

Niedersächsisches Gesetz- und Verordnungsblatt

73. Jahrgang

Ausgegeben in Hannover am 30. Juli 2019

Nummer 12

INHALT

Tag		Seite
18. 7. 2019	Verordnung zur Änderung der Verordnung über die Todesbescheinigung	208
	21068	
19. 7. 2019	Verordnung zur Änderung der Verordnung über Mindestanforderungen an besondere Tageseinrichtungen für Kinder sowie über die Durchführung der Finanzhilfe	215
	21130	
19. 7. 2019	Verordnung zur Änderung der Verordnung über Zuständigkeiten auf dem Gebiet des Wasserrechts	216
	28200	
26. 7. 2019	Verordnung zur Änderung der Subdelegationsverordnung-Justiz	217
	30000	

**Verordnung
zur Änderung der Verordnung
über die Todesbescheinigung**

Vom 18. Juli 2019

Aufgrund des § 6 Abs. 3 des Gesetzes über das Leichen-, Bestattungs- und Friedhofswesen vom 8. Dezember 2005 (Nds. GVBl. S. 381), zuletzt geändert durch Gesetz vom 20. Juni 2018 (Nds. GVBl. S. 117), wird verordnet:

Artikel 1

Die Verordnung über die Todesbescheinigung vom 5. Juni 2009 (Nds. GVBl. S. 230), geändert durch Verordnung vom 15. Oktober 2014 (Nds. GVBl. S. 300), wird wie folgt geändert:

1. § 1 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 erhält folgende Fassung:

„(1) Für die Todesbescheinigung ist ein Vordruck nach dem Muster der Anlage 1 zu verwenden.“
 - b) In Absatz 2 Satz 1 werden die Worte „den Landesbetrieb für Statistik und Kommunikationstechnologie Niedersachsen“ durch die Worte „die Landesstatistikbehörde“ ersetzt.
 - c) Absatz 3 wird gestrichen.
2. § 2 Abs. 4 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 3 wird die Zahl „9“ durch die Zahl „7“ ersetzt.
 - b) Satz 4 erhält folgende Fassung:

„⁴Sie leitet die für die Landesstatistikbehörde und das Epidemiologische Krebsregister Niedersachsen bestimmten Blätter mindestens einmal monatlich gesammelt bis spätestens zum 10. eines jeden Folgemonats an die Landesstatistikbehörde weiter, die die Blätter nach der Überprüfung nach Satz 10 unverzüglich an das Epidemiologische Krebsregister Niedersachsen weiterleitet.“
 - c) Es werden die folgenden Sätze 5 bis 10 angefügt:

„⁵Soweit die technischen Voraussetzungen geschaffen sind, sind die Daten in Blatt 2 von der unteren Gesundheitsbehörde elektronisch zu erfassen und der Landesstatistikbehörde zu dem in Satz 4 genannten Termin elektronisch zu übermitteln. ⁶Die elektronische Übermittlung der Daten erfolgt durch strukturierte Datensätze und in der erforderlichen Qualität nach Maßgabe

der in der öffentlichen Verwaltung verwendeten offenen Standards. ⁷Es ist ein dem Stand der Technik entsprechendes Verschlüsselungsverfahren zu verwenden. ⁸Die in der Todesbescheinigung eingetragene Registernummer dient als Hilfsmerkmal. ⁹Die Landesstatistikbehörde überprüft, ob die elektronisch übermittelten Daten mit den Daten in Blatt 2 übereinstimmen. ¹⁰Stellt die Landesstatistikbehörde Abweichungen fest, so fordert sie die untere Gesundheitsbehörde auf, korrigierte Daten elektronisch zu übermitteln.“

3. § 3 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „6 bis 8 und 10 bis 20“ durch die Angabe „6 und 8 bis 18“ ersetzt.
 - b) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „10 bis 20“ durch die Angabe „8 bis 18“ ersetzt.
 - c) In Absatz 3 wird die Angabe „6 bis 8 und 10 bis 20“ durch die Angabe „6 und 8 bis 18“ ersetzt.
 - d) Absatz 4 Satz 1 erhält folgende Fassung:

„¹Ist von der Leichenschau aufgrund des § 4 Abs. 4 Satz 2 BestattG abgesehen worden oder wurde diese unterbrochen, so ist eine auf die getroffenen Feststellungen beschränkte Todesbescheinigung auszustellen.“
4. § 6 erhält folgende Fassung:

„§ 6

Übergangsvorschrift

Bis zum Ablauf des 31. Oktober 2019 dürfen die Vordrucke für die Todesbescheinigung nach dem Muster der Anlage 1 und der Umschlag nach dem Muster der Anlage 2 in der am 31. Juli 2019 geltenden Fassung weiter verwendet werden.“

5. Die Anlage 1 (zu § 1 Abs. 1) und die Anlage 2 (zu § 2 Abs. 1 Satz 1) erhalten die aus der **Anlage** ersichtliche Fassung.

Artikel 2

Diese Verordnung tritt am 1. August 2019 in Kraft.

Hannover, den 18. Juli 2019

**Niedersächsisches Ministerium für
Soziales, Gesundheit und Gleichstellung**

In Vertretung

Scholz

Staatssekretär

Zutreffendes bitte ankreuzen

1. Todesbescheinigung Niedersachsen		Nicht vollständig wegen:	Notfall/Rettungsdienst	Gefahr der Selbstbelastung	Blatt 1: Untere Gesundheitsbehörde	
2. Familienname, Vorname/n			Staatsangehörigkeit		Standesamt	
3. Wohnsitz: PLZ, Ort, Straße, Hausnummer			Wird vom Standesamt ausgefüllt		Sterbefall beurkundet, Register-Nr.	
4. Geburtsdatum		Geburtsort, Kreis, ggf. Land		Geschlecht		Eingang vorgemerkt
				<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> div.		<input type="checkbox"/> Erdbestattung <input type="checkbox"/> Feuerbestattung
5. Identifikation		<input type="checkbox"/> Persönlich bekannt <input type="checkbox"/> Angaben Angehöriger/Dritter		<input type="checkbox"/> Ausweis/Pass <input type="checkbox"/> Keine		
6. Todeszeitpunkt		Tag	Monat	Jahr	Stunden	Minuten
Falls Todeszeitpunkt nicht bestimmbar: mit Sicherheit noch gelebt		oder tot aufgefunden		Tag	Monat	Jahr
7. Sterbeort		<input type="checkbox"/> Sterbeort <input type="checkbox"/> Auffindungsort (Wenn Sterbeort unbekannt)		Zu Hause (Anschrift siehe oben) <input type="checkbox"/> Im Krankenhaus <input type="checkbox"/> Im Heim <input type="checkbox"/> Transport <input type="checkbox"/> Sonstiger Ort <input type="checkbox"/>		
Ergänzende Angaben zum Ort		Einrichtung: Name der Einrichtung, PLZ, Ort, Straße, Hausnummer; Angaben zu ungewöhnlichen Orten, z. B. Gemarkung, Flurstück, Kreis-/Land-/Bundesstraße				
Weitere Angaben						
8. Meldepflicht		1. Anhaltspunkten für einen Tod durch Selbsttötung, Unfall oder ein Einwirken Dritter (nicht natürlicher Tod) 2. Anhaltspunkten für einen Tod durch eine ärztliche oder pflegerische Fehlbehandlung 3. Anhaltspunkten für einen Tod aufgrund einer außergewöhnlichen Entwicklung im Verlauf der Behandlung 4. Eintritt des Todes während eines operativen Eingriffs oder innerhalb der darauf folgenden 24 Stunden 5. ungeklärter Todesursache (plötzlicher, unerklärlicher Tod eines gesunden Menschen) 6. einer nicht sicher zu identifizierenden Person 7. Todes im amtlichen Gewahrsam 8. einer verstorbenen Person vor Vollendung des 14. Lebensjahres, es sei denn, dass der Tod zweifelsfrei auf eine Vorerkrankung zurückzuführen ist 9. bereits fortgeschrittener oder erheblicher Veränderungen der Leiche				
(bitte zutreffende Nummer eintragen)						
Folgende Stelle		ist am		Datum	um	Uhrzeit
9. Warnhinweise (besondere Maßnahmen für Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung, Bestattung?)		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		folgende Hinweise bestehen:		
10. Infektionsschutz (bestehen Hinweise für eine Erkrankung im Sinne des IfSG?)		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		folgende Hinweise bestehen:		
11. Hausarzt/Hausärztin, ggf. zuletzt behandelnde/r Arzt/Ärztin		Name, Telefonnummer, Adresse				
12. Todesursache		Unter Todesursache fällt nicht die Art des Todeseintritts, wie z. B. Herz-/Kreislauf-Versagen, Atemstillstand usw., sondern die Krankheit, Verletzung, Komplikation, welche den Tod herbeiführt			Ungefähre Zeitspanne zwischen Beginn der Krankheit und Tod	
I. Direkt zum Tode führende Krankheit oder Zustand		a)				
Vorangegangene Ursachen: Krankheitszustände, welche zu der oben angeführten Ursache geführt haben, mit der ursprünglichen Ursache an letzter Stelle		b) bedingt durch (Folge von)				
II. Andere wesentliche Krankheitszustände, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der Krankheit selbst oder mit dem die Krankheit verursachenden Zustand in Zusammenhang zu stehen		c) Grundleiden				
13. Epikrise: Nähere Angaben zum Todesfall, einschl. bösartiger Tumorerkrankungen, bei Meldepflichten (z. B. Suizid, Unfall, Einwirkung Dritter, iatrogenen Schädigung, Intoxikation, Fixierung, Verbrühung): äußere oder innere Ursache bzw. Umstände, Wahrnehmungen, Erkenntnisse, Hinweise						
14. Nur bei Unfall		<input type="checkbox"/> Arbeits- oder Dienstanfall (ohne Wegeunfall) <input type="checkbox"/> häuslicher Unfall <input type="checkbox"/> Sport- oder Spielunfall (nicht in Haus o. Schule)		<input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall) <input type="checkbox"/> Verkehrsunfall <input type="checkbox"/> sonstiger Unfall		
15. Bei Frauen		Liegt eine Schwangerschaft vor? <input type="checkbox"/> Ja, im <input type="text"/> Monat		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> unbekannt		
		Erfolgte in den letzten drei Monaten eine Entbindung, Interruptio, ein Abort? <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> unbekannt		
16. Bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstorben sind		Lebensdauer in Stunden <input type="text"/> Stunden		Frühgeburt in der <input type="text"/> Schwangerschaftswoche <input type="checkbox"/> unbekannt		
17. Bei Totgeborenen (Totgeborene oder in der Geburt gestorbene Leibesfrüchte von mindestens 500 g oder nach Ablauf der 24. Schwangerschaftswoche)		Mehrlingsgeburt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Länge bei Geburt	cm	Geburtsgewicht <input type="text"/> g
		Wo geboren (Klinik, Hausentbindung):				
18. Bei Kindern unter einem Jahr		Mehrlingsgeburt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Länge bei Geburt	cm	Geburtsgewicht <input type="text"/> g
		Wo geboren (Klinik, Hausentbindung):				
Ärztliche Bescheinigung: Auf Grund der von mir sorgfältig durchgeführten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben. Die Vornahme der Leichenschau erfolgte an der unbedeckten Leiche, sofern nicht die Ausnahmetatbestände des Bestattungsrechts zutreffen.						
19. Ärztin/Arzt (Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau, Unterschrift, Stempel, Telefonnummer) Ggf.: Leichenöffnung veranlasst nach: <input type="checkbox"/> § 5 (2) BestattG <input type="checkbox"/> § 5 (3) BestattG						
<input type="checkbox"/> Die vorstehenden Angaben beruhen auf einer Leichenöffnung						

Zutreffendes bitte ankreuzen und/oder ausfüllen.

1. Todesbescheinigung Niedersachsen		Nicht vollständig wegen:	Notfall/Rettungsdienst	Gefahr der Selbstbelastung	Blatt 2: LSN / EKN																						
2. Familienname, Vorname/n			Staatsangehörigkeit		Standesamt																						
3. Wohnsitz: PLZ, Ort, Straße, Hausnummer					Sterbefall beurkundet, Register-Nr.																						
4. Geburtsdatum		Geburtsort, Kreis, ggf. Land		Geschlecht		Eingang vorgemerkt																					
				<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> div.		<input type="checkbox"/> Erdbestattung <input type="checkbox"/> Feuerbestattung																					
5. Identifikation		<input type="checkbox"/> Persönlich bekannt <input type="checkbox"/> Angaben Angehöriger/Dritter <input type="checkbox"/> Ausweis/Pass <input type="checkbox"/> Keine																									
6. Todeszeitpunkt		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><th>Tag</th><th>Monat</th><th>Jahr</th><th>Stunden</th><th>Minuten</th></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>		Tag	Monat	Jahr	Stunden	Minuten						<input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen <input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten													
Tag	Monat	Jahr	Stunden	Minuten																							
Falls Todeszeitpunkt nicht bestimmbar: mit Sicherheit noch gelebt		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><th>Tag</th><th>Monat</th><th>Jahr</th><th>Stunden</th><th>Minuten</th></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>		Tag	Monat	Jahr	Stunden	Minuten						oder tot aufgefunden		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><th>Tag</th><th>Monat</th><th>Jahr</th><th>Stunden</th><th>Minuten</th></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>		Tag	Monat	Jahr	Stunden	Minuten					
Tag	Monat	Jahr	Stunden	Minuten																							
Tag	Monat	Jahr	Stunden	Minuten																							
7. Sterbeort		<input type="checkbox"/> Sterbeort <input type="checkbox"/> Auffindungsort (Wenn Sterbeort unbekannt)		<input type="checkbox"/> Zu Hause (Anschrift siehe oben) <input type="checkbox"/> Im Krankenhaus <input type="checkbox"/> Im Heim <input type="checkbox"/> Transport <input type="checkbox"/> Sonstiger Ort		Einrichtung: Name der Einrichtung, PLZ, Ort, Straße, Hausnummer; Angaben zu ungewöhnlichen Orten, z. B. Gemarkung, Flurstück, Kreis-/Land-/Bundesstraße Weitere Angaben																					
8. Meldepflicht		Polizei oder Staatsanwaltschaft ist benachrichtigt worden wegen (bitte zutreffende Nummer eintragen)																									
		1. Anhaltspunkten für einen Tod durch Selbsttötung, Unfall oder ein Einwirken Dritter (nicht natürlicher Tod) 2. Anhaltspunkten für einen Tod durch eine ärztliche oder pflegerische Fehlbehandlung 3. Anhaltspunkten für einen Tod aufgrund einer außergewöhnlichen Entwicklung im Verlauf der Behandlung 4. Eintritt des Todes während eines operativen Eingriffs oder innerhalb der darauf folgenden 24 Stunden 5. ungeklärter Todesursache (plötzlicher, unerklärlicher Tod eines gesunden Menschen) 6. einer nicht sicher zu identifizierenden Person 7. Todes im amtlichen Gewahrsam 8. einer verstorbenen Person vor Vollendung des 14. Lebensjahres, es sei denn, dass der Tod zweifelsfrei auf eine Vorerkrankung zurückzuführen ist 9. bereits fortgeschrittener oder erheblicher Veränderungen der Leiche																									
Folgende Stelle		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		Datum Uhrzeit		ist am um benachrichtigt worden																					
9. Warnhinweise (besondere Maßnahmen für Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung, Bestattung?)		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		folgende Hinweise bestehen:																							
10. Infektionsschutz (bestehen Hinweise für eine Erkrankung im Sinne des IfSG?)		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		folgende Hinweise bestehen:																							
11. Hausarzt/Hausärztin, ggf. zuletzt behandelnde/r Arzt/Ärztin		Name, Telefonnummer, Adresse																									
12. Todesursache		Unter Todesursache fällt nicht die Art des Todeseintritts, wie z. B. Herz-/Kreislauf-Versagen, Atemstillstand usw., sondern die Krankheit, Verletzung, Komplikation, welche den Tod herbeiführt				Ungefähre Zeitspanne zwischen Beginn der Krankheit und Tod																					
I. Direkt zum Tode führende Krankheit oder Zustand		a)																									
Vorangegangene Ursachen: Krankheitszustände, welche zu der oben angeführten Ursache geführt haben, mit der ursprünglichen Ursache an letzter Stelle		b) bedingt durch (Folge von)																									
II. Andere wesentliche Krankheitszustände, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der Krankheit selbst oder mit dem die Krankheit verursachenden Zustand in Zusammenhang zu stehen		c) Grundleiden																									
13. Epikrise: Nähere Angaben zum Todesfall, einschl. bösartiger Tumorerkrankungen, bei Meldepflichtigen (z. B. Suizid, Unfall, Einwirkung Dritter, iatrogenen Schädigung, Intoxikation, Fixierung, Verbrühung): äußere oder innere Ursache bzw. Umstände, Wahrnehmungen, Erkenntnisse, Hinweise																											
14. Nur bei Unfall		<input type="checkbox"/> Arbeits- oder Dienstatunfall (ohne Wegeunfall) <input type="checkbox"/> häuslicher Unfall <input type="checkbox"/> Sport- oder Spielunfall (nicht in Haus o. Schule)		<input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall)		<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall <input type="checkbox"/> sonstiger Unfall																					
15. Bei Frauen		Liegt eine Schwangerschaft vor? <input type="checkbox"/> Ja, im Monat		Erfolgte in den letzten drei Monaten eine Entbindung, Interruptio, ein Abort? <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> unbekannt																					
16. Bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstorben sind		Lebensdauer in Stunden Stunden		Frühgeburt in der Schwangerschaftswoche		<input type="checkbox"/> unbekannt																					
17. Bei Totgeborenen (Totgeborene oder in der Geburt gestorbene Leibesfrüchte von mindestens 500 g oder nach Ablauf der 24. Schwangerschaftswoche)		Mehrlingsgeburt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Länge bei Geburt cm		Geburtsgewicht g																					
18. Bei Kindern unter einem Jahr		Mehrlingsgeburt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Länge bei Geburt cm		Geburtsgewicht g																					
Ärztliche Bescheinigung: Auf Grund der von mir sorgfältig durchgeführten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben. Die Vornahme der Leichenschau erfolgte an der unbedeckten Leiche, sofern nicht die Ausnahmetatbestände des Bestattungsrechts zutreffen.																											
19. Ärztin/Arzt (Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau, Unterschrift, Stempel, Telefonnummer) Ggf.: Leichenöffnung veranlasst nach:		<input type="checkbox"/> § 5 (2) BestattG		<input type="checkbox"/> § 5 (3) BestattG																							
		<input type="checkbox"/> Die vorstehenden Angaben beruhen auf einer Leichenöffnung																									

Zutreffendes bitte ankreuzen und/oder ausfüllen.

1. Todesbescheinigung Niedersachsen		Nicht vollständig wegen:	Notfall/Rettungsdienst	Gefahr der Selbstbelastung	Blatt 3: Standesamt
2. Familienname, Vorname/n			Staatsangehörigkeit		Standesamt
3. Wohnsitz: PLZ, Ort, Straße, Hausnummer					
4. Geburtsdatum		Geburtsort, Kreis, ggf. Land		Geschlecht	
				<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> div.	
5. Identifikation <input type="checkbox"/> Persönlich bekannt <input type="checkbox"/> Angaben Angehöriger/Dritter <input type="checkbox"/> Ausweis/Pass <input type="checkbox"/> Keine					
6. Todeszeitpunkt <input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen <input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten					
Falls Todeszeitpunkt nicht bestimmbar: mit Sicherheit noch gelebt <input type="checkbox"/> oder tot aufgefunden					
7. Sterbeort <input type="checkbox"/> Sterbeort <input type="checkbox"/> Auffindungsort (Wenn Sterbeort unbekannt)					
Zu Hause (Anschrift siehe oben) Im Krankenhaus Im Heim Transport Sonstiger Ort					
Einrichtung: Name der Einrichtung, PLZ, Ort, Straße, Hausnummer; Angaben zu ungewöhnlichen Orten, z. B. Gemarkung, Flurstück, Kreis-/Land-/Bundesstraße					
8. Meldepflicht Polizei oder Staatsanwaltschaft ist benachrichtigt worden wegen					
(bitte zutreffende Nummer eintragen) <input type="checkbox"/>					
1. Anhaltspunkten für einen Tod durch Selbsttötung, Unfall oder ein Einwirken Dritter (nicht natürlicher Tod) 2. Anhaltspunkten für einen Tod durch eine ärztliche oder pflegerische Fehlbehandlung 3. Anhaltspunkten für einen Tod aufgrund einer außergewöhnlichen Entwicklung im Verlauf der Behandlung 4. Eintritt des Todes während eines operativen Eingriffs oder innerhalb der darauf folgenden 24 Stunden 5. ungeklärter Todesursache (plötzlicher, unerklärlicher Tod eines gesunden Menschen) 6. einer nicht sicher zu identifizierenden Person 7. Todes im amtlichen Gewahrsam 8. einer verstorbenen Person vor Vollendung des 14. Lebensjahres, es sei denn, dass der Tod zweifelsfrei auf eine Vorerkrankung zurückzuführen ist 9. bereits fortgeschrittener oder erheblicher Veränderungen der Leiche					
Folgende Stelle		ist am		Datum um Uhrzeit benachrichtigt worden	
9. Warnhinweise (besondere Maßnahmen für Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung, Bestattung?) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:					
10. Infektionsschutz (bestehen Hinweise für eine Erkrankung im Sinne des IfSG?) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:					
11. Hausarzt/Hausärztin, ggf. zuletzt behandelnde/r Arzt/Ärztin Name, Telefonnummer, Adresse					
[Large blacked-out area covering the main body of the form]					
Ärztliche Bescheinigung: Auf Grund der von mir sorgfältig durchgeführten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben. Die Vornahme der Leichenschau erfolgte an der unbedeckten Leiche, sofern nicht die Ausnahmetatbestände des Bestattungsrechts zutreffen.					
19. Ärztin/Arzt (Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau, Unterschrift, Stempel, Telefonnummer) Ggf.: Leichenöffnung veranlasst nach: <input type="checkbox"/> § 5 (2) BestattG <input type="checkbox"/> § 5 (3) BestattG					
<input type="checkbox"/> Die vorstehenden Angaben beruhen auf einer Leichenöffnung					

Zutreffendes bitte ankreuzen und/oder ausfüllen.

1. Todesbescheinigung Niedersachsen		Nicht vollständig wegen:	Notfall/Rettungsdienst	Gefahr der Selbstbelastung	Blatt 4: Zweite Leichenschau																					
2. Familienname, Vorname/n			Staatsangehörigkeit		Wird vom Standesamt ausgefüllt! 																					
3. Wohnsitz: PLZ, Ort, Straße, Hausnummer			Benachrichtigt wurde:																							
4. Geburtsdatum		Geburtsort, Kreis, ggf. Land		Geschlecht		<input type="checkbox"/> Erdbestattung <input type="checkbox"/> Feuerbestattung																				
<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> div.																										
5. Identifikation		<input type="checkbox"/> Persönlich bekannt <input type="checkbox"/> Angaben Angehöriger/Dritter <input type="checkbox"/> Ausweis/Pass <input type="checkbox"/> Keine																								
6. Todeszeitpunkt		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Tag</th><th>Monat</th><th>Jahr</th><th>Stunden</th><th>Minuten</th> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen <input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten		Tag	Monat	Jahr	Stunden	Minuten																		
Tag	Monat	Jahr	Stunden	Minuten																						
Falls Todeszeitpunkt nicht bestimmbar: mit Sicherheit noch gelebt		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Tag</th><th>Monat</th><th>Jahr</th><th>Stunden</th><th>Minuten</th> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> oder tot aufgefunden		Tag	Monat	Jahr	Stunden	Minuten						<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Tag</th><th>Monat</th><th>Jahr</th><th>Stunden</th><th>Minuten</th> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>			Tag	Monat	Jahr	Stunden	Minuten					
Tag	Monat	Jahr	Stunden	Minuten																						
Tag	Monat	Jahr	Stunden	Minuten																						
7. Sterbeort		<input type="checkbox"/> Sterbeort <input type="checkbox"/> Auffindungsort (Wenn Sterbeort unbekannt)		<input type="checkbox"/> Zu Hause (Anschrift siehe oben) <input type="checkbox"/> Im Krankenhaus <input type="checkbox"/> Im Heim <input type="checkbox"/> Transport <input type="checkbox"/> Sonstiger Ort																						
Ergänzende Angaben zum Ort		Einrichtung: Name der Einrichtung, PLZ, Ort, Straße, Hausnummer; Angaben zu ungewöhnlichen Orten, z. B. Gemarkung, Flurstück, Kreis-/Land-/Bundesstraße																								
Weitere Angaben																										
8. Meldepflicht		1. Anhaltspunkten für einen Tod durch Selbsttötung, Unfall oder ein Einwirken Dritter (nicht natürlicher Tod) 2. Anhaltspunkten für einen Tod durch eine ärztliche oder pflegerische Fehlbehandlung 3. Anhaltspunkten für einen Tod aufgrund einer außergewöhnlichen Entwicklung im Verlauf der Behandlung 4. Eintritt des Todes während eines operativen Eingriffs oder innerhalb der darauf folgenden 24 Stunden 5. ungeklärter Todesursache (plötzlicher, unerklärlicher Tod eines gesunden Menschen) 6. einer nicht sicher zu identifizierenden Person 7. Todes im amtlichen Gewahrsam 8. einer verstorbenen Person vor Vollendung des 14. Lebensjahres, es sei denn, dass der Tod zweifelsfrei auf eine Vorerkrankung zurückzuführen ist 9. bereits fortgeschrittener oder erheblicher Veränderungen der Leiche																								
(bitte zutreffende Nummer eintragen)																										
Folgende Stelle		ist am		Datum		Uhrzeit																				
9. Warnhinweise (besondere Maßnahmen für Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung, Bestattung?)		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:		folgende Hinweise bestehen:																						
10. Infektionsschutz (bestehen Hinweise für eine Erkrankung im Sinne des IfSG?)		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:		folgende Hinweise bestehen:																						
11. Hausarzt/Hausärztin, ggf. zuletzt behandelnde/r Arzt/Ärztin		Name, Telefonnummer, Adresse																								
12. Todesursache		Unter Todesursache fällt nicht die Art des Todeseintritts, wie z. B. Herz-/Kreislauf-Versagen, Atemstillstand usw., sondern die Krankheit, Verletzung, Komplikation, welche den Tod herbeiführt			Ungefähre Zeitspanne zwischen Beginn der Krankheit und Tod																					
I. Direkt zum Tode führende Krankheit oder Zustand		a)																								
Vorangegangene Ursachen: Krankheitszustände, welche zu der oben angeführten Ursache geführt haben, mit der ursprünglichen Ursache an letzter Stelle		b) bedingt durch (Folge von)																								
II. Andere wesentliche Krankheitszustände, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der Krankheit selbst oder mit dem die Krankheit verursachenden Zustand in Zusammenhang zu stehen		c) Grundleiden																								
13. Epikrise: Nähere Angaben zum Todesfall, einschl. bösartiger Tumorerkrankungen, bei Meldepflichtigen (z. B. Suizid, Unfall, Einwirkung Dritter, iatrogenen Schädigung, Intoxikation, Fixierung, Verbrühung): äußere oder innere Ursache bzw. Umstände, Wahrnehmungen, Erkenntnisse, Hinweise																										
14. Nur bei Unfall		<input type="checkbox"/> Arbeits- oder Dienstunfall (ohne Wegeunfall) <input type="checkbox"/> häuslicher Unfall <input type="checkbox"/> Sport- oder Spielunfall (nicht in Haus o. Schule)		<input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall) <input type="checkbox"/> Verkehrsunfall <input type="checkbox"/> sonstiger Unfall																						
15. Bei Frauen		Liegt eine Schwangerschaft vor? <input type="checkbox"/> Ja, im <input type="checkbox"/> Monat Erfolgte in den letzten drei Monaten eine Entbindung, Interruptio, ein Abort? <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> unbekannt																						
16. Bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstorben sind		Lebensdauer in Stunden <input type="checkbox"/> Stunden Frühgeburt in der <input type="checkbox"/> Schwangerschaftswoche <input type="checkbox"/> unbekannt																								
17. Bei Totgeborenen (Totgeborene oder in der Geburt gestorbene Leibesfrüchte von mindestens 500 g oder nach Ablauf der 24. Schwangerschaftswoche)		Mehrlingsgeburt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Länge bei Geburt <input type="checkbox"/> cm Geburtsgewicht <input type="checkbox"/> g Wo geboren (Klinik, Hausentbindung):																								
18. Bei Kindern unter einem Jahr		Mehrlingsgeburt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Länge bei Geburt <input type="checkbox"/> cm Geburtsgewicht <input type="checkbox"/> g Wo geboren (Klinik, Hausentbindung):																								
Ärztliche Bescheinigung: Auf Grund der von mir sorgfältig durchgeführten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben. Die Vornahme der Leichenschau erfolgte an der unbedeckten Leiche, sofern nicht die Ausnahmetatbestände des Bestattungsrechts zutreffen.																										
19. Ärztin/Arzt (Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau, Unterschrift, Stempel, Telefonnummer) Ggf.: Leichenöffnung veranlasst nach: <input type="checkbox"/> § 5 (2) BestattG <input type="checkbox"/> § 5 (3) BestattG																										
<input type="checkbox"/> Die vorstehenden Angaben beruhen auf einer Leichenöffnung																										

Zutreffendes bitte ankreuzen und/oder ausfüllen.

1. Todesbescheinigung Niedersachsen		Nicht vollständig wegen:	Notfall/Rettungsdienst	Gefahr der Selbstbelastung	Blatt 5: Ärztin / Arzt																					
2. Familienname, Vorname/n			Staatsangehörigkeit		Wird vom Standesamt ausgefüllt!																					
3. Wohnsitz: PLZ, Ort, Straße, Hausnummer																										
4. Geburtsdatum		Geburtsort, Kreis, ggf. Land		Geschlecht		<input type="checkbox"/> Erdbestattung <input type="checkbox"/> Feuerbestattung																				
				<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> div.																						
5. Identifikation		<input type="checkbox"/> Persönlich bekannt <input type="checkbox"/> Angaben Angehöriger/Dritter <input type="checkbox"/> Ausweis/Pass <input type="checkbox"/> Keine																								
6. Todeszeitpunkt		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Tag</th><th>Monat</th><th>Jahr</th><th>Stunden</th><th>Minuten</th> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen <input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten		Tag	Monat	Jahr	Stunden	Minuten																		
Tag	Monat	Jahr	Stunden	Minuten																						
Falls Todeszeitpunkt nicht bestimmbar: mit Sicherheit noch gelebt		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Tag</th><th>Monat</th><th>Jahr</th><th>Stunden</th><th>Minuten</th> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> oder tot aufgefunden		Tag	Monat	Jahr	Stunden	Minuten						<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Tag</th><th>Monat</th><th>Jahr</th><th>Stunden</th><th>Minuten</th> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>			Tag	Monat	Jahr	Stunden	Minuten					
Tag	Monat	Jahr	Stunden	Minuten																						
Tag	Monat	Jahr	Stunden	Minuten																						
7. Sterbeort		<input type="checkbox"/> Sterbeort Ergänzende Angaben zum Ort <input type="checkbox"/> Auffindungsort (Wenn Sterbeort unbekannt)		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zu Hause (Anschrift siehe oben)</td> <td><input type="checkbox"/> Im Krankenhaus</td> <td><input type="checkbox"/> Im Heim</td> <td><input type="checkbox"/> Transport</td> <td><input type="checkbox"/> Sonstiger Ort</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Einrichtung: Name der Einrichtung, PLZ, Ort, Straße, Hausnummer; Angaben zu ungewöhnlichen Orten, z. B. Gemarkung, Flurstück, Kreis-/Land-/Bundesstraße</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Weitere Angaben</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Zu Hause (Anschrift siehe oben)	<input type="checkbox"/> Im Krankenhaus	<input type="checkbox"/> Im Heim	<input type="checkbox"/> Transport	<input type="checkbox"/> Sonstiger Ort	Einrichtung: Name der Einrichtung, PLZ, Ort, Straße, Hausnummer; Angaben zu ungewöhnlichen Orten, z. B. Gemarkung, Flurstück, Kreis-/Land-/Bundesstraße					Weitere Angaben									
<input type="checkbox"/> Zu Hause (Anschrift siehe oben)	<input type="checkbox"/> Im Krankenhaus	<input type="checkbox"/> Im Heim	<input type="checkbox"/> Transport	<input type="checkbox"/> Sonstiger Ort																						
Einrichtung: Name der Einrichtung, PLZ, Ort, Straße, Hausnummer; Angaben zu ungewöhnlichen Orten, z. B. Gemarkung, Flurstück, Kreis-/Land-/Bundesstraße																										
Weitere Angaben																										
8. Meldepflicht		Polizei oder Staatsanwaltschaft ist benachrichtigt worden wegen (bitte zutreffende Nummer eintragen) <input type="checkbox"/> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anhaltspunkten für einen Tod durch Selbsttötung, Unfall oder ein Einwirken Dritter (nicht natürlicher Tod) 2. Anhaltspunkten für einen Tod durch eine ärztliche oder pflegerische Fehlbehandlung 3. Anhaltspunkten für einen Tod aufgrund einer außergewöhnlichen Entwicklung im Verlauf der Behandlung 4. Eintritt des Todes während eines operativen Eingriffs oder innerhalb der darauf folgenden 24 Stunden 5. ungeklärter Todesursache (plötzlicher, unerklärlicher Tod eines gesunden Menschen) 6. einer nicht sicher zu identifizierenden Person 7. Todes im amtlichen Gewahrsam 8. einer verstorbenen Person vor Vollendung des 14. Lebensjahres, es sei denn, dass der Tod zweifelsfrei auf eine Vorerkrankung zurückzuführen ist 9. bereits fortgeschrittener oder erheblicher Veränderungen der Leiche 																								
Folgende Stelle		ist am		Datum		Uhrzeit																				
9. Warnhinweise (besondere Maßnahmen für Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung, Bestattung?)		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:		folgende Hinweise bestehen:																						
10. Infektionsschutz (bestehen Hinweise für eine Erkrankung im Sinne des IfSG?)		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:		folgende Hinweise bestehen:																						
12. Todesursache		Unter Todesursache fällt nicht die Art des Todeseintritts, wie z. B. Herz-/Kreislauf-Versagen, Atemstillstand usw., sondern die Krankheit, Verletzung, Komplikation, welche den Tod herbeiführt			Ungefähre Zeitspanne zwischen Beginn der Krankheit und Tod																					
I. Direkt zum Tode führende Krankheit oder Zustand		a)																								
Vorangegangene Ursachen: Krankheitszustände, welche zu der oben angeführten Ursache geführt haben, mit der ursprünglichen Ursache an letzter Stelle		b) bedingt durch (Folge von)																								
II. Andere wesentliche Krankheitszustände, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der Krankheit selbst oder mit dem die Krankheit verursachenden Zustand in Zusammenhang zu stehen		c) Grundleiden																								
13. Epikrise: Nähere Angaben zum Todesfall, einschl. bösartiger Tumorerkrankungen, bei Meldepflichten (z. B. Suizid, Unfall, Einwirkung Dritter, iatrogenen Schädigung, Intoxikation, Fixierung, Verbrühung): äußere oder innere Ursache bzw. Umstände, Wahrnehmungen, Erkenntnisse, Hinweise																										
14. Nur bei Unfall		<input type="checkbox"/> Arbeits- oder Dienstunfall (ohne Wegeunfall) <input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall)		<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall <input type="checkbox"/> sonstiger Unfall																						
		<input type="checkbox"/> häuslicher Unfall <input type="checkbox"/> Sport- oder Spielunfall (nicht in Haus o. Schule)																								
15. Bei Frauen		Liegt eine Schwangerschaft vor? <input type="checkbox"/> Ja, im <input type="text"/> Monat Erfolgte in den letzten drei Monaten eine Entbindung, Interruptio, ein Abort? <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> unbekannt																						
16. Bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstorben sind		Lebensdauer in Stunden <input type="text"/> Stunden Frühgeburt in der <input type="text"/> Schwangerschaftswoche		<input type="checkbox"/> unbekannt																						
17. Bei Totgeborenen (Totgeborene oder in der Geburt gestorbene Leibesfrüchte von mindestens 500 g oder nach Ablauf der 24. Schwangerschaftswoche)		Mehrlingsgeburt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Länge bei Geburt <input type="text"/> cm Geburtsgewicht <input type="text"/> g		Wo geboren (Klinik, Hausentbindung): <input type="text"/>																						
18. Bei Kindern unter einem Jahr		Mehrlingsgeburt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Länge bei Geburt <input type="text"/> cm Geburtsgewicht <input type="text"/> g		Wo geboren (Klinik, Hausentbindung): <input type="text"/>																						
Ärztliche Bescheinigung: Auf Grund der von mir sorgfältig durchgeführten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben. Die Vornahme der Leichenschau erfolgte an der unbedeckten Leiche, sofern nicht die Ausnahmetatbestände des Bestattungsrechts zutreffen.																										
19. Ärztin/Arzt (Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau, Unterschrift, Stempel, Telefonnummer) Ggf.: Leichenöffnung veranlasst nach: <input type="checkbox"/> § 5 (2) BestattG																										
<input type="checkbox"/> § 5 (3) BestattG <input type="checkbox"/> Die vorstehenden Angaben beruhen auf einer Leichenöffnung																										

Ausgestanztes Fenster (Personangaben)

Ausgestanztes Fenster
(Angaben Standesamt)

Über das Standesamt an die untere Gesundheitsbehörde

Inhalt:

Blatt 1 für die untere Gesundheitsbehörde
Blatt 2 für LSN / EKN
(ggf. Blatt 4 gemäß § 2 Abs. 1 Satz 5 TbVO)

Verordnung
zur Änderung der Verordnung über Mindestanforderungen
an besondere Tageseinrichtungen für Kinder
sowie über die Durchführung der Finanzhilfe

Vom 19. Juli 2019

Aufgrund des § 22 Abs. 2 Nr. 4 des Niedersächsischen Gesetzes über Tageseinrichtungen für Kinder in der Fassung vom 7. Februar 2002 (Nds. GVBl. S. 57), zuletzt geändert durch Artikel 6 des Gesetzes vom 18. Dezember 2018 (Nds. GVBl. S. 317), wird verordnet:

Artikel 1

Die Verordnung über Mindestanforderungen an besondere Tageseinrichtungen für Kinder sowie über die Durchführung der Finanzhilfe vom 16. Juli 2002 (Nds. GVBl. S. 353), zuletzt geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 9. Januar 2019 (Nds. GVBl. S. 2), wird wie folgt geändert:

1. § 5 Abs. 3 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 4 erhält folgende Fassung:

- „4. je dritter regelmäßig tätiger Fach- oder Betreuungskraft nach § 4 Abs. 4 Satz 1 KiTaG mit Ausnahme der Berufspraktikantinnen und Berufspraktikanten sowie der Fach- oder Betreuungskräfte nach § 23 Abs. 4 Satz 1 Nr. 4 KiTaG
956 Euro,“.

bb) Nummer 6 erhält folgende Fassung:

- „6. je Berufspraktikantin und Berufspraktikant der Fachschule oder Fachhochschule für Sozialpädagogik sowie je Fach- oder Betreuungskraft nach § 23 Abs. 4 Satz 1 Nr. 4 KiTaG
532 Euro.“

b) In Satz 2 Halbsatz 1 wird die Angabe „Nrn. 1 bis 3“ gestrichen.

c) Satz 3 wird gestrichen.

2. Dem § 6 Abs. 1 wird der folgende Satz 4 angefügt:

„⁴Abweichend von Satz 2 muss der Antrag auf Finanzhilfe für das Kindergartenjahr 2018/2019 mit den erforderlichen Angaben spätestens bis zum 31. Oktober 2019 bei der für die Gewährung der Finanzhilfe zuständigen Behörde eingegangen sein (Ausschlussfrist).“

Artikel 2

Diese Verordnung tritt mit Wirkung vom 1. August 2018 in Kraft.

Hannover, den 19. Juli 2019

Niedersächsisches Kultusministerium

T o n n e

Minister

**Verordnung
zur Änderung der Verordnung über Zuständigkeiten
auf dem Gebiet des Wasserrechts**

Vom 19. Juli 2019

Aufgrund des § 129 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 des Niedersächsischen Wassergesetzes vom 19. Februar 2010 (Nds. GVBl. S. 64), zuletzt geändert durch Artikel 3 § 19 des Gesetzes vom 20. Mai 2019 (Nds. GVBl. S. 88), wird verordnet:

Artikel 1

Die Verordnung über Zuständigkeiten auf dem Gebiet des Wasserrechts vom 10. März 2011 (Nds. GVBl. S. 70), geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 29. Oktober 2014 (Nds. GVBl. S. 307), wird wie folgt geändert:

1. § 1 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 11 erhält folgende Fassung:

„11. Aufgaben nach der Grundwasserverordnung vom 9. November 2010 (BGBl. I S. 1513), zuletzt geändert durch Verordnung vom 4. Mai 2017 (BGBl. I S. 1044), und der Oberflächengewässerverordnung vom 20. Juni 2016 (BGBl. I S. 1373);“.

b) Nummer 23 erhält folgende Fassung:

„23. folgende Aufgaben nach der Verordnung über Anlagen zum Umgang mit wassergefährdenden Stoffen vom 18. April 2017 (BGBl. I S. 905):

a) Prüfung der Gleichwertigkeit von Normen und sonstigen Bestimmungen anderer Mitgliedstaaten der Europäischen Union und anderer Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum nach § 15 Abs. 2,

b) Anerkennung von Sachverständigenorganisationen nach § 52 Abs. 1 Satz 1 und Prüfung der Gleichwertigkeit von entsprechenden Anerkennungen aus einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum nach § 52 Abs. 2 und

c) Anerkennung von Güte- und Überwachungsgemeinschaften nach § 57 Abs. 1 Satz 1 und Prüfung der Gleichwertigkeit von entsprechenden Anerkennungen aus einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum nach § 57 Abs. 2;“.

c) Es wird die folgende Nummer 24 angefügt:

„24. Genehmigung von Abwassereinleitungen Dritter in private Abwasseranlagen nach § 59 Abs. 1 in Verbindung mit § 58 Abs. 1 WHG sowie Freistellung von der Genehmigungsbedürftigkeit nach § 59 Abs. 2 WHG, wenn für die Entscheidung über das Einleiten des Abwassers aus der Abwasseranlage nach Nummer 1 Buchst. b, c, d, e, f oder g der Landesbetrieb zuständig ist.“

2. § 4 Satz 1 erhält folgende Fassung:

„Die Staatlichen Gewerbeaufsichtsämter sind in den Betrieben, die der immissionsschutzrechtlichen Überwachung durch die Staatlichen Gewerbeaufsichtsämter unterliegen, zuständig für

1. die Eignungsfeststellung nach § 63 WHG, soweit nicht nach § 5 Satz 1 Nr. 3 Buchst. a das Landesamt für Bergbau, Energie und Geologie zuständig ist,

2. die Aufgaben nach der Verordnung über Anlagen zum Umgang mit wassergefährdenden Stoffen, soweit nicht nach § 1 Nr. 23 der Landesbetrieb für Wasserwirtschaft, Küsten- und Naturschutz oder nach § 5 Satz 1 Nr. 3 Buchst. c das Landesamt für Bergbau, Energie und Geologie zuständig ist,

3. die Anordnung der Bestellung von Gewässerschutzbeauftragten nach § 64 Abs. 2 Nr. 3 WHG und Bestimmungen über Aufgaben nach § 65 Abs. 3 WHG für Gewässerschutzbeauftragte, die für Anlagen nach § 62 Abs. 1 WHG bestellt wurden, soweit nicht nach § 5 Satz 1 Nr. 3 Buchst. b das Landesamt für Bergbau, Energie und Geologie zuständig ist,

4. die Gewässeraufsicht nach § 100 WHG in Bezug auf die §§ 62 bis 66 WHG und die Verordnung über Anlagen zum Umgang mit wassergefährdenden Stoffen.“

3. § 5 Satz 1 Nr. 3 erhält folgende Fassung:

„3. in Bezug auf Anlagen im Sinne des § 62 Abs. 1, die im Rahmen eines bergrechtlichen Betriebsplanes errichtet und betrieben werden,

a) die Eignungsfeststellung nach § 63 WHG,

b) die Anordnung der Bestellung von Gewässerschutzbeauftragten nach § 64 Abs. 2 Nr. 3 WHG und Bestimmungen über Aufgaben nach § 65 Abs. 3 WHG für die Gewässerschutzbeauftragten und

c) Anordnungen nach § 16 Abs. 2 und § 46 Abs. 1 Satz 2 der Verordnung über Anlagen zum Umgang mit wassergefährdenden Stoffen.“

4. § 7 Abs. 3 erhält folgende Fassung:

„(3) Der Landesbetrieb für Wasserwirtschaft, Küsten- und Naturschutz führt die bei der Bezirksregierung Braunschweig begonnenen wasserrechtlichen Verfahren Innerseltalsperre und Rühren zur Festsetzung von Wasserschutzgebieten zu Ende.“

5. Die Anlage (zu § 7 Abs. 3 Nr. 2) wird gestrichen.

Artikel 2

Diese Verordnung tritt am Tag nach ihrer Verkündung in Kraft.

Hannover, den 19. Juli 2019

**Niedersächsisches Ministerium für Umwelt,
Energie, Bauen und Klimaschutz**

L i e s

Minister

V e r o r d n u n g
zur Änderung der Subdelegationsverordnung-Justiz

Vom 26. Juli 2019

Aufgrund des § 2 Abs. 2 Satz 2 in Verbindung mit Abs. 3 Satz 1 der Insolvenzordnung vom 5. Oktober 1994 (BGBl. I S. 2866), zuletzt geändert durch Artikel 24 Abs. 3 des Gesetzes vom 23. Juni 2017 (BGBl. I S. 1693), wird verordnet:

Artikel 1

In § 1 Nr. 29 der Subdelegationsverordnung-Justiz vom 6. Juli 2007 (Nds. GVBl. S. 244), zuletzt geändert durch Verordnung vom 11. Dezember 2018 (Nds. GVBl. S. 256), werden nach der Angabe „§ 2 Abs. 2 Satz 1“ ein Komma und die Worte „auch in Verbindung mit Abs. 3,“ eingefügt.

Artikel 2

Diese Verordnung tritt am Tag nach ihrer Verkündung in Kraft.

Hannover, den 26. Juli 2019

Die Niedersächsische Landesregierung

Weil Havliza

