

In der Altersgruppe der 18- bis 64-Jährigen reichte die Spanne der Empfängerquote von bedarfsorientierter Grundsicherung von Neukölln mit dem höchsten Wert (13,7 je 1.000) bis zum niedrigsten Wert in Steglitz-Zehlendorf mit 6,8 je 1.000 Einwohner. Weitaus größere Unterschiede zwischen den Bezirken sind bei den Empfängerquoten der Bevölkerung 65 Jahre und älter zu beobachten. Den fast siebenfachen Wert von Treptow-Köpenick (16,0 je 1.000 der Bezirksbevölkerung) erreichte Friedrichshain-Kreuzberg mit 104,9 je 1.000 (vgl. Abbildung 2.12 und GSI-Tabelle [2.22-1](#)).

## Empfängerinnen und Empfänger von Sozialleistungen außerhalb von Einrichtungen nach dem 3. und 4. Kapitel des SGB XII

Transferleistungen nach dem 3. und 4. Kapitel des SGB XII (*Hilfe zum Lebensunterhalt und bedarfsorientierte Grundsicherung*) erhielten am 31.12.2011 61.305 Personen, welche außerhalb von Einrichtungen lebten. In der Bevölkerung waren 17,5 von 1.000 Einwohnern auf diese Unterstützung angewiesen, der Wert lag etwas über dem von 2010 (16,5 je 1.000). Die Empfängerzahl erhöhte sich seit dem Vorjahr um 4.036 Personen (ca. +7,0 %).

17,5 von 1.000 Einwohnern erhielten 2011 Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung.

Etwa 12,5 % der 61.305 Transferleistungsempfängerinnen und -empfänger bezogen laufende Hilfe zum Lebensunterhalt und fast 87,5 % erhielten bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung. Dieses Verhältnis hat sich gegenüber dem Vorjahr nur geringfügig geändert (vgl. GSI-Tabelle [2.22-1](#)).

### 2.2.2.2 Ausgewählte Gesundheits- und Pflegeleistungen nach dem SGB XII

Auf Grundlage des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG) werden nicht krankenversicherte Empfängerinnen und Empfänger von laufenden Leistungen nach dem SGB XII leistungsrechtlich den gesetzlich Krankenversicherten gleichgestellt (sogenanntes „Chipkartenverfahren“). Sie gelten als *Anspruchsberechtigte nach § 264 Abs. 2 SGB V*. Beziehende von Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Dritten Kapitel SGB XII müssen mindestens einen Monat im ununterbrochenen Leistungsbezug stehen. Insgesamt hat damit die überwiegende Mehrheit aller Leistungsberechtigten nach SGB XII einen Anspruch auf die Übernahme der Krankenbehandlung durch die gesetzlichen Krankenkassen.

*Leistungen nach dem 5. Kapitel SGB XII* - Hilfen zur Gesundheit - werden insofern vom Sozialhilfeträger nur noch für den Personenkreis direkt erbracht, der im vorgenannten Sinne nicht leistungsberechtigt ist.

Die Zahl der Anspruchsberechtigten nach § 264 SGB V, die Gesundheitsleistungen erhalten haben, steigt seit 2010 wieder an. Im Vergleich 2011 zu 2009 erhöhte sich die Zahl um 662 Personen (+8,8 %) auf 8.210 Berechtigte. Die Empfängerzahl von Hilfen zur Gesundheit nach dem 5. Kapitel SGB XII lagen am 31.12.2011 (291 Personen) erstmals wieder über dem Vorjahreswert (259 Personen).

Menschen mit Behinderung in die Gesellschaft einzugliedern, diese Aufgabe wird durch den Leistungskatalog der *Eingliederungshilfe für behinderte Menschen* gemäß § 53 Abs. 3 SGB XII unterstützt. Dazu gehören *Gesundheitsleistungen* wie Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und heilpädagogische Maßnahmen für Kinder. Ziel soll sein, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern. Leistungsberechtigt sind Personen, die durch eine Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 1 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind.

Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (5. Kapitel SGB XII) erhielten am 31.12.2011 25.556 Personen. Diese Empfängerzahl hat sich seit 2006 kontinuierlich erhöht und lag 2011 rd. 4 % über der Vorjahreszahl. Von diesen Menschen mit Behinderung nahmen 115 Personen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Jahr 2011 in Anspruch, seit 2006 ist diese Zahl ansteigend. Heilpädagogische Maßnahmen für Kinder beanspruchten am 31.12.2011 319 Personen, weniger als jeweils in den drei Jahren davor.

Zahl der Berechtigten mit  
Erhalt von Hilfe zur Pflege  
weiter ansteigend.

Anspruch auf *Pflegeleistungen der Hilfe zur Pflege* nach dem 7. Kapitel SGB XII haben Personen, die pflegebedürftig sind und den notwendigen Pflegebedarf nicht durch eigenes Einkommen, Vermögen oder durch die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung sicherstellen können. Hilfe zur Pflege umfasst außerhalb von Einrichtungen die häusliche Pflege mit Anspruch auf Pflegegeld und andere Leistungen wie z. B. Hilfsmittel, angemessene Aufwendungen der Pflegepersonen und die Kostenübernahme für die Heranziehung einer besonderen Pflegekraft. In Einrichtungen sind es die stationäre Pflege, die teilstationäre Pflege und die Kurzzeitpflege.

Pflegeleistungen gemäß dem 7. Kapitel SGB XII bekamen am 31.12.2011 27.879 Personen, 975 Leistungsberechtigte (+3,6 %) mehr als am 31.12.2010. Außerhalb von Einrichtungen stieg die Empfängerzahl (+41,9 %) seit 2006 deutlich stärker an als in Einrichtungen (+8,8 %) (vgl. GSI-Tabelle [10.8z-1](#); zum Bedarf an Hilfe zur Pflege vgl. auch Kapitel 3.3 in diesem Bericht).

### 2.2.2.3 Regelleistungen nach Asylbewerberleistungsgesetz

2011 höhere Empfänger-  
zahlen nach AsylbLG als im  
Jahr 2010.

Asylbewerber und -bewerberinnen erhalten *Regelleistungen nach § 2 und 3 des Asylbewerberleistungsgesetzes* (AsylbLG). Auch 2011 lag die Empfängerzahl über der des Vorjahres. Am 31.12.2011 erhielten 12.054 Personen Leistungen nach dem AsylbLG, rund 6,5 % (+737 Personen) mehr als 2010. Ausschlaggebend waren höhere Empfängerzahlen bei der Zentralen Leistungsstelle (ZLA) und der Zentralen Aufnahmeeinrichtung für Asylbewerber (ZAA) (2010 zu 2011: +26,3 %).

Die Empfängerquote von Leistungen nach dem AsylbLG an der Bevölkerung insgesamt lag am 31.12.2011 mit 3,4 je 1.000 und an der ausländischen Bevölkerung mit 24,4 je 1.000 leicht über den Werten von 2010 (3,3 bzw. 24,0).

Der Anteil der *Männer* an der Empfängerzahl von Leistungen nach dem AsylbLG hat sich seit 2009 kaum geändert und liegt am Jahresende 2011 bei rund 58 %.

In den *Altersgruppen* ab 25 Jahre (25 – 49 Jahre und über 50-Jährige) war der Anstieg der Empfängerzahlen von 2010 zu 2011 mit +13,3 % bzw. +9,5 % höher als bei den Kindern und Jugendlichen.

Die meisten Asylbewerber und -bewerberinnen lebten am 31.12.2011 wie auch in den Jahren zuvor im *Bezirk Mitte* - gemessen an den absoluten Zahlen und den Anteilen an der jeweiligen Bevölkerung (1.354 Personen / 4,0 je 1.000). Neukölln hat 2011 erstmals höhere Empfängerzahlen als Friedrichshain-Kreuzberg (1.096 Personen bzw. 1.003 Personen). Die Bezirke Treptow-Köpenick (925 Personen / 106,4 je 1.000 der ausländischen Bevölkerung) und Marzahn-Hellersdorf (499 Personen / 43,5 je 1.000 der ausländischen Bevölkerung) führten, bezogen auf den Anteil an der ausländischen Bevölkerung des jeweiligen Bezirks, die Rangliste an. Geringe Asylbewerberzahlen waren in Steglitz-Zehlendorf und Reinickendorf (358 bzw. 321 Personen / 1,2 bzw. 1,3 je 1.000 der Bezirksbevölkerung) zu vermelden. Die geringsten Werte beim Anteil an der ausländischen Bevölkerung des jeweiligen Bezirks wiesen Charlottenburg-Wilmersdorf (8,0 je 1.000) und Tempelhof-Schöneberg (10,5 je 1.000) auf (vgl. GSI-Tabelle [2.22-2](#)).

## 2.3 Krankenversicherungsschutz der Berliner Bevölkerung

### 2.3.1 Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung

Von den Berlinerinnen und Berlinern ist der überwiegende Teil (rd. 2,8 Mio. Personen) in der *gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)* versichert. Das sind gemessen an der Berliner Gesamtbevölkerung rund 81 % *GKV-Versicherte* mit Wohnort in Berlin zum 1. Juli 2012; in Deutschland lag der Anteil der GKV-Versicherten an der Bevölkerung zu diesem Zeitpunkt bei 85,2 % (vgl. GSI-Tabelle [10.18-2](#)).

Zu dem *GKV-Versichertenkreis* zählen mit einem Gesamtanteil von 76,9 % (62 % der Berliner Bevölkerung) die pflichtversicherten und die freiwillig versicherten beitragszahlenden Mitglieder. Der weitaus größte Teil, d. h. rd. 69,2 % der GKV-Versicherten in Berlin, unterliegt der *gesetzlichen Pflichtversicherung*

**77 % der Berliner GKV-Versicherten sind beitragszahlende Mitglieder.**

gemäß § 5 Sozialgesetzbuch V. Hierzu gehören beispielsweise Arbeitnehmer, Auszubildende, Studenten, bestimmte behinderte Menschen und Bezieher von Arbeitslosengeld II sowie pflichtversicherte Rentnerinnen und Rentner. Hinzu kommen die *freiwillig versicherten Mitglieder*, die nicht der Versicherungspflicht unterliegen, deren Anteil beträgt 7,7 % in Berlin. Das sind Personengruppen, die gem. § 9 SGB V als Mitglieder aus der Pflichtversicherung oder der Familienversicherung ausgeschieden sind, beispielsweise weil ihr Einkommen oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze/Pflichtversicherungsgrenze von 50.850 EUR (2012) liegt. Sie können ihrer Krankenkasse danach innerhalb von drei Monaten den freiwilligen Beitritt erklären.

Darüber hinaus haben die unter bestimmten Voraussetzungen laut § 10 SGB V *beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen* wie Ehegatten, eingetragene Lebenspartner und Kinder ebenfalls Anspruch auf den vollen gesetzlichen Krankenversicherungsschutz, ihr Anteil in Berlin beträgt 23,1 % (vgl. GSI-Tabelle [10.19-1](#)).

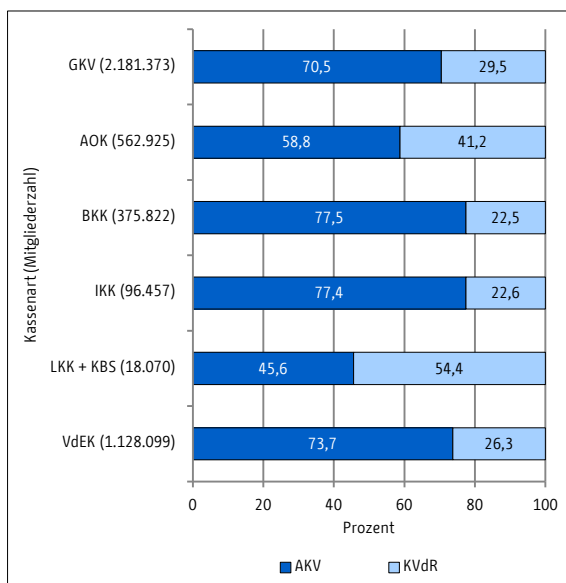
## 2.3.2 Markt-/Versichertenanteile der Kassenarten der GKV

Die Zahl der *gesetzlichen Krankenkassen* hat sich seit Anfang 2006 von 378 auf 134 zum Jahresanfang 2013 erheblich reduziert. Hintergrund sind zunehmende Kassenfusionen innerhalb der gleichen Kassenart, aber auch kassenartenübergreifende Zusammenschlüsse (vgl. GSI-Tabelle [10.23z-1](#)).

Zum Stichtag 01.07.2012 haben in Deutschland die Ersatzkassen mit einem GKV-Versichertenanteil von 36,9 % den größten *Marktanteil* zu verzeichnen. In Berlin beträgt der Versichertenanteil bei den bundesweiten Ersatzkassen

**Anteil der bei Ersatzkassen Versicherten liegt in Berlin bei 51 %.**

**Abbildung 2.13:**  
Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung in Berlin am 01.07.2012 nach allgemeiner Krankenversicherung (Pflicht- und freiwillige Mitglieder, AKV) und Krankenversicherung der Rentner (KVdR) sowie Kassenarten



(Datenquelle: BMG / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

(wie u. a. die Techniker Krankenkasse, die Barmer GEK) sogar 51,1 %. Bei der AOK-Gemeinschaft sind 26,4 % der Berlinerinnen und Berliner versichert gegenüber dem bundesweiten AOK-Marktanteil von 34,9 %. Das BKK-System liegt in Berlin mit einem Versichertenanteil von 17,4 % nicht weit über dem BKK-Bundesdurchschnitt von 16,7 % (vgl. GSI-Tabelle [10.19-4 a](#)).

Die *Versicherten- bzw. Mitgliederstrukturen der einzelnen Kassenarten* sind unterschiedlich. So hat das AOK-System bundesweit mit 37,4 % den höchsten Anteil an Rentenbeziehern, in Berlin beträgt der AOK-Rentneranteil sogar 41,2 %. Bei den Ersatzkassen liegt dagegen der Anteil der Rentnerinnen und Rentner in Berlin nur bei 26,3 % gegenüber dem Bundesdurchschnitt von 30,2 %. Rund 22,5 % der Berliner BKK-Versicherten sind in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR), der BKK-Bundesdurchschnitt liegt bei 25,2 % (vgl. Abbildung 2.13 und GSI-Tabelle [10.19-2](#)).

## 2.3.3 Krankenversicherungspflicht für die Bevölkerung

### Krankenversicherungspflicht in der GKV

**Gesetzliche Regelung, damit niemand ohne Schutz im Krankheitsfall ist.**

In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht seit 01. April 2007 *Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V* für Menschen, die keinen Krankenversicherungsschutz haben und *der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen* sind. Diese Vorschrift erfüllt eine Auffangfunktion. Hierdurch wird für diesen *Personenkreis* das politische Ziel umgesetzt, dass in Deutschland niemand ohne Schutz im Krankheitsfall sein soll. Deutschland hat im Gegensatz zu den meisten anderen europäischen Ländern keine Einwohnerversicherung. Vielmehr wird der Schutz im Krankheitsfall in einem pluralistisch gegliederten System gewährt, dessen wesentliche Träger die gesetzliche und die private Krankenversicherung sind. Auf Grund des Fehlens einer umfassenden Versicherungspflicht für alle Einwohner war nicht ausgeschlossen, dass Personen weder die Zugangsvoraussetzungen zur gesetzlichen Krankenversicherung erfüllten, noch die Möglichkeit hatten, eine private Krankenversicherung abzuschließen, beziehungsweise den Versicherungsschutz in ihrem bisherigen System - etwa durch die Nichtzahlung der Beiträge oder Prämien - verloren hatten. Sofern in diesen Fällen auch kein Anspruch auf eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall bestand, mussten sie die im Krankheitsfall entstehenden Aufwendungen in voller Höhe aus ihrem Einkommen oder Vermögen selbst tragen. Aus diesem Grund wurden diese Personen in die Versicherungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen.

Die *Versicherungspflicht* tritt kraft Gesetzes mit Beginn des ersten Tages ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall im Inland *ein*. Weder ist zur Entstehung der Versicherungspflicht eine Willenserklärung erforderlich noch die Kenntnis von der Versicherungspflicht an sich. Die Versicherungspflicht ist ausgeschlossen, wenn zuletzt eine private Krankenversicherung als Vollversicherung bestanden hat oder noch besteht.

### Krankenversicherungspflicht in der privaten Krankenversicherung (PKV)

**Seit 2009 gesetzlich geregelte Aufnahmepflicht auch in der privaten Krankenversicherung.**

Seit dem 1. Januar 2009 gilt die *Versicherungspflicht* auch für Menschen, die *der privaten Krankenversicherung zuzuordnen* sind, wie zum Beispiel Selbstständige. Für diese Personen, die zuletzt privat krankenversichert waren, wurden die privaten Krankenversicherungsunternehmen verpflichtet, einen Versicherungsschutz als *brancheneinheitlichen Basistarif* anzubieten. Er enthält ein Leistungsangebot, das mit jenem der GKV weitgehend übereinstimmt. Die Höhe der Beiträge des Basistarifs richtet sich nach dem Eintrittsalter und dem Geschlecht des Versicherungsnehmers, nicht jedoch nach seinem Gesundheitsstatus. Dennoch wird eine Risikoprüfung für den Fall vorgenommen, dass später ein Wechsel vom Basistarif in einen anderen Tarif erfolgt. Es besteht jedoch wie bei der GKV ein Annahmeweg (so genannter Kontrahierungszwang). Das ist die gesetzliche Verpflichtung der PKV-Unternehmen zur Aufnahme des genannten Personenkreises, der nicht der GKV zuzuordnen ist.

### Kündigungsschutz

**Eine Kündigung der sogenannten Pflichtversicherung ist ausgeschlossen.**

Die Versicherungspflicht und auch der Grundgedanke, dass es keine Menschen in Deutschland mehr ohne Versicherungsschutz geben soll, führen dazu, dass Versicherte ihren Versicherungsschutz nicht mehr verlieren können, wenn sie ihre Beiträge nicht bezahlen. Eine Kündigung der sogenannten Pflichtversicherung ist nunmehr selbst bei der privaten Krankenversicherung ausgeschlossen. Werden die *Beiträge nicht bezahlt*, ruhen die Leistungen. Der Versicherte erhält - egal ob gesetzlich oder privat versichert - nur noch unaufschiebbare Leistungen, beispielsweise bei akuten Erkrankungen oder Schmerzzuständen sowie bei

Schwangerschaft und Mutterschaft. Außerdem werden weiterhin notwendige Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, wie Herz-Kreislauferkrankungen und Diabetes (Zuckerkrankheit) von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert. Der Versicherte kann auch durch Abschluss einer Ratenzahlungsvereinbarung mit der Krankenkasse seine Beitragsrückstände abbauen, was dann in der Regel auch den vollen Leistungsanspruch nach sich zieht, solange die Rückstandsraten vertragsgemäß gezahlt werden.

### Keine Krankenversicherung trotz Versicherungspflicht

Trotz der Einführung der Krankenversicherungspflicht für alle Bürgerinnen und Bürger ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall gibt es immer noch Menschen, die keine Krankenversicherung haben. In Deutschland waren das nach Ergebnissen des Mikrozensus 2011 etwa 137.000 Personen, rd. 7.000 von ihnen lebten in Berlin. Gemessen an der jeweiligen Gesamtbevölkerung waren *je 100.000 Einwohner etwa 170 der in Deutschland und 199 der in Berlin lebenden Menschen nicht krankenversichert*. Gegenüber den 2007 erhobenen Mikrozensusdaten wurde damit ein deutlicher Rückgang der Zahl nicht Krankenversicherter erkennbar, der bundesweit bei 30 % und in Berlin bei 23 % lag. Der Anteil nicht Krankenversicherter ist bei Männern höher als bei Frauen; am häufigsten sind Personen ohne Krankenversicherungsschutz unter Erwerbslosen und Selbstständigen anzutreffen, bei ihnen erreicht die Nicht-Versichertenquote - wie die Deutschlandergebnisse zeigen - etwa das Vierfache des Durchschnittswerts (vgl. GSI-Tabellen [10.17-1](#) und [10.17-2](#)).

**2011 waren deutlich weniger Menschen ohne Krankenversicherungsschutz als noch 2007.**

*Wer sich nicht krankenversichert*, muss nicht mit einem Bußgeld rechnen. Hat sich jedoch ein bislang nicht Versicherter nach dem Eintritt der GKV-Versicherungspflicht seit 01. April 2007 / Private Krankenversicherung seit 01. Januar 2009 nicht versichert und braucht eine medizinische Behandlung, könnte es für den Betroffenen teuer werden. Dann nämlich schuldet er der gesetzlichen Krankenkasse oder privaten Versicherung, wo er zugeordnet ist, die seit Beginn der Versicherungspflicht nicht bezahlten Beiträge.

## 2.3.4 Krankenkassenwahlrecht

Mit dem *Gesetz zur Neuregelung der Krankenkassenwahlrechte vom 27.07.2001* wurde das Krankenkassenwahlrecht ab dem 01.01.2002 umgestaltet. Seither können Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte die Mitgliedschaft bei ihrer Krankenkasse zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats *kündigen und eine andere Krankenkasse wählen*. Das Krankenkassenwahlrecht kann ab dem 15. Lebensjahr ausgeübt werden. An die Wahlentscheidung sind die Mitglieder grundsätzlich 18 Monate gebunden. Es sei denn eine Krankenkasse erhebt oder erhöht den Zusatzbeitrag. In einem solchen Fall hat das Mitglied ein Sonderkündigungsrecht und ist nicht auf die 18-monatige Bindungsfrist angewiesen.

Für Versicherte, die bei ihrer bestehenden Krankenkasse einen *Wahltarif gemäß § 53 SGB V* abgeschlossen haben, verlängert sich die Kündigungsfrist. So besteht bei Abschluss eines Wahltarifes eine Mindestbindungsfrist von einem Jahr bis zu drei Jahren (gilt nicht für § 53 Abs. 3 SGB V). Mit Abschluss eines Wahltarifvertrages ist der Versicherte - sofern kein Zusatzbeitrag neu erhoben oder erhöht wird - für die Mindestbindungsfrist an den Wahltarif gebunden. Ein Krankenkassenwechsel ist in dieser Zeit nicht möglich.

**Abschluss eines Wahltarifvertrages verlängert Kündigungsfrist.**

Grundsätzlich können alle Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten zwischen *verschiedenen Krankenkassen* wählen. Die gesetzliche Grundlage für das allgemeine Wahlrecht ist der § 173 SGB V. Daneben gibt es noch ein besonderes Wahlrecht nach § 174 SGB V. Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte können nach dem allgemeinen Wahlrecht wählen:

- die Ortskrankenkasse des Beschäftigungs- oder Wohnorts,
- jede Ersatzkasse, deren Zuständigkeit sich nach der Satzung auf den Beschäftigungs- oder Wohnort erstreckt,
- die Betriebs- oder Innungskrankenkasse, wenn sie in dem Betrieb beschäftigt sind, für den die Betriebs- oder die Innungskrankenkasse besteht,
- die Betriebs- oder Innungskrankenkasse, wenn die Satzung der Kasse dies vorsieht,
- die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See,
- die Krankenkasse, bei der vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 SGB V bestanden hat,
- die Krankenkasse, bei der der Ehegatte oder der Lebenspartner versichert ist.

Studenten können zusätzlich die Ortskrankenkasse oder jede Ersatzkasse an dem Ort wählen, in dem die Hochschule ihren Sitz hat. Versicherte Rentner können zusätzlich auch die Betriebs- oder Innungskrankenkasse wählen, die für das Unternehmen besteht, in dem der Rentner beschäftigt war.

Für *familienversicherte Personen* besteht *kein eigenes Wahlrecht*. Sie sind immer an die Wahl des Mitgliedes, bei dem die beitragsfreie Familienversicherung erfolgt, gebunden.

Im Abschnitt 2.3 verwendete Quellen vgl. Fußnoten<sup>15, 16, 17, 18</sup>.

## 2.4 Umweltbezogener Gesundheitsschutz: Badegewässerprofile und deren Umsetzung in Berlin

### 2.4.1 Bedingungen zur Erstellung von Badegewässerprofilen

#### Rechtliche Anforderungen

Die Badegewässerrichtlinie 2006/7/EG über die Qualität der Badegewässer und deren Bewirtschaftung wurde im Land Berlin mit Beginn der Badesaison 2008 durch die *Berliner Badegewässerverordnung* umgesetzt. Sie enthält neue Bestimmungen für

- die Überwachung und Einstufung der Qualität von Badegewässern,
- die Bewirtschaftung der Badegewässer hinsichtlich ihrer Qualität und
- die Information der Öffentlichkeit über die Badegewässerqualität.

**Aktives Management zur Verbesserung der Badegewässerqualität.**

Die Badegewässerrichtlinie ergänzt die Wasserrahmenrichtlinie 2000/60/EG hinsichtlich der menschlichen Gesundheit. Eine wesentliche Änderung ist die geforderte *Erstellung von Badegewässerprofilen mit dem Ziel* entsprechende Bewirtschaftungsmaßnahmen für das Gewässersystem zu ergreifen und die aktive Verbesserung der Badegewässerqualität zu betreiben. Stand bisher der Ansatz der Qualitätsüberwachung, d. h. die Datensammlung und die Bewertung der Badegewässerqualität unter hygienischen Aspekten im Vordergrund, so soll mit der Erstellung von Badegewässerprofilen ein aktives Management eines Badegewässers/einer Badestelle eingeführt werden, welches über eine reine Qualitätsüberwachung hinausgeht (Bewirtschaftungsansatz analog zur Wasserrahmenrichtlinie).

Das jeweils für eine konkrete Badestelle erarbeitete Badegewässerprofil umfasst insbesondere die Bestandsaufnahme und Beurteilung möglicher *Verschmutzungsquellen* und eine Aussage zur Reduzierung der Quellen von hygienischen Verschmutzungen. Abweichend vom Umweltrecht ist im Sinne der EU-Badegewässerrichtlinie unter einer „Verschmutzung“ insbesondere das Vorliegen von mikrobiologischen Verunreinigungen zu verstehen. Das Vorhandensein von anderen Organismen oder chemischen Stoffen

<sup>15</sup> Bund der Versicherten e.V. (03/2011): Gut versichert in der privaten Krankenversicherung oder der gesetzlichen Krankenkasse.

<sup>16</sup> Deutscher Bundestag - 16. Wahlperiode Drucksache 16/3100.

<sup>17</sup> Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen (07/2012): Rückkehr in die Krankenversicherung.

<sup>18</sup> Sozialgesetzbuch V (SGB V).