - c) dem Zweck angemessen und erheblich sowie auf das für die Zwecke der Verarbeitung notwendige Maß beschränkt sein („Datenminimierung“);
 - d) sachlich richtig und erforderlichenfalls auf dem neuesten Stand sein; es sind alle angemessenen Maßnahmen zu treffen, damit personenbezogene Daten, die im Hinblick auf die Zwecke ihrer Verarbeitung unrichtig sind, unverzüglich gelöscht oder berichtigt werden („Richtigkeit“);
 - e) in einer Form gespeichert werden, die die Identifizierung der betroffenen Personen nur so lange ermöglicht, wie es für die Zwecke, für die sie verarbeitet werden, erforderlich ist; personenbezogene Daten dürfen länger gespeichert werden, soweit die personenbezogenen Daten vorbehaltlich der Durchführung geeigneter technischer und organisatorischer Maßnahmen, die von dieser Verordnung zum Schutz der Rechte und Freiheiten der betroffenen Person gefordert werden, ausschließlich für im öffentlichen Interesse liegende Archivzwecke oder für wissenschaftliche und historische Forschungszwecke oder für statistische Zwecke gemäß Artikel 89 Absatz 1 verarbeitet werden („Speicherbegrenzung“);
 - f) in einer Weise verarbeitet werden, die eine angemessene Sicherheit der personenbezogenen Daten gewährleistet, einschließlich Schutz vor unbefugter oder unrechtmäßiger Verarbeitung und vor unbeabsichtigtem Verlust, unbeabsichtigter Zerstörung oder unbeabsichtigter Schädigung durch geeignete technische und organisatorische Maßnahmen („Integrität und Vertraulichkeit“).

Artikel 9

Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten

- (1) Die Verarbeitung personenbezogener Daten, aus denen die rassische und ethnische Herkunft, politische Meinungen, religiöse oder weltanschauliche Überzeugungen oder die Gewerkschaftszugehörigkeit hervorgehen, sowie die Verarbeitung von genetischen Daten, biometrischen Daten zur eindeutigen Identifizierung einer natürlichen Person, Gesundheitsdaten oder Daten zum Sexualleben oder der sexuellen Orientierung einer natürlichen Person ist untersagt.
- (2) Absatz 1 gilt nicht in folgenden Fällen:

- a) Die betroffene Person hat in die Verarbeitung der genannten personenbezogenen Daten für einen oder mehrere festgelegte Zwecke ausdrücklich eingewilligt, es sei denn, nach Unionsrecht oder dem Recht der Mitgliedstaaten kann das Verbot nach Absatz 1 durch die Einwilligung der betroffenen Person nicht aufgehoben werden,
- b) die Verarbeitung ist erforderlich, damit der Verantwortliche oder die betroffene Person die ihm bzw. ihr aus dem Arbeitsrecht und dem Recht der sozialen Sicherheit und des Sozialschutzes erwachsenden Rechte ausüben und seinen bzw. ihren diesbezüglichen Pflichten nachkommen kann, soweit dies nach Unionsrecht oder dem Recht der Mitgliedstaaten oder einer Kollektivvereinbarung nach dem Recht der Mitgliedstaaten, das geeignete Garantien für die Grundrechte und die Interessen der betroffenen Person vorsieht, zulässig ist,
- c) die Verarbeitung ist zum Schutz lebenswichtiger Interessen der betroffenen Person oder einer anderen natürlichen Person erforderlich und die betroffene Person ist aus körperlichen oder rechtlichen Gründen außerstande, ihre Einwilligung zu geben,
- d) die Verarbeitung erfolgt auf der Grundlage geeigneter Garantien durch eine politisch, weltanschaulich, religiös oder gewerkschaftlich ausgerichtete Stiftung, Vereinigung oder sonstige Organisation ohne Gewinnerzielungsabsicht im Rahmen ihrer rechtmäßigen Tätigkeiten und unter der Voraussetzung, dass sich die Verarbeitung ausschließlich auf die Mitglieder oder ehemalige Mitglieder der Organisation oder auf Personen, die im Zusammenhang mit deren Tätigkeitszweck regelmäßige Kontakte mit ihr unterhalten, bezieht und die personenbezogenen Daten nicht ohne Einwilligung der betroffenen Personen nach außen offengelegt werden,
- e) die Verarbeitung bezieht sich auf personenbezogene Daten, die die betroffene Person offensichtlich öffentlich gemacht hat,
- f) die Verarbeitung ist zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen oder bei Handlungen der Gerichte im Rahmen ihrer justiziellen Tätigkeit erforderlich,
- g) die Verarbeitung ist auf der Grundlage des Unionsrechts oder des Rechts eines Mitgliedstaats, das in angemessenem Verhältnis zu dem verfolgten Ziel steht, den Wesensgehalt des Rechts auf Datenschutz wahrt und angemessene und spezifische Maßnahmen zur Wahrung der Grundrechte und Interessen der betroffenen Person vorsieht, aus Gründen eines erheblichen öffentlichen Interesses erforderlich,
- h) die Verarbeitung ist 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 Rechts eines Mitgliedstaats oder aufgrund eines Vertrags mit einem Angehörigen eines Gesundheitsberufs

und vorbehaltlich der in Absatz 3 genannten Bedingungen und Garantien erforderlich,

- i) die Verarbeitung ist aus Gründen des öffentlichen Interesses im Bereich der öffentlichen Gesundheit, wie dem Schutz vor schwerwiegenden grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren oder zur Gewährleistung hoher Qualitäts- und Sicherheitsstandards bei der Gesundheitsversorgung und bei Arzneimitteln und Medizinprodukten, auf der Grundlage des Unionsrechts oder des Rechts eines Mitgliedstaats, das angemessene und spezifische Maßnahmen zur Wahrung der Rechte und Freiheiten der betroffenen Person, insbesondere des Berufsgeheimnisses, vorsieht, erforderlich, oder
 - j) die Verarbeitung ist auf der Grundlage des Unionsrechts oder des Rechts eines Mitgliedstaats, das in angemessenem Verhältnis zu dem verfolgten Ziel steht, den Wesensgehalt des Rechts auf Datenschutz wahrt und angemessene und spezifische Maßnahmen zur Wahrung der Grundrechte und Interessen der betroffenen Person vorsieht, für im öffentlichen Interesse liegende Archivzwecke, für wissenschaftliche oder historische Forschungszwecke oder für statistische Zwecke gemäß Artikel 89 Absatz 1 erforderlich.
- (3) Die in Absatz 1 genannten personenbezogenen Daten dürfen zu den in Absatz 2 Buchstabe h genannten Zwecken verarbeitet werden, wenn diese Daten von Fachpersonal oder unter dessen Verantwortung verarbeitet werden und dieses Fachpersonal nach dem Unionsrecht oder dem Recht eines Mitgliedstaats oder den Vorschriften nationaler zuständiger Stellen dem Berufsgeheimnis unterliegt, oder wenn die Verarbeitung durch eine andere Person erfolgt, die ebenfalls nach dem Unionsrecht oder dem Recht eines Mitgliedstaats oder den Vorschriften nationaler zuständiger Stellen einer Geheimhaltungspflicht unterliegt.
- (4) Die Mitgliedstaaten können zusätzliche Bedingungen, einschließlich Beschränkungen, einführen oder aufrechterhalten, soweit die Verarbeitung von genetischen, biometrischen oder Gesundheitsdaten betroffen ist.