

Funkcjonowanie systemu zdrowotnego w Niemczech
Przewodnik dla obcokrajowców

Zadbajmy wspólnie o zdrowie



Impressum

Das deutsche Gesundheitssystem
Ein Wegweiser für Migrantinnen und Migranten
Gesundheit Hand in Hand

Herausgeber:
BKK Bundesverband
Kronprinzenstraße 6, 45128 Essen
Internet: www.bkk.de

Konzeption, Inhalt und Erstellung:
Ethno-Medizinisches Zentrum e.V. (EMZ)
Königstr. 6, 30175 Hannover
E-Mail: ethno@onlinehome.de
Internet: www.bkk-promig.de

Koordination: Ramazan Salman und Björn Menkhaus (EMZ)
Redaktion: Ramazan Salman, Björn Menkhaus, Stephanie Knostmann
Lektorat: Stephanie Knostmann
Übersetzung: Dolmetscherdienst - Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.
Gestaltung, Satz & Fotografie: Mike Brockschmidt (www.mike-brockschmidt.de)
Druck: Horstmann-Druck (www.horstmandruck.de)

Das Ethno-Medizinische Zentrum e.V. wird durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit sowie durch die Stadt und Region Hannover institutionell gefördert.

Wenn in diesem Wegweiser Personengruppen benannt sind, wird im folgenden die männliche Schreibweise verwendet. Es sind aber weibliche und männliche Personen gleichermaßen gemeint. Dies geschieht aus Gründen des besseren Leseflusses und ist nicht als diskriminierend zu verstehen.

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf deshalb der vorherigen schriftlichen Genehmigung des Herausgebers.

„BKK“ und das BKK Logo sind registrierte Schutzmarken des BKK Bundesverbandes.

Stand: Dezember 2006

Przedmowa

„Zadbajmy wspólnie o zdrowie“ – myśl przewodnią tego informatora o funkcjonowaniu niemieckiego systemu opieki zdrowotnej należy traktować poważnie: Nikt nie zostanie w Niemczech pozostawiony bez opieki, gdy jest chory i potrzebujący pomocy. Ta broszura ma właśnie na celu pomóc wszystkim migrantom w szybkim zorientowaniu się w niemieckiej służbie zdrowia oraz odnalezieniu właściwych adresów i doradców.

„Zadbajmy wspólnie o zdrowie“ - oznacza także, że odpowiedzialność za siebie i solidarna pomoc w razie choroby wzajemnie się uzupełniają. Być odpowiedzialnym za siebie oznacza przejęcie odpowiedzialności za własne zdrowie - o ile jest to możliwe. Zdrowy tryb życia, wystarczająco wczesne korzystanie z profilaktycznych badań kontrolnych, aktywny współudział w procesie leczenia i rehabilitacji pomagają zapobiec pojawieniu się choroby lub niepełnosprawności, mogą je opóźnić lub spowodować szybszy powrót do zdrowia. Dlatego zamieszczone zostały w tej broszurze adresy instytucji zdrowotnych, które mogą udzielić Państwu dalszych wskazówek.

Życzę Państwu „zdrowego” startu w przyszłość i mam nadzieję, że wszyscy nowi obywatele Niemiec szybko się tu zdomowią.

Ulla Schmidt

Minister Zdrowia

Przedmowa

Przewodnik „Zadbajmy wspólnie o zdrowie - niemiecki system opieki zdrowotnej“, wydany przez BKK i Ethno-Medizinisches Zentrum Hannover e.V., ukazuje się już w trzecim nakładzie w postaci tego poradnika, który w Niemczech nie ma sobie równych. Jako Pełnomocnik Rządu Niemieckiego ds. Obcokrajowców cieszę się tym dodatkowym krokiem na drodze do lepszej integracji w Niemczech.

Tylko ten, kto kiedykolwiek się ciężko za granicą rozchorował i potrzebował opieki lekarskiej, potrafi ocenić, z jakimi problemami muszą zmierzyć się żyjący w Niemczech migranci, gdy chcą się odnaleźć w niemieckim systemie opieki zdrowotnej. Dzięki projektowi „Z migrantami, dla migrantów”, w ramach którego powstał ten poradnik, zostały odnalezione nowe i obiecujące sukces drogi wspierania zdrowia wśród migrantów. Istotnym sukcesem tego projektu okazało się równe traktowanie wszystkich uczestników. Poprzez kształcenie migrantów utworzyła się dość duża grupa mediatorów, którzy swoją wiedzę z zaangażowaniem i w nieskomplikowany sposób przekazują swoim rodakom. Dlatego także coraz bardziej cieszy fakt, że ten początkowo dość mały, regionalny projekt rozwija się w całym kraju i tworzy nowy ruch poprawy zdrowia i szansy na zdrowszy tryb życia migrantów.

Tysiące zainteresowanych zacerpnęło do tej pory korzyści z tego projektu dla siebie i swoich najbliższych. Poprzez dalsze poszerzanie kręgu odbiorców oraz rozpowszechnianie tego poradnika liczba zainteresowanych może się wielokrotnie pomnożyć. Cieszy mnie fakt, że moim patronatem mogą się do tego przyczynić.

Prof. Dr. Maria Böhmer

Pełnomocnik Rządu Niemieckiego ds. Obcokrajowców, Uchodźców i Integracji

Spis treści

Państwa zdrowie jest dla nas najcenniejsze!	6
BKK pragnie poinformować...	7
1. Ubezpieczenie zdrowotne	8
• Ustawowe ubezpieczenie zdrowotne • Kto jest ubezpieczony ustawowo? • Wolny wybór Kas Chorych • Usługi ustawowych Kas Chorych • Dopłaty do usług • Zwolnienie od doopłat	
• Prywatne ubezpieczenie zdrowotne • Usługi według kodeksu prawnego dla azylantów	
• Usługi zdrowotne według kodeksu socjalnego SGB XII (Pomoc Socjalna)	
2. Z wizytą u lekarza	18
• Który lekarz jest dla mnie najlepszy? • Przygotowanie do wizyty u lekarza • Co należy zabrać ze sobą do lekarza • Rozmowa z lekarzem • Do obowiązków lekarza należy • Obowiązek zachowania tajemnicy zawodowej • Regularne badania profilaktyczne • Szczepienia ochronne	
3. W aptecę	24
4. Z wizytą u stomatologa	26
• Profilaktyka, która się opłaca • Koronka, mostek oraz proteza zębowa • Plan i kosztorys leczenia • Koszta własne • Prywatne ubezpieczenie zdrowotne • Leczenie dentystyczne za granicą	
5. Pobyt w szpitalu	30
• Welches Krankenhaus ist das richtige für mich? • Verordnung zur Krankenhausbehandlung (Einweisung) • Krankenhausvertrag • Was nehme ich mit ins Krankenhaus?	
• Anamnese • Häufige Untersuchungen • Aufklärung vor Operationen, Ärztepfllichten	
• Krankenhausalltag • Entlassung	
6. Publiczna służba zdrowia	39
7. Jak zachować się w razie wypadku?	41
Kontakty	43
Wspólnymi siłami dla Państwa zdrowia	48
Notatki	49

Państwa zdrowie jest dla nas najcenniejsze!

Niemiecki system opieki zdrowotnej zaliczany jest do jednych z najlepszych w świecie - ale niestety nie do najprostszych. Nie tylko obcokrajowcom, którzy właśnie przyjechali do Niemiec lub którzy tu tylko krótko mieszkają, jest ciężko zrozumieć, jak on funkcjonuje. Sama odpowiedź na pytanie, czy i gdzie można się najlepiej ubezpieczyć, jest dość skomplikowana i może budzić wątpliwości. Do kogo zwrócić się w razie choroby? Zgłosić najpierw do lekarza czy jednak bezpośrednio do szpitala? A jeżeli do lekarza, to do jakiego?

Odpowiedzi na te pytania chcemy Państwu udzielić w „Przewodniku po niemieckim systemie opieki zdrowotnej”, który został opracowany i wydany w wielu językach przez BKK Bundesverband oraz Ethno-Medizinisches Zentrum e.V. Nawet jeśli z powodu obszerności tematu nie udało nam się odpowiedzieć na wszystkie Państwa pytania, staraliśmy się, aby przewodnik ten dostarczył wyczerpujących informacji przynajmniej o podstawowym zakresie usług niemieckiej służby zdrowia. Na ostatnich stronach „Przewodnika“ znajdziecie Państwo adresy urzędów, instytucji, związków itp., do których możecie zwrócić się Państwo w razie dalszych pytań.



„Zadbajmy wspólnie o zdrowie. System opieki zdrowotnej w Niemczech. Przewodnik dla migrantów“ jest częścią inicjatywy BKK pod hasłem: „Więcej zdrowia dla wszystkich“, w ramach której podejmowane są różne projekty oraz działania w aktywny sposób przyczyniające się do polepszenia zdrowia. Owe działania mają na celu służyć ludziom szczególnie tego wsparcia potrzebującym, którzy są np. zdrowotnie bardziej obciążeni lub którzy nigdy dotąd nie mieli możliwości w większym stopniu zadbać o swoje zdrowie.

Mamy nadzieję, że publikacja ta przyczyni się do tego, abyśmy wspólnie lepiej zadbali o zdrowie.

BKK pragnie poinformować ...

... o zdrowiu i integracji w Niemczech.

Zakładowe Kasy Chorych (BKK) są jedną z największych i najdłużej działających form ubezpieczenia zdrowotnego w Niemczech. W XIX wieku pracownicy i przedsiębiorcy podjęli wspólnie inicjatywę założenia „kasy chorych”, która zapoczątkowała istnienie BKK. Inicjatywa ta bazowała na istniejącej do dziś zasadzie solidarności pracujących z innymi pracującymi i ich rodzinami. W ten sposób BKK stała się przykładem dla ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego (tzw. GKV) w Niemczech.

Do połowy lat 90. XX wieku panowały tradycyjne relacje pomiędzy poszczególnymi kasami BKK oraz odpowiednimi przedsiębiorstwami. Wraz z wprowadzeniem współzawodnictwa pomiędzy kasami rozwinęło się do dnia dzisiejszego prawie 200 zakładowych kas chorych. Na początku 2006 roku zanotowano liczbę około 14 milionów ubezpieczonych w BKK. Obok działań mających na celu indywidualną promocję zdrowia, BKK angażuje się także tradycyjnie w projekty zajmujące się zakładową ochroną zdrowia (tzw. betriebliche Gesundheitsförderung), dbając w ten sposób o zdrowsze warunki pracy zarówno dla pracobiorców, jak i dla pracodawców.

Zakładowe Kasy Chorych BKK obiecują także w przyszłości nadal dbać o zdrowie wszystkich swoich klientów.

Tego mogą Państwo być pewni.

1. Ubezpieczenie zdrowotne

Ustawowe ubezpieczenie zdrowotne (GKV)

Kto żyje i pracuje w Niemczech, jest objęty zazwyczaj tzw. ustawowym ubezpieczeniem zdrowotnym. 90% ludności ubezpieczona jest ustawowo, wpłacając co miesiąc stałą składkę, obliczaną według wysokości dochodu. Część tej składki wpłaca pracownik, część - pracodawca. Ubezpieczenie ustawowe zobowiązane jest nie tylko do pokrycia kosztów leczenia pracownika, ale również do wypłaty pieniędzy w razie choroby ubezpieczonego. W razie choroby pracownika pracodawca zobowiązany jest do zapłaty zarobku przez okres sześciu tygodni. Po tym okresie, jeżeli choroba trwa dłużej, kasa chorych zobowiązana jest wypłacić ubezpieczonemu zarobku. Nie wszystkie usługi opłacane są przez kasy chorych. Przykładowo koszty leczenia homeopatycznego nie są pokrywane przez kasy i z reguły trzeba je ponosić samemu.

Zakres usług ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego ulega częstym zmianom. Kasa chorych, w której jest się ubezpieczonym, ma obowiązek informowania na bieżąco swoich klientów o zachodzących zmianach. Wypadki przy pracy i schorzenia wynikające z wykonywanej pracy objęte są specjalną ustawą.



Następnym wyjątkiem jest opieka lekarska w wypadku choroby pracownika. Jeżeli nie jest on w stanie wykonywać swojego zawodu wskutek tej choroby, może on skorzystać z pomocy innych instytucji.

Ważną cechą charakterystyczną dla ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego jest zasada solidarności. Składki uzależnione są od wysokości zarobku, gwarantują jednak każdemu, na wypadek choroby, opiekę medyczną. Solidarność zachodzi między zdrowymi i chorymi, bogatymi i biednymi, osobami samotnymi i posiadającymi rodzinę. Tak więc ten, kto więcej zarabia, płaci większą składkę ubezpieczeniową, niż ten, kto zarabia mniej. Pomimo to wszystkim przysługuje opieka medyczna na tym samym poziomie.

Kto jest ubezpieczony ustawowo?

W ubezpieczeniu ustawowym rozróżnia się między ubezpieczonymi obowiązkowo oraz ubezpieczonymi dobrowolnie. Ubezpieczeni obowiązkowo są zazwyczaj: pracownicy, młodzież szkolna, studenci, bezrobotni, emeryci, renciści oraz artyści i publicyści, których roczny zarobek brutto jest niższy niż 47.250 euro. Członkowie ich rodzin ubezpieczeni są bezpłatnie w tej samej kasie chorych, jeżeli nie mają własnych dochodów lub uzyskują bardzo niskie dochody (350 do 400 euro miesięcznie, dane z 2006 roku). Dzieci są bezpłatnie ubezpieczone tylko do pewnego wieku. Zazwyczaj zależy to od tego, czy dziecko się jeszcze uczy. Dzieci z upośledzeniem są bezpłatnie współubezpieczone niezależnie od wieku, pod warunkiem że ze względu na swoje upośledzenie nie mogą samodzielnie zadbać o swój byt.

Pracownicy, którzy zarabiają powyżej 47.250 euro brutto rocznie (stan z 2006 roku), oraz właściciele firm (tzw. Selbstständige) mogą ubezpieczyć się dobrowolnie w ustawowej lub prywatnej kasie chorych. Prywatne ubezpieczenie zdrowotne omówione zostanie w innym rozdziale.

Wolny wybór kas chorych

Wszystkie osoby ubezpieczone w ustawowych kasach chorych mają prawo wolnego wyboru kasy. Przy wyborze kasy rozsądnie jest się kierować swoim miejscem zamieszkania lub pracy. Należy także zwrócić uwagę na wysokość miesięcznej składki, gdyż nie jest ona we wszystkich kasach jednakowa, aczkolwiek zawsze składka jest tym większa, im większy zarobek. Jeżeli znajdują Państwo kasę, w której składka jest mniejsza, mogą Państwo zaoszczędzić. Nie należy jednak zapominać o tym, iż kasy oferują różne usługi, dlatego też warto się zaznajomić z katalogiem, porównać oferty i wybrać tę kasę, która najbardziej spełnia Państwa oczekiwania. Podstawowy zakres usług jest w każdej kasie taki sam, różnić się mogą one jedynie pod względem ofert dodatkowych. Informacji dotyczących katalogu usług kas chorych udzieli Państwu Federacja Konsumentów (tzw. Verbraucherschutzzentrale). Także w internecie znajduje się szereg danych na ten temat. W roku 2004 wraz z nową reformą systemu zdrowotnego wprowadzony został system premii dla ubezpieczonych. Od tego czasu kasy chorych wynagradzają swoich klientów, jeżeli w szczególny sposób dbają oni o swoje zdrowie, np. biorą udział w badaniach profilaktycznych, które pomagają wykryć chorobę we wczesnym stadium rozwoju. Jeżeli w przypadku choroby skierują się Państwo najpierw do lekarza domowego (a nie od razu do specjalisty), może to zostać finansowo wynagrodzone.

Każda kasa chorych decyduje samodzielnie o swoim systemie premii; może to być zniżka przy dopłatach do usług, jak i również obniżenie składki dla klienta, który szczególnie dba o zdrowie.

Jeżeli są Państwo niezadowoleni z usług dotychczasowej kasy chorych, istnieje możliwość złożenia wypowiedzenia członkostwa z dwumiesięcznym wyprzedzeniem. Członkostwo w tejże kasie musi jednak trwać co najmniej 18 miesięcy, chyba że kasa podwyższyła w międzyczasie składkę miesięczną. Wówczas 18 miesięcy członkostwa nie obowiązuje i wypowiedzenie umowy z kasą jest możliwe w ciągu dwóch miesięcy od dnia podwyższenia składki.

Usługi ustawowych kas chorych

W przypadku wszystkich usług gwarantowanych przez ustawowe ubezpieczenie zdrowotne istnieje jedna zasada: wszystkie one muszą być wystarczające, celowe i ekonomicznie uzasadnione. Koszty większości pozostałych usług z reguły nie są pokrywane przez kasy chorych. Szczególne życzenia, np. proteza zębowa lub plomba wykonywane ze szlachetnego materiału, pokrywane są przez pacjenta. Podobne zasady obowiązują w przypadku leczenia szpitalnego. Do usług kas chorych nie należy opłacanie kosztów opieki przez ordynatora lub pobytu w jednoosobowym pokoju. Trzeba je również opłacić sobie samemu.

Usługi ustawowych kas chorych

- wizyta u lekarza
- lekarstwa na receptę (wyjątek stanowią środki na odchudzanie i potencję)
- pobyt w szpitalu
- opieka lekarska podczas ciąży i porodu oraz usługi położnej w okresie połogu, świadczenia finansowe podczas urlopu macierzyńskiego
- badania profilaktyczne mające na celu wczesne wykrycie chorób
- badania bilansowe u dzieci i młodzieży (U1 do U9 i J1)
- szczepienia ochronne (nie dotyczy szczepień przed podróżami)
- profilaktyka, leczenie dentystyczne, częściowe pokrycie kosztów protezy zębowej
- świadczenia pieniężne w razie choroby (także w razie konieczności opieki nad chorym dzieckiem)
- psychoterapia
- rehabilitacja, sanatoria
- w drodze wyjątku pokrycie kosztów związanych z transportem chorego
- opieka nad chorym w domu, jeżeli skróci lub pomoże to uniknąć pobytu w szpitalu i gdy członkowie rodziny nie mogą przejąć opieki nad chorym
- w pewnych sytuacjach pomoc domowa, np. gdy ubezpieczony przebywa w szpitalu lub jest na rehabilitacji lub badaniach kontrolnych
- zabiegi lub terapie lecznicze (np. gimnastyka, terapia logopedyczna, masaże itp.)
- środki pomocnicze (np. wózki inwalidzkie, aparaty słuchowe, okulary tylko dla dzieci i młodzieży poniżej 18. roku życia oraz dorosłych z poważnymi wadami wzroku)

Jeżeli korzystają Państwo częściej z ofert, które nie należą do katalogu usług finansowanych przez ustawową kasę chorych, dobrze jest ubezpieczyć się dodatkowo prywatnie. Informacje dotyczące dodatkowego ubezpieczenia (tzw. Zusatzversicherung) także można uzyskać w ustawowej kasie chorych. Dodatkowe ubezpieczenie w tej samej kasie chorych niesie ze sobą korzystniejsze warunki umowy i szereg zniżek.

Większość usług pokrywana jest tylko i wyłącznie na terenie Niemiec. Kasy chorych pokrywają także część kosztów leczenia ambulatoryjnego na terenie Europy. Ta reguła obowiązuje przede wszystkim we wszystkich krajach Unii Europejskiej, poza tym w Islandii, Norwegii, Szwajcarii, Macedonii i Liechtensteinie. Także z Turcją, Chorwacją, Tunezją oraz paroma innymi państwami zostały podpisane osobne umowy. Osoby, które ubezpieczone są w ustawowej kasie chorych, a przebywają dużą część roku za granicą lub spędzają tam często urlop, powinny poinformować się w swojej kasie, jakie umowy podpisane zostały z danym krajem.

Pobyt w szpitalu poza granicami kraju zrefundowany zostanie wyłącznie po wcześniejszym uzyskaniu zgody na leczenie od kasy chorych, do której należymy.

Dopłaty do usług

W przypadku niektórych usług z zakresu ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego pacjentów (powyżej 18. roku życia) obowiązują dopłaty.

Po dokonaniu jakiegokolwiek dopłaty należy zażądać pokwitowania. Zaleca się przechowywać wszystkie rachunki, także pokwitowania za opłaty kwartalne u lekarza, gdyż obciążenie finansowe nie może być zbyt duże. Jeżeli granica obciążenia (tzw. Belastungsgrenze) została przekroczona, istnieje możliwość zwolnienia pacjenta do końca roku z dopłat. Jeżeli granica została już przekroczona, nadpłata zostanie zwrócona. Wiele kas chorych oferuje specjalne bloczki, w których można umieścić wszystkie pokwitowania.

Dopłaty do usług

- Wizyta u lekarza: Opłata 10 euro od osoby za pierwszą wizytę lekarską w kwartale. Jeżeli po zapłaceniu tej kwoty poprosicie Państwo o skierowanie do specjalisty lub pokazęcie pokwitowanie, unikniecie kolejnych opłat kwartalnych u innego lekarza. Reguła ta nie dotyczy wizyty u dentysty, ponieważ tam obowiązuje oddzielna opłata kwartalna w wysokości także 10 euro. Opłata nie obowiązuje w przypadku badań kontrolnych u dentysty, badań profilaktycznych oraz w razie szczepienia.
- Lekarstwa i środki opatrunkowe: Obowiązuje dopłata w wysokości 10% ceny produktu, min. 5 euro, max. 10 euro za produkt, jednak nie więcej niż rzeczywista cena produktu (leku). Lekarstwa bez recepty opłacane są – w większości przypadków - prywatnie. Jeżeli kupujemy poza stałymi godzinami otwarcia apteki, może obowiązywać dopłata w wysokości 2,50 euro za każdy kupiony produkt. Niektóre leki na receptę mają tańsze odpowiedniki (tzw. leki generyczne), które nie są objęte dopłatą. W tej sprawie mogą Państwo poradzić się lekarza lub aptekarza.
- Zabiegi terapeutyczne, opieka domowa nad chorym: Dopłata w wysokości 10% ceny + 10 euro za zlecenie lekarza.
- Sprzęt, środki pomocnicze: Dopłata w wysokości 10% za produkt, min. 5 euro, max. 10 euro; w przypadku produktów do użytku codziennego nie więcej niż 10 euro miesięcznie.
- Leczenie szpitalne: 10 euro za dzień, max. 28 dni w roku kalendarzowym.
- Leczenie stacjonarne i rehabilitacja oraz rehabilitacja dla dziecka i matki lub ojca: 10 euro dziennie, przy dalszych badaniach max. 28 dni w roku.
- Koronka, mostek, proteza zębowa: Ustawowa kasa chorych pokrywa pewną stałą część kosztów. Dodatek ten nie jest jednak obliczany, jak do tej pory, według wybranego zabiegu, lecz na podstawie lekarskiego orzeczenia i zabiegów, które się przy tym orzeczeniu zazwyczaj stosuje (leczenie regularne). Osoby, które regularnie chodzą do dentysty i mogą zaświadczyć w specjalnej karcie (tzw. Bonusheft), że raz w roku uczestniczyły w badaniach profilaktycznych, otrzymują za ostatnie 5 lat 20% zniżki, a za ostatnie 10 lat 30% zniżki. Dodatkowe koszty trzeba jednak pokryć samemu, chyba że ma się dodatkowe ubezpieczenie prywatne.

Zwolnienie z dopłat

Nikt jednak nie powinien być przez dopłaty zbyt mocno obciążony finansowo. Generalne zwolnienie z dopłat, także z opłaty kwartalnej, obowiązuje dzieci i młodzież do lat 18. Wyjątkiem są koszty dojazdu do lekarza, dopłaty do usług dentystycznych oraz leczenie szczękowo-ortopedyczne.

Ogólna granica obciążenia pacjenta wynosi 2% rocznego zarobku brutto. Tzn. osoba, która na podstawie wszystkich rachunków z dopłat i opłat kwartalnych w ciągu roku zapłaciła więcej niż 2% rocznego zarobku brutto, może złożyć podanie w kasie chorych i zostać zwolniona do końca roku z wszelkich następnych dopłat. Kasa chorych wystawia zaświadczenie, które ubezpieczony przedstawia u lekarza, w szpitalu lub w aptece. Dla osób cierpiących na schorzenia przewlekłe, będących pod stałą opieką lekarską granica obciążenia wynosi 1%. Zasada ta obowiązuje także wtedy, jeżeli to dziecko, a nie główny ubezpieczony, jest przewlekłe chore. Granica obciążenia w rodzinie jest obliczana na podstawie zarobków brutto obydwu małżonków lub partnerów i dzieci, także wszystkich dopłat i opłat kwartalnych. Dla rodzin obowiązują szczególne udogodnienia oraz dodatkowe zniżki.

Szczególne reguły obowiązują osoby, które nie pracują i otrzymują zapomogę od państwa lub pomoc socjalną na podstawie SGB XII, weteranów wojennych, a także osoby otrzymujące zasiłek dla bezrobotnych (tzw. Arbeitslosengeld II).

W przypadku zwolnienia od dopłat u stomatologa obowiązują osobne zasady, o informacje mogą Państwo zgłosić się do kasy chorych.

Prywatne ubezpieczenie zdrowotne

Ubezpieczeniem prywatnym mogą być objęte osoby zarabiające powyżej 47.250 euro brutto rocznie (stan 2006), urzędnicy państwowi (tzw. Beamter) lub właściciele firm (tzw. Selbstständige). Składki w ubezpieczeniu prywatnym w przeciwieństwie do ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego nie są obliczane wg zarobku. Ubezpieczenie prywatne wymaga podpisania umowy, w której zawarty jest zakres usług, które pokrywa ubezpieczenie. Składka uzależniona jest od wielu czynników. Im większy zakres usług, tym wyższa składka ubezpieczeniowa. Umowa zawierać może np. pokrycie kosztów leczenia przez ordynatora szpitala lub pobyt w szpitalu w pokoju jednoosobowym. Znaczenie mają także płeć, wiek oraz stan zdrowia ubezpieczonego. W ubezpieczeniu prywatnym składka ustalana jest według ryzyka zachorowania, jest zatem większa dla osób starszych i schorowanych niż dla osób młodych i zdrowych. Kobiety wpłacają więcej niż mężczyźni. W przypadku ubezpieczenia rodzinnego obowiązuje dodatkowa składka dla członków rodziny. Poza tym osoba ubezpieczona prywatnie musi wpięrsz sama pokryć koszty wizyty u lekarza, pobytu w szpitalu czy nawet lekarstw, które później zwraca w całości lub częściowo ubezpieczenie.

Usługi na podstawie Ustawy o świadczeniach dla ubiegających się o azyl

Osoby ubiegające się o azyl, uchodźcy zobowiązani do wyjazdu lub których pobyt jest tylko czasowo tolerowany ze względów politycznych lub humanitarnych nie mogą ubezpieczyć się ustawowo. Przystąpienie do ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego możliwe jest dla nich dopiero po upływie 3 lat pobytu w Niemczech, chyba że w międzyczasie uzyskali oni prawo do azylu. Dopóki osoby te nie są pod opieką ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego, mogą one korzystać z usług zdrowotnych według Ustawy o świadczeniach dla ubiegających się o azyl.

Prawo do nieograniczonej pomocy medycznej mają one wtedy tylko w przypadku nagłych i bolesnych schorzeń.

W przeciwieństwie do ustawowego ubezpieczenia obowiązuje tutaj bowiem szereg ograniczeń, np. w razie potrzeby leczenia dentystycznego dla protez zębnych czy zabiegów chirurgii szczęki. W tej sytuacji pomoc możliwa jest tylko w nagłych przypadkach z groźbą powikłań.

Leczenie dentystyczne, jak np. wstawienie mostka, koronki lub protezy, jest możliwe tylko wtedy, jeżeli jest ono nieuniknione, a pacjent w razie jego nieotrzymania odniesie poważne szkody. Generalnie pacjent ma prawo tylko do tych świadczeń, które są niezbędne dla zachowania zdrowia, np. w przypadku zaostrzenia się choroby, pojawienia się nowych objawów lub gdy grozi trwały uszczerbek na zdrowiu. Jeżeli zachodzi podejrzenie, że wbrew prawu odmówiono Państwu niektórych świadczeń, najlepiej zgłosić się do poradni dla uchodźców, poradni pacjenta lub prawnika o pomoc i poradę.

Świadczenia na podstawie Ustawy o świadczeniach dla ubiegających się o azyl

- Badania kontrolne w czasie ciąży, opieka lekarska w czasie porodu i połogu
- Badania bilansowe według ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego: dla dzieci i młodzieży, tj. U1 do J1, ginekologiczne badania profilaktyczne, coroczne badania profilaktyczne mające na celu wykrycie nowotworów u kobiet po 20. roku życia i mężczyzn po 45. roku życia, ogólne badania lekarskie dla osób po 35. roku życia (co 2 lata)
- Dentystyczne badania profilaktyczne (co pół roku) dla dzieci i młodzieży poniżej 18. roku życia, powyżej 18. lat - corocznie
- Zwykłe szczepienia ochronne dla dzieci, szczepienia przeciw tężcowi, błonicy, chorobie Heinego-Medina dla dorosłych, dalsze szczepienia, jeżeli osoba znajduje się w grupie ryzyka

Aby uzyskać możliwość korzystania z usług na podstawie Ustawy o świadczeniach dla ubiegających się o azyl, należy dysponować specjalną książeczką zdrowia (tzw. Krankenschein), którą należy przedłożyć lekarzowi. Książeczkę tą wydaje urząd pomocy społecznej (Sozialamt) na okres trzech miesięcy.

Osoby otrzymujące usługi na podstawie Ustawy o świadczeniach dla ubiegających się o azyl zwolnione są od wszelkich dopłat, np. opłat kwartalnych, dopłat do lekarstw.

Zaświadczenie potwierdzające zwolnienie od dopłat można uzyskać w urzędzie dla uchodźców lub w kasie chorych sprawującej opiekę nad tą osobą.

Jeżeli ktoś przez 3 lata otrzymywał usługi na podstawie Ustawy o świadczeniach dla ubiegających się o azyl, może poprzez urząd pomocy społecznej otrzymać kartę ubezpieczeniową kasy chorych własnego wyboru. Pod warunkiem jednak, że spełnił wszystkie wymogi według § 2 AsylbLG (także § 264 SGB). Osoba ta może od tej pory korzystać z wszystkich usług kasy chorych, musi jednak pokryć samodzielnie wszystkie dopłaty, najwyżej jednak 82,80 euro w roku (rachunki zachować!). Wtedy kasa chorych wystawi zaświadczenie o zwolnieniu od dopłat.

Usługi zdrowotne według Kodeksu socjalnego SGB XII (pomoc społeczna)

Migranci, którzy przebywają legalnie na terenie Niemiec i nie podlegają Ustawie o świadczeniach dla ubiegających się o azyl oraz nie są ubezpieczeni ustawowo ani prywatnie, otrzymują usługi zdrowotne według Kodeksu socjalnego SGB XII. Jeżeli osoba otrzymuje pomoc społeczną przez okres dłuższy niż jeden miesiąc, podlega ona opiece ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego, także w tej sytuacji możliwy jest wolny wybór kasy chorych. Jeżeli z różnych względów opieka przez kasę chorych nie jest możliwa, należy złożyć wniosek w urzędzie pomocy społecznej o wystawienie książeczki zdrowia (tzw. Krankenschein), jak i podanie o pokrycie kosztów badań lekarskich. Prawo takie posiadają osoby o niskich dochodach, nie posiadające ubezpieczenia zdrowotnego, a wymagające leczenia. Muszą jednak one przedstawić w urzędzie pomocy społecznej odpowiednie dokumenty.

2. Z wizytą u lekarza

Który lekarz jest dla mnie najlepszy?

Bez względu na to, czy są Państwo ubezpieczeni ustawowo, czy prywatnie, mają Państwo możliwość dowolnego wyboru lekarza. Ustawowe ubezpieczenie obejmuje tylko usługi lekarzy, którzy zawarli odpowiednie umowy z ubezpieczeniem (tzw. Vertagsärzte). Taką umową objęci są jednak prawie wszyscy lekarze.

Rozróżnia się między lekarzami domowymi a specjalistami (np. ginekolog, laryngolog). Status lekarza domowego posiadają lekarze medycyny ogólnej, pediatrzy oraz niektórzy interniści. Zaleca się, aby w razie choroby korzystać z usług tego samego lekarza domowego, ponieważ miał on okazję zaznajomić się z pacjentem i z historią jego choroby, i wie, w jakim stanie się on znajduje. W razie potrzeby wypisze on skierowanie do specjalisty. Mogą Państwo naturalnie pójść bezpośrednio do specjalisty, jednak wtedy trzeba ponownie zapłacić opłatę kwartalną (10 euro). Niektóre kasy chorych wynagradzają pacjentów, którzy zgłaszają się najpierw do lekarza domowego.

Przed udaniem się do lekarza, należy dokładnie przemyśleć, co jest dla Państwa ważniejsze: lekarz kobieta czy mężczyzna? Jesteście Państwo gotowi do lekarza przemierzyć większą odległość, czy może gdzieś w pobliżu znajduje się również dobry lekarz, który także odpowiada Państwa oczekiwaniom? Warto również jest porównać godziny otwarcia poszczególnych praktyk lekarskich, gdyż nie wszędzie są one jednakowe. Warto także się poinformować, kiedy jest mniej pacjentów, aby zbyt długo nie czekać.

Dobry lekarz powinien umieć wysłuchać swojego pacjenta, zrozumiałe wytłumaczyć przebieg swego postępowania i uzasadnić je. Powinien także orientować się w swojej dziedzinie oraz współpracować z innymi lekarzami, szczególnie ze specjalistami, aby w razie potrzeby umieć skierować chorego w odpowiednie miejsce.



W przypadku niezadowolenia i wątpliwości można w każdym momencie lekarza zmienić, aczkolwiek lepiej tego nie czynić zbyt często, dlatego zmianę trzeba dokładnie przemyśleć. Nowy lekarz musi poznać pacjenta na nowo. Zaznajomienie się z historią choroby wymaga też czasu, w wyniku czego często może dojść do powtórzenia niektórych szkodliwych dla zdrowia badań, jak np. rentgen.

Przygotowanie do wizyty u lekarza

Zanim udadzą się Państwo do lekarza, należy dokładnie obserwować symptomy choroby. Rozmowa w języku obcym tylko na pozór może wydawać się łatwa. Często zdarza się, że ze zdenerwowania lub przejęcia zapominamy, co tak naprawdę chcielibyśmy lekarzowi przekazać. W tym wypadku pomoże sporządzenie listy objawów, które towarzyszą chorobie. Ważne jest także, aby na tej liście znajdowały się nazwy lekarstw, które Państwo do tej pory zażywaliście, oraz ewentualne pytania, które chcielibyście lekarzowi postawić. Jeżeli obawiają się Państwo problemów związanych ze zbyt dużą barierą językową, dobrze jest skorzystać z pomocy kogoś, kto biegle włada językiem niemieckim (rodzina, przyjaciele itp.), gdyż kasa chorych nie ma obowiązku pokrycia kosztów tłumacza. Dobrym wyjściem z tej sytuacji jest znalezienie lekarza, który włada naszym językiem ojczystym, w niektórych miastach istnieją listy takich lekarzy. Wówczas komunikacja nie będzie sprawiać kłopotów.

Wizytę u lekarza najlepiej uzgodnić wcześniej telefonicznie, to pomaga uniknąć długich kolejek. Jeżeli Państwo nagle zachorują i źle się czują, najlepiej powiedzieć to od razu przez telefon. Wtedy zostaną Państwo szybciej przyjęci. Jeżeli pójdą Państwo do lekarza bez terminu, czas oczekiwania może być dłuższy.

Wizyty domowe odbywają się zazwyczaj w przypadku ciężkiej choroby lub w nagłych sytuacjach, kiedy pacjent sam nie jest w stanie udać się do lekarza. Korzystanie z lekarskich wizyt domowych zaleca się wyłącznie w uzasadnionych wypadkach.

Co należy zabrać ze sobą do lekarza

Najważniejszą rzeczą, którą należy ze sobą zabrać do lekarza, jest karta ubezpieczeniowa. Poza tym potrzebna jest lista z nazwami lekarstw, które Państwo dotychczas zażywali. W niektórych przypadkach należy pamiętać o karcie szczepień oraz wszelkich zaświadczeniach zawierających informacje o alergiach oraz o dokonanych prześwietleniach rentgenowskich. Nie należy także zapominać o opłacie w wysokości 10 euro, którą należy uiszczać co kwartał w praktyce lekarskiej. Jeżeli potrzebują Państwo wizyty u specjalisty, należy poprosić o skierowanie. Wówczas unikną Państwo konieczności ponownego uiszczenia 10 euro.

Rozmowa z lekarzem

Podczas rozmowy z lekarzem w razie jakichkolwiek niejasności należy pytać! Najważniejsze jest, aby Państwo zrozumieli, co lekarz mówi, ale także aby on zrozumiał, co Państwu dolega.

Szczera rozmowa powinna rozwiązać wszelkie Państwa obawy. Każdy pacjent powinien być szczery z lekarzem. Także nałogi lub niezdrowe przyzwyczajenia żywieniowe powinny zostać omówione.

Do obowiązku lekarza należy

- Udzielić informacji o chorobie, jaką podejrzewa u pacjenta
- Objaśnić, jaką metodę leczenia proponuje
- Objaśnić, jak przebiegać będzie dalsze leczenie, jak długo będzie ono trwało, jakie ryzyko się z nim wiąże oraz czy będzie ono bolesne
- Poinformować pacjenta, czy choroba może zostać wyleczona, czy tylko złagodzone będą objawy
- Poinformować pacjenta o innych metodach leczenia

Jeżeli istnieją wątpliwości co do zaleceń, należy podzielić się nimi z lekarzem. Jeżeli przepisane zostały leki, należy je regularnie zażywać. W przypadku złego samopoczucia lub skutków ubocznych należy niezwłocznie zgłosić się u lekarza. Także gdy zalecane leki nie były zażywane regularnie i dolegliwości nie ustąpiły, należy poinformować o tym lekarza prowadzącego. Tylko wtedy może on postawić prawidłową diagnozę i ustalić dalsze postępowanie, które przyniesie zadowalające wyniki. W innych wypadku może on zalecić mocniejsze leki, gdyż będzie myślał, że poprzednie były za słabe!

Obowiązek zachowania tajemnicy zawodowej

Lekarze oraz pielęgniarki zobowiązani są do zachowania lekarskiej tajemnicy zawodowej. Mogą więc Państwo bez obaw opowiedzieć lekarzowi wszystko. Bez zgody pacjenta lekarzowi nie wolno informować innych osób (zasada ta dotyczy także rodziny i najbliższych) o stanie jego zdrowia.

Regularne badania profilaktyczne i kontrolne

Aby choroby zostały w porę rozpoznane i wyleczone, istnieje w Niemczech możliwość uczestniczenia w regularnych badaniach profilaktycznych i kontrolnych, których koszty pokrywane są z budżetu kasy chorych. W tym wypadku nie obowiązują opłaty kwartalne. Wszystkich tych, dla których zdrowie jest najcenniejsze, zapraszamy do regularnego uczestniczenia w badaniach profilaktycznych i kontrolnych!

Zalecane badania profilaktyczne

- Coroczne badanie ginekologiczne (cytologia) u kobiet od 20. roku życia (podbrzusze)
- Coroczne badanie piersi u kobiet od 30. roku życia
- Coroczne badanie endoskopijne u kobiet i mężczyzn od 50. roku życia
- Coroczna profilaktyka nowotworowa u mężczyzn po 45. roku życia (badania te wykonują: urolog, lekarz internista, a także lekarz domowy)
- Badania zdrowotne typu check-up dla kobiet i mężczyzn od 35. roku życia (w celu wykrycia różnych schorzeń oraz rozpoznania ryzyka zachorowania) - co 2 lata

Zalecane badania kontrolne

- Dziewięć badań bilansowych dla dzieci (U1 do U9) i młodzieży (J1)
- Badania kontrolne w czasie ciąży
- Dentystyczne badania profilaktyczne dla dzieci i dorosłych

Szczepienia ochronne

Choroby zakaźne wracają. Wciąż jeszcze odnotowuje się dużą liczbę zachorowań, którym zapobiec mogłyby właśnie szczepienia ochronne. Dlatego też ważne jest, aby z takiej możliwości skorzystać. Szczepionki chronią przed wieloma chorobami zakaźnymi i ich skutkami.

Dzieci szczepione są podczas bilansowych badań kontrolnych (tzw. U-Untersuchung). Szczepienia te obejmują najpowszechniejsze choroby zakaźne, także takie jak np. świnka, odra czy różyczka. Dorośli często zapominają o szczepieniach, myśląc, że nie są one już potrzebne. Ten sposób myślenia jest jednak mylny. Należy pamiętać, że wszystkie szczepienia, które otrzymało się w wieku dziecięcym, należy regularnie odświeżać. O radę w tej kwestii najlepiej zapytać lekarza pierwszego kontaktu. On najlepiej doradzi, które szczepienia są najistotniejsze. Z pewnością warto zaszczepić się przeciwko tężcowi i błonicy (difteryt). Koszty szczepień pokrywane są zazwyczaj przez kasę chorych, z wyjątkiem szczepień przed podróżą w obce kraje lub szczepień, za które odpowiedzialny jest pracodawca.

Wszystkie szczepienia odnotowywane są w karcie szczepień, którą należy przynieść na szczepienie. Jeżeli nie posiadają Państwo karty szczepień, należy zgłosić się do lekarza prowadzącego w celu jej wystawienia.

3. W aptece

Lekarstwa i środki opatrunkowe dostępne są w Niemczech w aptekach. Nad drzwiami aptek znajduje się duża czerwona litera A.



Tu otrzymają Państwo zarówno lekarstwa na receptę, jak i lekarstwa, które dostępne są bez recepty, np. spray do nosa lub tabletki na chorobę lokomocyjną lub ból głowy. Lekarstwa tylko na receptę może wypisać tylko lekarz. Po przedstawieniu recepty w aptece otrzymają Państwo leki.

Kasa chorych pokrywa tylko część kosztów za leki dostępne na receptę. Wyjątek stanowią lekarstwa dla dzieci poniżej 12. roku życia i dla młodzieży opóźnionej w rozwoju, oraz leki dla osób bardzo ciężko chorych (np. po zawale serca). Poza tym kasa chorych nie pokrywa kosztów za leki bez recepty przeciwko infekcjom grypowym oraz związanych z nimi środków na katar, przeciwbólowych itp.

W przypadku ubezpieczenia ustawowego apteka rozlicza się bezpośrednio z kasą chorych. Państwo dopłacają pewną część kwoty. Jeżeli lekarstwo jest tańsze niż stała dopłata, płacą Państwo naturalnie faktyczną cenę. Niektóre leki na receptę mają odpowiedniki, za które nie trzeba uiszczać dopłaty. Tutaj mogą Państwu doradzić lekarz lub aptekarz.



Osoby ubezpieczone prywatnie muszą same pokryć całość kosztów leku, z których następnie rozliczają się z kasą chorych. W przypadku dokonywania zakupów w aptece poza oficjalnymi godzinami otwarcia, zobowiązani są Państwo do uiszczenia dodatkowej opłaty w wysokości 2,50 euro.

W niektórych przypadkach apteka nie posiada potrzebnych Państwu medykamentów i musi je zamówić. Zamówiony produkt otrzymają Państwo najczęściej już następnego dnia. W razie regularnego zażywania leków, zaleca się zaopatrzenie w receptę zanim zapas leku się skończy.

Niektóre leki, np. maści, wykonywane są przez aptekarza na miejscu. Większość leków jest jednak produkowana przez duże firmy farmaceutyczne.

Oprócz leków i środków opatrunkowych każda apteka zaopatrzona jest w różne produkty typu: odżywki dla dzieci i dorosłych, kosmetyki dla alergików, pastylki na kaszel itp.

Większość aptek otwarta jest w tygodniu w godzinach od 9.00 do 18.00. Niektóre apteki są jednak np. w środy po południu zamknięte. Nocą oraz podczas weekendu pracują tylko apteki dyżurujące. Spis aptek pełniących dyżur nocny znajdują Państwo w gazetach lokalnych, a także na drzwiach pobliskiej apteki.

4. Z wizytą u stomatologa

Wizyta u stomatologa nie należy do najprzyjemniejszych. Nie musi ona jednak oznaczać najgorsze. Ważny jest wybór odpowiedniego dentysty, któremu ufamy i u którego dobrze się czujemy.

Jeżeli są Państwo niezadowoleni z własnego dentysty, warto jest popytać wśród znajomych. Może ktoś zna dobrego stomatologa, z którego usług będą mogli Państwo korzystać bez obaw. Nie każda wizyta u stomatologa jest bezbolesna, ale czasami lepiej przetrwać pół godzinki bólu, niż cierpieć boleści z powodu zepsutego zęba.

Profilaktyka, która się opłaca

Do stomatologa należy udać się nie tylko w przypadku problemów z zębami. Niemieckie kasy chorych honorują klientów, którzy uczestniczą regularnie, tzn. raz do dwóch razy w roku, w badaniach profilaktycznych. Raz do roku dentysta może na koszt kasy chorych usunąć kamień nazębny. Badania profilaktyczne nie są objęte opłatą kwartalną. Regularnie odbywające się badania profilaktyczne wpisywane są w specjalną kartę (tzw. Bonusheft), którą otrzymacie Państwo u dentysty. Kartę tę należy zabierać ze sobą na każdą wizytę kontrolną u dentysty. Dzięki niej możecie Państwo otrzymać dodatkowe dofinansowanie do np. mostka lub koronki.



Koszty za badania profilaktyczne zębów ponosi kasa chorych. Kasa chorych pokrywa też inne zabiegi dentystyczne, takie jak np. plombowanie czy usunięcie zęba. W przypadku plombowania zębów katalog usług kas chorych obejmuje na ogół tylko plomby amalgamowe i plastikowe. Jeżeli życzą sobie Państwo plombę ze szlachetnego materiału, np. złota, koszty muszą być wówczas pokryte prywatnie. Ta sama zasada obowiązuje w przypadku mostka lub protezy.

Koronka, mostek oraz proteza zębowa

Ubezpieczonemu ustawowo przysługuje dofinansowanie do koronki, mostka oraz protezy zębowej, tzw. dodatek stały. Wysokość tego dodatku jest obliczana na podstawie katalogu, który obejmuje niezbędne zabiegi medyczne. Każdy zabieg ma wyznaczoną stałą stawkę. Gdy pacjent życzy sobie wykonania usługi z użyciem droższego materiału, musi wyższe koszty pokryć sam. Jeżeli w ciągu ostatnich pięciu lat uczestniczyli Państwo regularnie, przynajmniej raz w roku, w badaniach profilaktycznych uzębienia, które udokumentowane są odpowiednio w specjalnej karcie (Bonusheft), otrzymają Państwo dofinansowanie o 20% większe od dofinansowania podstawowego. Dla młodzieży do lat 18. obowiązuje ta sama zasada, badania profilaktyczne muszą odbywać się wówczas regularnie nie co rok, lecz co pół roku. W razie przestrzegania badań profilaktycznych przez okres 10 lat dofinansowanie kasy wzrasta o kolejne 10%.

Zanim wykonywana jest usługa jak wstawienie mostka, koronki czy protezy zębowej, lekarz stomatolog wystawia bezpłatnie tzw. kosztorys leczenia, który musi zostać zatwierdzony przez kasę chorych. Dopiero po zatwierdzeniu kosztorysu usługa może zostać wykonana.

Plan i kosztorys leczenia

Dentyści często polecają zabiegi, które nie zawsze są niezbędne. Kasy chorych pokrywają tylko koszty leczenia niezbędnego, inne usługi musi pacjent pokryć sam. Jeżeli nie są Państwo pewni, kto za co płaci, dentysta powinien udzielić tej informacji. Nie podpisujcie żadnej umowy, jeżeli nie jesteście Państwo stuprocentowo pewni, bo inaczej może to okazać się drogie. Jeżeli chcą Państwo skorzystać z droższego świadczenia, najlepiej poinformować się w kasie chorych, czy warto płacić więcej - czy świadczenie takie rzeczywiście jest lepsze i konieczne. Po wykonaniu usługi dentysta rozlicza się z kasą, pacjent otrzymuje rachunek. Jeżeli zdarzy się, że rachunek jest większy, niż wcześniej ustalono w kosztorysie, należy niezwłocznie skontaktować się z kasą chorych, która udzieli odpowiedniej porady.

Koszta własne

Koszta, które Państwo muszą ponieść za niektóre usługi dentystyczne, nawet w przypadku 30-procentowego dofinansowania mogą okazać się bardzo wysokie. W wyjątkowych przypadkach przewidywane są ulgi i zwolnienia od opłat (tzw. Härtefallregelungen), ze względu na przykład na niskie zarobki lub brak pracy oraz inne trudne sytuacje życiowe. Granica wysokości dochodu zmienia się tu z roku na rok, najlepiej jest się więc poinformować w kasie chorych. Osoby, które otrzymują pomoc socjalną, zasiłek dla bezrobotnych lub inne dofinansowania od państwa, są zwolnione od opłat.

Osoby, które chcą obniżyć wysokość kosztów własnych, mogą się dodatkowo ubezpieczyć.

Prywatne ubezpieczenie zdrowotne

W prywatnym ubezpieczeniu zdrowotnym kasa chorych rozpatruje każdy wniosek z osobna, zależnie od zawartej wcześniej umowy. W ramach umowy mogą znajdować się także zabiegi kosmetyczne, kasa pokrywa np. koszt koronki ceramicznej. Im obszerniejszy zakres usług, które opłacane jest przez prywatną kasę chorych, tym większa składka ubezpieczeniowa.

Leczenie dentystyczne za granicą

Leczenie dentystyczne za granicami Niemiec jest czasami tańsze niż leczenie w Niemczech. Zanim jednak zdecydują się Państwo na leczenie za granicą, należy zasięgnąć informacji, czy koszty leczenia zostaną pokryte przez Państwa kasę chorych. Należy się także zastanowić, co stanie się, gdy usługa zostanie źle wykonana i wymagać będzie ponownego leczenia i kto wówczas poniesie dodatkowe koszty. W takim przypadku na pozór tanie leczenie może okazać się drogie. W kosztorys leczenia trzeba także wliczyć koszty podróży oraz fakt, że organizm może być przemęczony po takim zabiegu. Dlatego także odradza się wykonywania kilku zabiegów w ciągu krótkiego czasu w celu zaoszczędzenia kilkuset euro.

5. Pobyt w szpitalu

Wybór właściwego szpitala

Decyzję, czy otrzymają Państwo w przypadku choroby lub na operację skierowanie do szpitala, podejmuje opiekujący się Państwem lekarz. Gdy pacjent jest ubezpieczony w ustawowym ubezpieczeniu zdrowotnym, powinien leczyć się w szpitalu, który ma umowę z kasą chorych. To mogą być np. uniwersyteckie kliniki medyczne. Leczenie w prywatnej klinice – czyli klinice, która nie ma prawnego zezwolenia według paragrafu §108 SGB V – jest dla ubezpieczonego w ustawowym ubezpieczeniu zdrowotnym niemożliwe. Na wydanym przez lekarza skierowaniu do szpitala wymienione są dwa najbliższe szpitale, które wchodzi w rachubę. Jeżeli pacjent decyduje się na inny szpital, musi liczyć się z dodatkowymi opłatami, które sam pokrywa. W takim przypadku pacjent powinien skontaktować się z lekarzem lub ze swoją kasą chorych, może na przykład powołać się na swoje przekonania religijne.

Skierowanie do szpitala

Skierowanie do szpitala wystawia lekarz domowy lub specjalista. To skierowanie pacjent przedstawia w szpitalu. Po niektórych operacjach nie trzeba już dniami lub tygodniami leżeć w szpitalu. Wiele zabiegów jest wykonywanych ambulatoryjnie w szpitalu lub w przychodniach specjalistycznych. Po takim zabiegu pacjent może opuścić szpital jeszcze tego samego dnia. Dłuższy pobyt w szpitalu nazywa się „pobyt stacjonarny” („stationärer Aufenthalt”).



Umowa ze szpitalem

W przypadku stacjonarnego pobytu w szpitalu podpisują Państwo umowę ze szpitalem. Ubezpieczeni w ustawowym ubezpieczeniu zdrowotnym z reguły nie ponoszą dodatkowych kosztów – szpital rozlicza się bezpośrednio z kasą chorych. Jedyne finansowe obciążenie, które ponosi pacjent, to 10 euro za dzień pobytu w szpitalu. Ta opłata obowiązuje za pierwszych 28 dni w roku. Koszty pokrywane przez kasę chorych obejmują niezbędne zabiegi medyczne, ryczałtowe opłaty za pobyt i opiekę w szpitalu. Jeżeli pacjent ma specjalne życzenia, np. opieka przez ordynatora lub pokój jednoosobowy, i zaznaczył to w umowie ze szpitalem, musi te usługi pokryć sam. Kasa chorych ich nie pokrywa. Dodatkowe prywatne ubezpieczenie zdrowotne może takie usługi uwzględniać. W takim przypadku pacjent powinien przedstawić zaświadczenie o posiadaniu takiego ubezpieczenia. Jeżeli pacjent jest ubezpieczony prywatnie, musi liczyć się z dużymi kosztami, które musi uiścić jeszcze przed rozpoczęciem leczenia.

Umowę ze szpitalem należy tylko wtedy podpisać, jeżeli jest całkowicie rozumiała. W przypadku problemów językowych najlepiej poradzić się członków rodziny lub znajomych, którzy dobrze znają niemiecki. Stawiajcie Państwo pytania tak długo, aż wszystko zrozumiecie, i poproście o kopię umowy.

Co jest potrzebne w szpitalu

Na czas pobytu w szpitalu pacjent powinien zaopatrzyć się w kilka niezbędnych rzeczy.

Między innymi należy mieć przy sobie następujące dokumenty:

- kartę ubezpieczeniową
- skierowanie
- dowód osobisty lub paszport
- kartę szczepień, atest np. w przypadku znanych alergii, zaświadczenie o grupie krwi
- wszystkie zaświadczenia o stanie zdrowia (np. zdjęcie rentgenowskie, wyniki badań laboratoryjnych, wyniki badań lekarskich oraz listę zażywanych leków)
- zaświadczenie ostatniego pobytu w szpitalu
- datę i miejsce ostatniej operacji oraz nazwisko odpowiedzialnego za nią lekarza
- zaświadczenie o dodatkowym prywatnym ubezpieczeniu zdrowotnym

Pacjent powinien także wziąć ze sobą kilka rzeczy osobistych:

- mydło, szampon, szczotkę i pastę do zębów
- piżamę/ nocną koszulę
- szlafrok
- kapcie
- ręczniki
- okulary (jeżeli potrzebne)
- leki
- bieliznę osobistą
- wygodną odzież na dzień
- numery telefonów członków rodziny lub bliskich przyjaciół
- nazwisko, adres i numer telefonu lekarza domowego
- dla zabicia czasu: radio ze słuchawkami, książkę, gazety lub czasopisma, coś do pisania

- przy problemach ze snem lub jeżeli sala jest kilkuosobowa: zatyczki do uszu, klapki na oczy
- trochę pieniędzy

Biżuterię, większą kwotę pieniędzy, a także telefon komórkowy najlepiej zostawić w domu.

Rozmowa wstępna z lekarzem

Na początku lekarz przeprowadza dokładną rozmowę z pacjentem. W ten sposób próbuje on zebrać wszystkie informacje o stanie zdrowia i historii choroby pacjenta. W trakcie tej rozmowy chory powinien otwarcie odpowiadać na zadawane mu pytania. Lekarz w szpitalu nie posiada takich informacji co lekarz domowy, dlatego też odpowiedzi pacjenta powinny zawsze szczere, nawet jeżeli są dla niego nieprzyjemne (np. palenie papierosów). Lekarza oraz cały personel szpitala obejmuje tajemnica zawodowa, tak samo jak lekarza domowego. Bez zgody chorego lekarzowi nie wolno informować innych osób o stanie jego zdrowia. Aby najbliżsi lub ktoś znajomy mogli zostać poinformowani o stanie zdrowia chorego, musi on udzielić na to odpowiedniego pozwolenia.

Najczęstsze badania

Niektóre badania są dość często powtarzane w trakcie pobytu pacjenta w szpitalu. Są one konieczne, aby lekarz poznał dokładny stan zdrowia i przebieg choroby pacjenta. Najczęstsze badania to: morfologia krwi, rentgen, EKG (badanie rytmu serca) i USG (prześwietlenie wewnętrznych organów), czasami jest także robiona tomografia komputerowa lub jądrowa. Przy tym badaniu pacjent jest wprowadzany w specjalną rurę. Badanie jest bezbolesne i nie zagraża zdrowiu pacjenta. Może on jednak odczuwać lekką klaustrofobię.

Kilka dni lub tygodni przed planowanym zabiegiem lub operacją pacjent może być kilkakrotnie poproszony o oddanie krwi. W razie potrzeby, jeżeli wystąpią komplikacje, będzie mu wtedy podana jego własna krew.

Wyjaśnienia przed operacją, obowiązki lekarza

Przed operacją lekarz operujący musi poinformować Państwa o ryzyku i możliwych komplikacjach takiego zabiegu. Pacjent powinien dokładnie wysłuchać lekarza i zapytać o wszystko, co go niepokoi. Jeżeli ma on problemy językowe, może poprosić o pomoc kogoś z rodziny lub przyjaciół lub poprosić lekarza, by mówił wolniej i wyrażał się jasno. Pod koniec tej rozmowy pacjent musi podpisać oświadczenie, że zgadza się na operację. Bez tego oświadczenia operacja nie zostanie przeprowadzona. Pacjent powinien ją dokładnie przeczytać i podpisać tylko wtedy, jeżeli wszystko zrozumiał!

Jeżeli pacjent lub jego najbliżsi nie posługują się niemieckim na tyle, by zrozumieć wyjaśnienia przed operacją, należy poprosić szpital o przydzielenie tłumacza. Z reguły szpitale nie mają nic przeciwko temu i są gotowe pomóc choremu. Wynagrodzenie tłumacza pokrywa szpital, jeżeli usługa ta jest konieczna, aby chory wszystko zrozumiał i podpisał oświadczenie.

Pacjent musi zostać przygotowany do operacji. Na przykład często bywa tak, że operowane miejsce musi zostać ogolone. Pacjent może się naturalnie sam przygotować - najlepiej zapytać lekarza, co jest konieczne.

W czasie operacji pacjent jest pod narkozą. Możliwe są dwa rodzaje narkozy: znieczulenie miejscowe (pacjent jest przytomny) i znieczulenie ogólne (pacjent śpi w czasie zabiegu). Nad narkozą czuwa anestezjolog, który przed operacją lub zabiegiem przeprowadza z pacjentem krótki wywiad. Jeżeli pacjent ma obawy przed narkozą, powinien mu o tym powiedzieć. Rozmowa z anestezjologiem powinna go uspokoić.

Jeżeli zabieg przeprowadzany jest ambulatoryjnie i pacjent wkrótce po nim wraca do domu, powinien on wiedzieć, jak się do niego przygotować i jak powinien się po zabiegu zachować. Od postępowania pacjenta po zabiegu zależy jego szybki powrót do zdrowia, dlatego też powinien on ściśle przestrzegać zaleceń lekarza. Te reguły obowiązują także wtedy, gdy pacjent zostanie kilka dni w szpitalu.

Bardzo ważne jest też, jak długo przed operacją pacjentowi nie wolno jeść ani pić. Zlekceważenie tych zaleceń może doprowadzić do poważnych komplikacji.

Jeżeli pacjent po przebudzeniu z narkozy odczuwa silny ból, powinien natychmiastowo poinformować o tym kogoś z personelu szpitalnego.

Codziennosc w szpitalu

Zadaniem lekarzy i personelu szpitalnego jest rozpoznanie choroby, jej leczenie, zapobieganie jej zaostrzeniu, złagodzenie dolegliwości i pomoc podczas porodu. Dodatkowo zajmują się oni zakwaterowaniem i żyzywieniem pacjenta.

Nie muszą Państwo brać pościeli z domu, mają prawo do odwiedzin, a odwiedzający nie potrzebują przynosić Państwu posiłków. Pacjent dostaje w szpitalu posiłki szpitalne. Jeżeli nie jada on mięsa lub czegoś innego, powinien o tym poinformować lekarza lub pielęgniarkę, najlepiej podczas przyjęcia do szpitala, również jeśli względy religijne nie pozwalają Państwu na spożywanie pewnych potraw, należy o tym poinformować. Zanim odwiedzający przyniosą jakieś smakołyki, pacjent powinien upewnić się, co mu wolno, a czego mu nie wolno jeść, aby nie pogorszyć stanu swego zdrowia. Posiłki szpitalne są dopasowane do stanu pacjenta, a porcje są wystarczająco duże.

W trakcie pobytu w szpitalu pacjentem opiekuje się kilkoro osób. Do nich należą: ordynator oddziału (z reguły widuje się go dość rzadko), lekarz oddziałowy i jego asystenci, pielęgniarki i pielęgniarze. Ale także sprzątaczkę i personel kuchni, których pacjent z reguły nie widzi. Czasami w szpitalu są także ksiądz lub pastor albo pracownicy społeczni.

Raz dziennie przychodzą do pacjenta z wizytą lekarską wszyscy lekarze. To dobry moment, aby zadać pytania dotyczące leczenia i stanu zdrowia. Może się zdarzyć, że lekarze przychodzący z wizytą mają niewiele czasu i nie mogą odpowiedzieć na wszystkie pytania - nie należy się tym przejmować, tylko następnym razem jeszcze raz spróbować. Lekarze, tak jak pielęgniarki, są bardzo zapracowani i mają mało czasu. Ich dyżur trwa czasami po kilkanaście godzin, opiekują się wieloma pacjentami i muszą o wszystkim pamiętać.

Niekiedy wizyty lekarskie w obecności osób trzecich, np. studentów medycyny, mogą być dla pacjenta nieprzyjemne. Jeśli życzy on sobie, aby wszyscy słyszeli, jaki jest stan jego zdrowia, lub aby oglądali jego rany, musi on poruszyć ten temat i powiedzieć o tym lekarzowi, który się nim opiekuje. W takiej sytuacji znajdzie się na pewno jakaś możliwość, aby badanie przeprowadzić w osobnym pomieszczeniu. Co prawda zabiera to lekarzowi więcej czasu, ale jeżeli pacjent będzie nalegał, musi on to życzenie spełnić.

W razie noclegu w pokoju kilkuosobowym pacjent może mieć problemy z zaśnięciem. Pomocne tu będą zatyczki do uszu lub klapki na oczy, które pacjent może przynieść ze sobą. Noc w szpitalu jest krótka, a śniadanie podawane jest bardzo wcześnie. To jedyna możliwość, aby lekarze oraz cały personel szpitala mogli w ciągu dnia zrealizować wszystkie zadania.

Po udanej operacji może przyjść do pacjenta w odwiedzinach dużo gości zobaczyć, jak on się czuje. Wizyta najbliższych może poprawić i przyspieszyć proces leczenia. Ale zanim matka, ojciec, babcia, dziadek, kuzynka, przyjaciele, koledzy i cały klub sportowy przyjdą z wizytą, warto pomyśleć o trzech rzeczach: Po pierwsze – pacjent nie powinien się przemęczać. Jeżeli jest on zbyt osłabiony, powinien odesłać wszystkich do domu. W końcu ma on w szpitalu wyzdrowieć. Po drugie – każdy oddział ma wyznaczone godziny wizyt dla odwiedzających, które powinny być dotrzymane. Tylko w absolutnych wyjątkach dozwolone są wizyty w innych godzinach. I po trzecie – nie zapomnijcie o sąsiadzie w łóżku obok. Być może jest właśnie po operacji i potrzebuje dużo spokoju. Dlatego najlepiej jest, aby pacjent, jeżeli może, wychodził z gośćmi na korytarz, do pokoju odwiedzin, do kafejki szpitalnej albo na mały spacer po parku przy szpitalu.

Wypis

Zanim pacjent opuści szpital, powinien on wiedzieć, jak będzie wyglądało dalsze leczenie. Być może będzie musiał on jeszcze raz wrócić do szpitala. Albo potrzebuje jakichś leków lub zmieniła się dawka dotychczas zażywanych. Może powinien on regularnie chodzić do kontroli do swojego lekarza lub nie powinien się zbyt dużo poruszać. Pacjent powinien wysłuchać zaleceń lekarza i wyjaśnić z nim wszelkie wątpliwości.

Przy wypisie pacjent otrzyma list zaadresowany do swojego lekarza domowego, w którym opisane są najważniejsze informacje dotyczące jego stanu zdrowia.

6. Publiczna służba zdrowia

Obok ambulatoryjnej (z reguły u lekarza) i stacjonarnej (w szpitalu) opieki medycznej istnieje w Niemczech jeszcze trzeci odłamek systemu zdrowia: publiczna służba zdrowia (Der Öffentliche Gesundheitsdienst). Jest ona podporządkowana w powiatach (Landkreise) i niektórych większych miastach urzędowi zdrowia lub innemu oddziałowi państwowej służby zdrowia. Podlega ona kierownikowi powiatu lub większego miasta, który wyznacza odpowiedzialnych pracowników. Z takimi urzędami ma się mniej do czynienia. Z reguły pacjent idzie bezpośrednio do lekarza. Mimo wszystko publiczna służba zdrowia odgrywa ważną rolę w niemieckim systemie opieki zdrowotnej.

Trzeba zwrócić uwagę, iż każdy „Bundesland” sam decyduje, jakie zadania wykonuje publiczna służba zdrowia. Dlatego w poniższym tekście omówiono tylko najważniejsze zadania, które z reguły obowiązują wszędzie i dlatego też są dla migrantów ważne.

Na przykład - po osiągnięciu przez dziecko wieku szkolnego, zanim jeszcze pójdzie ono do szkoły, musi ono zostać zbadane przez lekarza. Lekarz ten bada umysłowy i fizyczny stan rozwoju dziecka i potwierdza, czy zostanie ono dopuszczone do szkoły. Badanie to podlega z reguły publicznej służbie zdrowia. W wypadku stwierdzenia nieprawidłowości w rozwoju dziecka doradza się rodzicom do kogo mogą zwrócić się o pomoc.



Obok lekarza domowego publiczna służba zdrowia jest odpowiednim doradcą w sprawach szczepień. Jest ona także odpowiedzialna za przeprowadzenie niektórych szczepień. W razie pojawienia się choroby zakaźnej pracownicy publicznej służby zdrowia troszczą się, aby choroba ta się nie rozprzestrzeniała. Pilnują oni, aby zostały podjęte wtedy odpowiednie kroki. Mogą Państwo tam także w razie potrzeby otrzymać świadectwo zdrowia. Jest ono potrzebne wszystkim pracownikom, którzy mają do czynienia z żywnością. Pracownicy publicznej służby zdrowia udzielają też porad osobom niepełnosprawnym lub osobom, którym grozi niepełnosprawność. Osoby, którym grozi lub u których zauważono początki niepełnosprawności umysłowej lub ich najbliżsi, mogą poprosić o pomoc w poradni socjalno-psychiatrycznej.

Także kobiety w ciąży, u których występują komplikacje, lub kobiety, które chcą się poddać aborcji, mogą zgłosić się o pomoc do publicznej służby zdrowia. Potrzebne w tej sytuacji zaświadczenia wystawiają bezpośrednio niektóre poradnie przy urzędach zdrowia. Można tam także otrzymać pomoc finansową, np. wyprawkę dla niemowlęcia.

Publiczna służba zdrowia wspomaga także wszelkie akcje promujące zdrowie oraz udziela pomocy medycznej osobom potrzebującym i skrzywdzonym. Współpracując z instytucjami socjalnymi, lekarki i lekarze odwiedzają rodziny w mieszkaniach tymczasowych i w biedniejszych dzielnicach miasta. Ich także obowiązuje tajemnica zawodowa. Poza tym publiczna służba zdrowia udziela informacji o niemieckim systemie zdrowotnym oraz na inne związane ze zdrowiem tematy. Informacje o dokładnych godzinach przyjęć, do kogo w jakiej sprawie można się zwrócić, udzielają administracje miasta lub powiatu.

7. Jak zachować się w nagłym przypadku

Nagłym przypadkiem jest choroba lub obrażenie, które są na tyle ciężkie, że pomoc medyczna jest natychmiastowo konieczna. Mogą to być: bardzo wysoka gorączka, złamanie nogi, silne krwawienie, problemy z oddychaniem lub nagła utrata przytomności.

Jeżeli sytuacja zagraża życiu, powinno się wezwać pogotowie ratunkowe. W ten sposób pacjent zostanie tak szybko, jak to możliwe, przewieziony do szpitala i już w karetce otrzyma pierwszą pomoc. Także inne obrażenia, jak złamania kości lub urazy głowy, nie powinny być zlekceważone. W takiej sytuacji pacjent powinien także jak najszybciej zostać przewieziony do szpitala.

Numer telefoniczny **pogotowia ratunkowego** obowiązujący w całych Niemczech 112.

Numer pogotowia ratunkowego najlepiej przykleić na telefonie, by w razie potrzeby był pod ręką, gdyż łatwo go w zdenerwowaniu zapomnieć. Przy telefonicznym wzywaniu pomocy należy zachować spokój. Panika nikomu nie pomoże. Trzeba spokojnie i dokładnie wyjaśnić, gdzie jest pacjent, co się stało i jaki jest stan jego zdrowia. Należy uważnie słuchać i dokładnie odpowiadać na zadawane pytania.

Jeżeli osoba dorosła lub dziecko są po prostu chore, można udać się do lekarza domowego lub pediatry. Jeżeli nie jesteśmy w stanie samemu się tam wybrać, najlepiej poprosić o wizytę domową.



W dni wolne lub święta lekarz domowy może być nieosiągalny. Najlepiej wtedy sprawdzić w gazecie lokalnej, który lekarz w pobliżu ma dyżur, i do niego zadzwonić. Lub wybrać się do pobliskiej przychodni pogotowia ratunkowego (Notfallklinik).

Jeżeli sytuacja jest na tyle poważna, że nie ma czasu, aby wyszukać odpowiedniego lekarza, najlepiej samemu zawieźć chorą lub zranioną osobę na pogotowie ratunkowe do najbliższego szpitala. Lekarze postarają się jak najszybciej nią zaopiekować. Jeżeli wydaje nam się, że pacjentowi w czasie takiego transportu grożą dodatkowe obrażenia lub stan jego zdrowia mogłby się pogorszyć, należy zadzwonić pod numer 112 po karetkę pogotowia ratunkowego.

Jeżeli korzysta się z usług przychodni pogotowia ratunkowego lub pogotowia ratunkowego przy szpitalu, trzeba zapłacić 10 euro, nawet jeżeli jest się w posiadaniu skierowania od lekarza domowego. Opłata jest ważna przez cały kwartał. Jeżeli w ciągu tego samego kwartału zachodzi jeszcze raz potrzeba zgłoszenia się na pogotowie, nie trzeba ponownie jej uiszczać.

Zawsze dobrze jest, jeśli się umie samemu udzielić pierwszej pomocy. Szczególnie gdy ma się rodzinę, dzieci. Dzieci są ciekawe świata i często nie potrafią ocenić niebezpiecznych sytuacji. Dziecko może bardzo szybko w momencie nieuwagi rodzica oparzyć się, zjeść lub wypić coś trującego albo spaść z roweru. Pewność, że potrafimy w każdej sytuacji właściwie zareagować i udzielić pierwszej pomocy do momentu przyjazdu karetki pogotowia, dodaje otuchy. Pomocne są w tym kursy pierwszej pomocy, które są organizowane przez wiele związków i ośrodków kształcenia.

Kontakty

1. Krajowe instytucje służby zdrowia

Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

Referat Information, Publikation, Redaktion

Postfach 500 / 53105 Bonn

www.bmgs.bund.de

Das BMGS bietet einen telefonischen Informationsdienst zu folgenden Themen:

Pflegeversicherung:

Tel. 0800 15 15 15 8

Krankenversicherung:

Tel. 0800 15 15 15 9

Behinderungsfragen:

Tel. 0800 15 15 15 2

Krebsinformationsdienst KID

Deutsches Krebsforschungszentrum

Im Neuenheimer Feld 280

69120 Heidelberg

Tel. (06221) 42 28 90

KID-Telefon (06221) 41 01 21

Mo. – Fr. 8 – 20 Uhr

Brustkrebstelefon

Tel. (06221) 42 43 43

Mo. – Fr. 8 – 12 Uhr

Informationsdienst Krebschmerz:

Tel. (06221) 42 20 00

Mo. – Fr. 12 – 16 Uhr

Fatigue-Telefon

Tel. (06221) 42 43 44

Mo., Mi., Fr. 16 – 19 Uhr

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Ostmerheimer Straße 220 / 51109 Köln

www.bzga.de

BZgA-Beratungstelefone:

Sprechzeiten:

Mo - Do: 10 - 22 Uhr u. Fr - So: 10 - 18 Uhr

Telefonberatung zu HIV und Aids:

Tel. 01805 555 444

(z. Zt. 12 Cent pro Min. bundesweit)

Infotelefon zur Suchtvorbeugung:

Tel. (0221) 89 20 31

Telefonberatung zur Raucherentwöhnung:

Tel. 01805 31 31 31

(z. Zt.: 12 Cent pro Min. bundesweit)

Infotelefon zu Essstörungen:

Tel. (0221) 89 20 31

Infotelefon zur Glücksspielsucht:

Tel. 01801 37 27 00

(z. Zt.: 4,6/2,5 Cent pro Min. bundesweit)

BZgA/DSO Infotelefon Organspende:

Tel. 0800 90 40 400

(abweichende Sprechzeiten:

Mo - Do: 9 - 18 Uhr u. Fr. 9 - 16 Uhr)

Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin

Bernhard-Nocht-Str. 74 / 20359 Hamburg

www.bni.uni-hamburg.de

Tel. (040) 428 18 0 / Fax (040) 4 28 18 400

(Beratung kostenpflichtig)

**Fit for Travel - Informationsdienst für
Reisemedizin und Tropenkrankheiten**

Ludwig Maximilians Universität München
Abteilung für Infektions- und Tropenmedizin
Leopoldstraße 5 / 80802 München
www.fit-for-travel.de

2. Związki stomatologów, lekarzy i aptekarzy

Bundesärztekammer

Arbeitsgemeinschaft der deutschen
Ärztekammern
Herbert-Lewin-Platz 1 / 10623 Berlin
www.bundesaerztekammer.de
Tel. (030) 4004 56 0 / Fax (030) 4004 56 388
Arztsuche über:
www.arzt.de/Arztsuche/index.html

**Bundesvereinigung Deutscher
Apothekerverbände (ABDA)**

Jägerstraße 49/50 / 10117 Berlin
www.abda.de - www.aponet.de
Tel. (030) 400 04 0 / Fax (030) 400 04 598

Kassenärztliche Bundesvereinigung

Herbert-Lewin-Platz 2 / 10623 Berlin
www.kbv.de
Tel. (030) 40 05 0 / Fax (030) 40 05 1093

Bundeszahnärztekammer

Arbeitsgemeinschaft der deutschen
Zahnärztekammern e.V.
Chausseestraße 13 / 10115 Berlin
www.bzaek.de
Tel. (030) 400 05 0 / Fax (030) 400 05 200
(Zuständige Landes Zahnärztekammer bitte
erfragen)

3. Związki krajowe ustawowych ubezpieczeń zdrowotnych

**Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände
der Krankenkassen**

Die Leitung wechselt jährlich zwischen
den einzelnen Spitzenverbänden der
Krankenkassen
(Adressen siehe unten)
www.g-k-v.com

BKK Bundesverband

Kronprinzenstraße 6 / 45128 Essen
www.bkk.de
Tel. (0201) 179 01

AOK Bundesverband

Kortrijker Str. 1 / 53227 Bonn
www.aok.de
Tel. (0228) 843 - 0 / Fax (0228) 843 - 502

**Bundesverband der landwirtschaftlichen
Krankenkassen (BLK)**

Weißensteinstr. 70-72 / 34131 Kassel
www.lsv.de
Tel. (0561) 93 59 102 / Fax (0561) 93 59 140

**Verband der Angestellten-Krankenkassen
e.V.**

AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.
Frankfurter Straße 84 / 53721 Siegburg
www.vdak.de
Tel. (02241) 108 - 0 / Fax (02241) 108 - 248

Knappschaft

Pieperstr. 14 - 28 / 44789 Bochum
www.bundesknappschaft.de
Tel. (0234) 304 - 0 / Fax (0234) 304 - 53 050

IKK Bundesverband

Friedrich-Ebert-Straße
51429 Bergisch Gladbach
www.ikk.de
Tel. (02204) 44 0 / Fax (02204) 44 185

See-Krankenkasse

Reimerstwiete 2 / 20457 Hamburg
www.seekasse.de
Tel. (040) 36 137 -0 / Fax (040) 36 137 -770

4. Niezależne poradnie pacjenta i konsumenta

Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.

Markgrafenstraße 66 / 10969 Berlin
www.vzbv.de
Tel. (030) 25 800 0

Bundesarbeitsgemeinschaft Erste Hilfe

Carstennstraße 58 / 12205 Berlin
www.bageh.de
Tel. (030) 85 404 367 / Fax (030) 85 404 483

**Bundesarbeitsgemeinschaft der
PatientInnenstellen (BAGP)**

Gesundheitsladen München e.V.
Auenstraße 31 / 80469 München
www.patientenstellen.de
Tel. (089) 76 75 51 31 / Fax (089) 725 04 74

Allgemeiner Patienten-Verband e.V.

Bundespatientenstelle
Postfach 1126 / 35001 Marburg
www.patienten-verband.de
Tel. (06421) 6 47 35

**Deutsche Arbeitsgemeinschaft
Selbsthilfegruppen**

Friedrichstr. 28 / 35392 Gießen
www.dag-selbsthilfegruppen.de
Tel. (0641) 994 56 12 / Fax (0641) 994 56 19

Deutsches Grünes Kreuz e.V.

Im Kilian - Schuhmarkt 4 / 35037 Marburg
www.dgk.de
Tel. (06421) 29 30 / Fax (06421) 2 29 10

Sozialverband VdK Deutschland e.V.

Wurzerstraße 4 / 53175 Bonn

www.vdk.de

Tel. (0228) 82 09 30 / Fax (0228) 82 09 343

BAG Selbsthilfe

Kirchfeldstr. 149 / 40215 Düsseldorf

www.bagh.de

Tel. (0211) 31 00 60 / Fax (0211) 31 00 648

Bundesarbeitsgemeinschaft Mehr**Sicherheit für Kinder**

Heilsbachstr. 13 / 53123 Bonn

www.kindersicherheit.de

Tel. (0228) 28980855 / Fax (0228) 28980860

Tel. (0228) 688 34 34 (Kindertelefon)

Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD)

Stralauer Str. 63 / 10179 Berlin

www.sovd-bv.de

Tel. (030) 72 62 22 0

Fax (030) 72 62 22 311

5. Polityczno-zdrowotne ośrodki dla migrantów

**Arbeitskreis Migration und öffentliche
Gesundheit**

c/o Beauftragte der Bundesregierung für
Migration, Flüchtlinge und Integration

11017 Berlin

www.integrationsbeauftragte.de

www.infodienst.bzga.de/migration/index.htm

Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.

Königstr. 6 / 30175 Hannover

www.ethno-medizinisches-zentrum.de

www.bkk-promig.de

www.interkulturelle-suchthilfe.de

Tel. (0511) 16841020 / Fax (0511) 168457215

**Bayerisches Zentrum für Transkulturelle
Medizin e.V.**

Sandstraße 41, Rgb. / 80335 München

www.bayzent.de

Tel. (089) 54 29 06 65 / Fax (089) 5 23 69 78

**Deutsch-Türkische Gesellschaft für
Psychiatrie, Psychotherapie und
psychosoziale Gesundheit (DTGPP) -
Dr. E. Koch**

Psychiatrisches Krankenhaus Marburg

Capeller Str. 98 / 35039 Marburg

www.dtgpp.de

Tel. (06421) 404-304 oder -411

Fax (06421) 404-431

Türkisch-Deutsche Gesundheitsstiftung e.V.**Türk-Alman Sağlık Vakfı**

Friedrichstr.13 / 35392 Gießen

www.trd-online.de

Tel. (0641) 9661 160 / Fax (0641) 9661 1629

Institut für transkulturelle Betreuung e.V.

Am Listholze 31A / 30177 Hannover

www.itb-ev.de

Tel. (0511) 590 920 0 / Fax (0511) 590 920 10

Deutsch-Türkische Mediziner-Gesellschaft e.V. (DTM)

Schmiedestr. 31 / 30159 Hannover

www.dtmev.de

Tel. (0511) 235 23 04 / Fax (0511) 235 23 66

Referat Transkulturelle Psychiatrie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) – Prof. Dr. W. Machleidt

Medizinische Hochschule Hannover

Carl-Neuberg-Str. 1 / 30625 Hannover

6. Organizacje charytatywne

Deutsches Rotes Kreuz e. V.(DRK)

Generalsekretariat

Carstennstr. 58 / 12205 Berlin

www.drk.de

Tel. (030) 854 04 0 / Fax (030) 854 04 450

Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e. V.

Hebelstrasse 6 / 60316 Frankfurt am Main

www.zwst.org

Tel. (069) 944 37 10 / Fax (069) 49 48 17

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. (AWO)

Oppelner Str. 130 / 53119 Bonn

www.awo.org/pub

Tel. (0228) 66 85 0 / Fax (0228) 66 85 209

Tel. (0228) 66 85 249 Fachbereich Migration

Diakonisches Werk der EKD e. V. - Pressestelle

Reichensteiner Weg 24 / 14195 Berlin

www.diakonie.de

Tel. (030) 830 01 130 / Fax (030) 830 01 135

Deutscher Caritasverband e.V.

Karlstr. 40 / 79104 Freiburg

www.caritas.de

Tel. (0761) 200 0 / Fax (0761) 200 743

Tel. (0761) 200 370 (Büro für Migration)

Der Paritätische Wohlfahrtsverband

Oranienburger Str. 13-14 / 10178 Berlin

www.paritaet.org

Tel. (030) 2 46 36 0 / Fax (030) 2 46 36 110

Wspólnymi siłami dla Państwa zdrowia

Dziękujemy wszystkim ekspertom naukowym, fachowcom i instytucjom, które pomogły nam przygotować ten przewodnik po niemieckim systemie opieki zdrowotnej.

Przy powstaniu tego tekstu, korekcie i konsultacji współpracowały następujące osoby:

Prof. Dr. Gisela Charlotte Fischer (Mitglied des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) • Dr. Dorothea Grieger (BMFSFJ) • Prof. Dr. Wieland Machleidt, Prof. Dr. Siegfried Geyer, Dr. Thomas Schneller (Medizinische Hochschule Hannover) • Prof. Dr. Joachim Gardemann (Humanitarian Assistance Competence Center, Fachhochschule Münster) • Dr. Yasar Bilgin (Türkisch-Deutsche Gesundheitsstiftung e.V. Gießen) • Dr. Gerhard Pallasch (Gesundheitsamt Stade) • Cornelia Petzold, Dirk Cremer (Gesundheits-, Veterinär-, und Lebensmittelüberwachungsamt Bielefeld) • Dr. Angelika Schammert-Prenzler, Dr. Thorsten Sueße (Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin der Region Hannover) • Dr. Claus Weth MPH, Monika Brosda, Karim Mashkooi, Dr. Dagmar Schwarte (Gesundheitsamt Münster) • Dr. Constanze Lämmer (Kinderärztin) • Ines Krahn, Dr. Uta Sosada, Dr. Eberhard Höfer, Ulrich Wöhler, Barbara Benthin (Fachbereich Gesundheit und Soziales Hildesheim) • Bärbel Bächlein, Angelika Maasberg (LVG Niedersachsen e.V.) • Traudel Schliekau (Landesjugendamt Niedersachsen) • Annegret Grewe (Integrationsbeauftragte Stadt Bielefeld) • Angelika Riedrich, Tatjana Trembatsch (DRK Bielefeld) • Cornelia Neuman (Psychologische Frauenberatung Bielefeld) • Ursula Kuklinski-Schnare (Apothekerin) • Dr. Yüce Günay (Zahnärztin) • Andrea Katte (Hebamme) • Birgit Krauß (KVHS Hildesheim) • Dr. Hans Wolter (Stadtgesundheitsamt Frankfurt a. M.) • Virginia Wangare Greiner (Maisha e.V. Frankfurt) • Dr. Maria Gavranidou, Hubert Schiefer (Referat für Gesundheit und Umwelt München) • Jakob A. Funk, Melanie Spahn (NOVITAS Vereinigte BKK Duisburg) • Walter Begerad, Torsten Sothmann (BKK Continental Hannover) • Dr. Thomas Hegemann, Britta Lenk-Neumann (Bayrisches Zentrum für Transkulturelle Medizin) • Bettina Schumacher, Antje Steim (Kommunale Gesundheitskonferenz Duisburg) • Tanris Breitkopf (RAA / Büro interkulturelle Arbeit Essen) • Horst Heinemann (Büro Gesunde Stadt/ Gesundheitsamt Essen) • Werner Brayer, Karin Robben (Kinder- und Familienzentrum Schnelsen Hamburg) • Ali Türk (ITB) • Dr. Matthias Wienold MPH, Tanja Hohmann, Ahmet Kimil (EMZ) • Mitarbeiter des BKK Bundesverbandes und der BKK Landesverbände

Expertci odpowiedzialni za przetłumaczenie powyższego przewodnika:

Dr. Ayhan Özsahin, Dr. Serdar Aycan, Hatice Salman, Oya Erdugen Eran, Mert Ergüden, Taner Yüksel (Türkisch) • Murisa Adilovic-Berends, Sandra Lazeta, Brigitta Miskovic, Karolina Mamic, Dejan Djokic (Bosnisch / Kroatisch / Serbisch) • Dr. Matthias Wienold MPH, David Piper, Veronica Maguire (Englisch) • Robert Koami Akppli, Gesine Sturm (Französisch) • Khaled Alzayed, Alhakam Alzayed (Arabisch) • Helena Wulgari-Popp (Griechisch) • Magdalena Urbanska, Danuta Gabelus-Pluta (Polnisch) • Javier Arola Navarro (Spanisch) • Shahram Jennati Lakeh (Persisch) • Farhad Ahma, Leyla Ataç (Kurdisch) • Petrit Beqiri (Albanisch) • Alexey Milshteyn, Elena Görzen, Larissa Rost (Russisch)

| Notatki

Notatki

Zadbajmy wspólnie o zdrowie

Niemiecki system zdrowotny zaliczany jest do jednych z najlepszych na świecie – ale niestety nie do najprostszych. Nie tylko obcokrajowcom, którzy właśnie przyjechali do Niemiec lub którzy tu krótko mieszkają, jest ciężko zrozumieć i przejrzeć jak on funkcjonuje.

Już odpowiedź na pytanie, czy i gdzie najlepiej się ubezpieczyć, jest dość skomplikowana. Do kogo zwrócić się w razie choroby? Pójść lepiej do szpitala czy jednak do lekarza? A jeżeli do lekarza, to do jakiego?

Odpowiedzi na te pytania, chcemy Państwu udzielić w postaci „Przewodnika po niemieckim systemie zdrowia“.

Dalsze informacje znajdą Państwo w internecie na stronie www.bkk-promig.de. Przewodnik ten powstał w ramach projektu Kasy Chorych BKK „Więcej zdrowia dla wszystkich”, która angażuje się, aby system zdrowia był dla wszystkich sprawiedliwy. Więcej informacji na ten temat znajdą Państwo w internecie na stronie www.bkk.de/mehr-gesundheit-fuer-alle.

Herausgeber:
BKK Bundesverband
Kronprinzenstr. 6
45128 Essen

Tel.: 02 01/1 79-01
Fax: 02 01/1 79-10 00
www.bkk.de

