

Das deutsche Gesundheitssystem
Ein Wegweiser für Migrantinnen und Migranten

Gesundheit Hand in Hand



Impressum

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

Herausgeber:
BKK Bundesverband
Kronprinzenstraße 6, 45128 Essen
Tel.: 0201 | 1 79-01
Internet: www.bkk.de

Ethno-Medizinisches Zentrum e.V. (EMZ)
Königstraße 6, 30175 Hannover
Tel.: 0511 | 16 84 10 20
E-Mail: ethno@onlinehome.de
Internet: www.ethno-medizinisches-zentrum.de

Leitung: Ramazan Salman (Geschäftsführer EMZ)
Redaktion: Katja Ngassa Djomo, Stephanie Knostmann, Martin Müller, Ramazan Salman, Eva Schwarz, Dr. Martina Stickan-Verfürth, Dr. Matthias Wienold
Übersetzung: Dolmetscherdienst – Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.
Layout: Eindruck
Satz: Bernd Neubauer
Fotografie: Ethno-Medizinisches Zentrum e.V., BKK Bundesverband
Coverfoto: Mike Brockschmidt
Druck: Horstmann Druck, Husum bei Hannover

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

BKK® und das BKK-Logo sind registrierte Schutzmarken des BKK Bundesverbandes.

Stand: Juni 2008

**Das deutsche Gesundheitssystem
Ein Wegweiser für Migrantinnen und Migranten**

Gesundheit Hand in Hand

Grußwort

„Gesundheit Hand in Hand“ – dieses Leitmotiv des Wegweisers durch das deutsche Gesundheitssystem ist ernst gemeint: Niemand wird in Deutschland allein gelassen, wenn er erkrankt und auf Hilfe angewiesen ist. In diesem Sinne gibt die Broschüre Migrantinnen und Migranten wertvolle Hinweise, wie sie sich schnell im deutschen Medizinbetrieb orientieren und die richtigen Wege und Ansprechpartner finden können.

„Gesundheit Hand in Hand“ – das bedeutet auch, dass Eigenverantwortung und solidarische Hilfe im Krankheitsfall sich gegenseitig ergänzen. Eigenverantwortung bedeutet Übernahme von Verantwortung für die eigene Gesundheit, soweit dies möglich ist. Gesundheitsbewusste Lebensführung, frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen, aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation tragen dazu bei, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder zu verzögern und ihre Folgen zu überwinden. Auch in diesem Sinne weist die Broschüre den Weg zu Institutionen des Gesundheitswesens, die hierbei Hilfestellung und Tipps geben können.

In der Hoffnung, dass sich alle Neubürgerinnen und Neubürger in Deutschland rasch „zu Hause“ fühlen, wünsche ich Ihnen einen gesunden Start in die Zukunft.

Ulla Schmidt

Bundesministerin für Gesundheit

Grußwort

Mit dem Wegweiser „Gesundheit Hand in Hand – Das deutsche Gesundheitssystem“ geben der BKK Bundesverband und das Ethno-Medizinische Zentrum Hannover e.V. bereits in dritter Auflage einen Ratgeber heraus, der bislang in Deutschland seinesgleichen sucht. Als Integrationsbeauftragte der Bundesregierung freue ich mich deshalb ganz besonders über diesen zusätzlichen Baustein auf dem Weg zu mehr Integration in Deutschland.

Erst wer selbst schon einmal im Ausland ernsthaft erkrankt war und ärztlicher Hilfe bedurfte, mag ermessen, vor welchen großen Hürden in Deutschland lebende Migrantinnen und Migranten stehen, wenn sie sich im deutschen Gesundheitssystem zurechtfinden müssen. Innerhalb des Projektes „Mit Migranten für Migranten“, in dessen Rahmen auch der Gesundheitswegweiser entstanden ist, wurden neue und Erfolg versprechende Wege in der Gesundheitsförderung von Migrantinnen und Migranten besritten. Der Einsatz der „Begegnung auf Augenhöhe“ scheint einer der wesentlichen Erfolgsfaktoren des Gesamtprojektes zu sein. Durch Aus- und Weiterbildung von Menschen mit Migrationshintergrund hat sich so eine große Gruppe von Mediatoren gebildet, die ihr Wissen engagiert und unkompliziert an ihre Landsleute weitergeben können. Deshalb ist es auch umso erfreulicher zu sehen, dass aus anfänglich regionalen „MiMi-Projektstandorten“ mittlerweile eine nahezu bundesweite Bewegung zur Verbesserung der Gesundheitschancen von Migrantinnen und Migranten geworden ist.

Tausende von Betroffenen haben im Lauf des Projekts bereits Nutzen für sich selbst und ihre Angehörigen aus der Initiative ziehen können. Mit einer weiteren Ausdehnung des Projektes sowie einer Verbreitung der Gesundheitswegweiser kann deren Zahl aber noch um ein Vielfaches gesteigert werden. Ich freue mich mit meiner Schirmherrschaft hier einen Beitrag leisten zu können.

Prof. Dr. Maria Böhmer

Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration

Inhalt

| | |
|---|----|
| Ihre Gesundheit liegt uns am Herzen! | 8 |
| Die BKK informiert Sie... | 9 |
| 1. Die Krankenversicherung | 10 |
| ■ Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ■ Wer ist gesetzlich krankenversichert? | |
| ■ Freie Kassenwahl ■ Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen | |
| ■ Zuzahlungen/Eigenanteile ■ Befreiung von Zuzahlungen | |
| ■ Private Krankenversicherung ■ Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz ■ Leistungen nach dem SGB XII (Sozialhilfe) | |
| 2. Beim Arzt | 20 |
| ■ Welcher Arzt ist der richtige für mich? ■ Vorbereitung auf den Arztbesuch | |
| ■ Was muss ich zum Arzt mitnehmen? ■ Gespräch mit dem Arzt | |
| ■ Darüber sollte Ihnen Ihr Arzt Auskunft erteilen ■ Schweigepflicht | |
| ■ Regelmäßige Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen ■ Schutzimpfungen | |
| 3. In der Apotheke | 26 |
| 4. Beim Zahnarzt | 28 |
| ■ Vorsorge und Bonusheft ■ Zahnersatz ■ Heil- und Kostenplan | |
| ■ Eigenanteil ■ Private Krankenversicherungen ■ Zahnbehandlung im Ausland? | |
| 5. Im Krankenhaus | 32 |
| ■ Welches Krankenhaus ist das richtige für mich? ■ Verordnung zur Krankenhausbehandlung (Einweisung) ■ Krankenhausvertrag | |
| ■ Anamnese ■ Was nehme ich mit ins Krankenhaus? | |
| ■ Häufige Untersuchungen ■ Aufklärung vor Operationen, Ärztepfllichten | |
| ■ Krankenhausalltag ■ Entlassung | |
| 6. Der öffentliche Gesundheitsdienst | 39 |
| 7. Was tun im Notfall? | 41 |
| Adressen für weitere Informationen | 43 |
| Hand in Hand für Ihre Gesundheit | 49 |
| Notizen | 50 |

Ihre Gesundheit liegt uns am Herzen!

Das deutsche Gesundheitssystem zählt immer noch zu den besten auf der Welt – nicht aber zu den einfachsten. Nicht nur für Menschen, die gerade erst nach Deutschland gekommen sind oder noch nicht lange hier leben, ist es oft schwer zu verstehen, wie es funktioniert. Schwierig zu beantworten ist oft schon die Frage, ob und wie Sie sich krankenversichern können. Oder Sie fragen sich, an wen Sie sich wenden können, wenn Sie selbst oder ein Familienmitglied krank sind. Gehen Sie zuerst zu einem Arzt oder direkt ins Krankenhaus? Und wenn zum Arzt, zu welchem eigentlich?

Antworten auf diese und ähnliche Fragen gibt der vorliegende Wegweiser durch das deutsche Gesundheitssystem, den der BKK Bundesverband gemeinsam mit dem Ethno-Medizinischen Zentrum e.V. entwickelt hat und in mehreren Sprachen herausgibt. Auch wenn wir dabei nicht auf jede Besonderheit ausführlich eingehen können, so ist dieser Wegweiser doch eine umfassende Orientierungshilfe. Am Ende des Buches finden Sie außerdem Adressen von Ämtern, Institutionen, Verbänden und Gesellschaften, die weiterhelfen können, wenn der Wegweiser Detailfragen offen lässt.

Der Wegweiser ist Teil der BKK Initiative „Mehr Gesundheit für alle“, in deren Rahmen Projekte und Maßnahmen umgesetzt werden, die einen aktiven Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit leisten. Diese sollen insbesondere Menschen zugute kommen, die einer Förderung besonders bedürfen, weil sie gesundheitlich stärker belastet sind oder bisher Möglichkeiten zur Förderung ihrer Gesundheit wenig nutzen.

Wir würden uns freuen, wenn dieser Wegweiser dazu beiträgt, Hand in Hand und gemeinsam mit Ihnen Ihre Gesundheit zu erhalten und zu verbessern.

**Aktuelle Informationen
bzw. Zahlen zum deutschen
Gesundheitssystem (z.B. zur
Versicherungspflicht) finden
Sie auf einem eingelegten
Beiblatt.**



Die BKK informiert Sie...

... über Gesundheit und Integration in Deutschland.

BKK ist die Dachmarke der Betriebskrankenkassen in Deutschland. Sie sind die älteste Form der Krankenversicherung in Deutschland: Im frühen 19. Jahrhundert ergriffen Arbeiter und Unternehmer gemeinsam die Initiative und gründeten nach dem Prinzip der Solidarität für die Mitarbeiter und ihre Familien erste „Krankenkassen“. Dies war der Beginn der BKK. Betriebskrankenkassen wurden zum Vorbild für die gesamte Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in Deutschland.

Bis zur Mitte der 90er Jahre des 20. Jahrhunderts bestand eine traditionelle Bindung zwischen der einzelnen BKK und dem jeweiligen „Träger-Unternehmen“. Mit der Einführung des Kassenwettbewerbes haben sich daraus dann die heutigen Betriebskrankenkassen entwickelt. Seit Erweiterung der Wahlmöglichkeiten im Jahr 1996 haben sich immer mehr Versicherte für eine Betriebskrankenkasse entschieden, so dass die betriebliche Krankenversicherung mit über 14 Mio. Versicherten und einem Marktanteil von rund 20 Prozent die drittgrößte Kassenart der GKV ist.

Neben Maßnahmen in der individuellen Gesundheitsförderung engagiert sich die BKK traditionell auch besonders in der betrieblichen Gesundheitsförderung und sorgt so gemeinsam mit Arbeitgebern und Arbeitnehmern für gesündere Arbeits- und Lebensbedingungen.

Betriebskrankenkassen werden auch in Zukunft all ihre Möglichkeiten ausschöpfen, um eine gute Gesundheitsversorgung für alle zu ermöglichen.

Darauf können Sie sich verlassen.

1. Die Krankenversicherung

Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

Wer in Deutschland lebt und arbeitet, ist normalerweise gesetzlich krankenversichert. Neunzig Prozent der Bevölkerung sind in einer der Krankenkassen der gesetzlichen Krankenversicherung (z.B. AOK, BKK, DAK oder IKK) versichert. Sie bezahlen jeden Monat einen bestimmten Beitrag an die Krankenkasse. Dieser Beitrag richtet sich nach der Höhe des Monatseinkommens. Zusätzlich dazu bezahlt Ihr Arbeitgeber einen weiteren Anteil. Wenn Sie krank werden oder einen Unfall haben und sich beim Arzt oder im Krankenhaus behandeln lassen, trägt Ihre Krankenkasse – bis auf die gesetzlichen Zuzahlungen – die Kosten der Behandlung. Das heißt, dass in Deutschland kein Versicherter durch Krankheit in Not gerät. So bezahlt die Krankenkasse nicht nur Ihre ärztliche Behandlung sowie die Medikamente, die der Arzt Ihnen verordnet. Wenn Sie wegen einer Erkrankung nicht arbeiten können, zahlt Ihnen Ihr Arbeitgeber in der Regel auch Ihr Einkommen für sechs Wochen weiter.

Danach erhalten Sie für eine bestimmte Dauer Krankengeld von der Krankenkasse. Die GKV ist also eine verlässliche Absicherung im Krankheitsfall.

Sonderfälle können Unfälle oder die Behandlung von Erkrankungen bei Berufstätigen sein. Können Sie z.B. Ihren Beruf aus Krankheitsgründen nicht länger ausüben, werden notwendige Maßnahmen gegebenenfalls auch von anderen Stellen übernommen, z.B. von der Renten- oder der Unfallversicherung.

Die Aufgaben der GKV werden von Zeit zu Zeit neu geregelt. Bestimmungen, zum Beispiel über Leistungen, Beiträge oder Überweisungen von einem Arzt zum anderen, können sich ändern. Die Krankenkasse, bei der Sie versichert sind, gibt über die aktuellen Entwicklungen Auskunft. Zudem finden Sie in diesem Wegweiser ein Beiblatt, das Ihnen aktuelle Informationen liefert.

In der GKV gilt der Grundsatz der Solidarität. Die Beiträge richten sich nach der Höhe des Arbeitseinkommens und nicht etwa danach, ob jemand Familie hat, weiblich oder männlich, schon alt oder vielleicht häufig krank ist. Also zahlt derjenige, der mehr

verdient, auch mehr in die Krankenversicherung ein als derjenige, der wenig verdient. In diesem System treten die Jungen für die Alten ein, die Alleinstehenden für die Familien und die Gesunden für die Kranken. Trotzdem haben alle einen Anspruch auf die gleichen gesetzlichen Leistungen.

Wer ist gesetzlich krankenversichert?

Hier wird unterschieden zwischen Pflichtversicherten und freiwillig Versicherten. Versicherungspflichtig sind normalerweise Arbeitnehmer, deren jährliches Einkommen regelmäßig einen bestimmten Wert nicht übersteigt (die Höhe ändert sich jährlich, die aktuelle Höhe finden Sie unter „Versicherungspflicht“ auf dem Beiblatt) sowie Auszubildende, Arbeitslose, Studenten, Rentner, Künstler und Publizisten. Ihre Familienangehörigen können kostenlos mitversichert werden, wenn sie kein oder nur ein geringes eigenes Einkommen haben (siehe Beiblatt, „Familierversicherung“). Die Kinder sind nur bis zu einem bestimmten Alter mitversichert. Die Altersgrenze hängt auch davon ab, ob sie noch in der Ausbildung sind. Kinder mit einer Behinderung sind ohne Altersbegrenzung mitversichert, wenn sie sich wegen ihrer Behinderung nicht selbst unterhalten können.

Selbständige sowie Arbeitnehmer, deren Jahresbruttogehalt über einem bestimmten Wert liegt (siehe Beiblatt, „Versicherungspflicht“), können sich freiwillig in der gesetzlichen oder in der privaten Krankenversicherung versichern. Was eine private Krankenversicherung ist, wird in dem Kapitel „Die private Krankenversicherung“ erklärt.

Freie Kassenwahl

Sie dürfen Ihre Krankenkasse selbst wählen. Allerdings kann es praktisch sein, wenn diese an Ihrem Wohn- oder Beschäftigungsort vertreten ist. Der zu entrichtende Beitragssatz kann sich von Krankenkasse zu Krankenkasse unterscheiden. Sie sollten sich auch über die Leistungen der jeweiligen Krankenkasse informieren, denn auch hier kann es, abgesehen von den gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen, Unterschiede zwischen den einzelnen Krankenkassen geben. So können Krankenkassen ihre Versicherten zum Beispiel dafür belohnen, wenn diese sich besonders für die eigene Gesundheit einsetzen, indem sie regelmäßig die Früherkennungsuntersuchungen wahrnehmen. Jede Krankenkasse entscheidet selbst über derartige Anreiz- und Bonussysteme.



Die eine bietet ihren Mitgliedern Ermäßigungen bei Zuzahlungen an, die andere hingegen eine Beitragsermäßigung.

Außerdem können Krankenkassen ihren Versicherten so genannte Wahltarife anbieten. Die Kassen gewähren ihren Versicherten dabei finanzielle Vorteile, wenn diese im Krankheitsfall immer zuerst den Hausarzt (siehe Kapitel 2) aufsuchen (Hausarzttarif) oder an einem Behandlungsprogramm für chronisch Kranke (Disease-Management-Programm) teilnehmen. Weitere Beispiele für Wahltarife sind der Selbstbehalttarif, bei dem der Versicherte seine Behandlungskosten bis zu einer bestimmten Höhe selbst bezahlt, oder die Beitragsrückerstattung für Versicherte, die ein Jahr lang keine

Leistungen in Anspruch nehmen. Einzelheiten besprechen Sie am besten mit Ihrer Krankenkasse.

Wenn Sie mit Ihrer bisherigen Krankenkasse nicht zufrieden sind, können Sie das Versicherungsverhältnis nach einer zweimonatigen Kündigungsfrist beenden und sich eine neue Krankenkasse suchen. Allerdings müssen Sie immer 18 Monate bei der gleichen Krankenversicherung bleiben. Ausnahme: Ihre Krankenkasse erhöht ihren Beitragssatz. In diesem Fall können Sie auch vor Ablauf der 18-monatigen Mindestmitgliedschaft innerhalb von zwei Monaten nach der Erhöhung die Krankenkasse wechseln. Entscheiden Sie sich für einen der oben beschriebenen Wahltarife, sind Sie drei Jahre an die Krankenkasse gebunden.

Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen

Bei allen Leistungen der GKV gilt, dass sie ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen. Was darüber hinaus geht, kann und darf die Krankenkasse nicht bezahlen. Dies bedeutet zum Beispiel, dass bei Zahnersatz und Zahnfüllung besondere Wünsche des Patienten von diesem selbst zu zahlen sind (Beispiel Goldfüllung). Das gleiche gilt für die Krankenhausbehandlung.

Gesetzliche Leistungen der GKV (Auszug)

- ärztliche Behandlung
- verschreibungspflichtige Arzneimittel (Ausnahmen sind z.B. Appetitzügler, Potenzmittel)
- Krankenhausaufenthalt
- stationäre und ambulante Hospizleistungen
- ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und Entbindung, Hebammenhilfe, Mutterschaftsgeld, Betriebskostenzuschuss bei Geburt in einem Geburtshaus
- Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen
- Früherkennungsuntersuchungen für Kinder (U1 bis U9 und J1)
- Schutzimpfungen (keine Reiseimpfungen)
- Zahnvorsorge, zahnärztliche Behandlung, Zahnersatz nur zum Teil
- Krankengeld (auch für Arbeitnehmer, die ihre kranken Kinder pflegen)
- Psychotherapie
- Vorsorge und Rehabilitation, Kuren (auch Vater-/Mutter-Kind-Kuren)
- in Ausnahmefällen Fahrtkosten/ Krankentransporte
- Soziotherapie
- spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung (Schmerz- und Symptomlinderung für Schwerstkranke)
- Häusliche Krankenpflege, wenn dadurch ein Krankenhausaufenthalt verkürzt oder verhindert wird und kein Angehöriger den Kranken pflegen kann
- unter bestimmten Bedingungen eine Haushaltshilfe, wenn sich der Versicherte im Krankenhaus, in einer Rehabilitations- oder Vorsorgemaßnahme befindet
- Heilmittel (z.B. Krankengymnastik, Sprachtherapie, Massagen)
- Hilfsmittel (z.B. Rollstühle, Hörgeräte, Sehhilfen im Allgemeinen nur für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren sowie schwer sehbeeinträchtigte Erwachsene)



Die Krankenkasse zahlt nicht für Einzelzimmerunterbringung oder Chefarztbehandlung. Auch wer seine Erkrankung beim Heilpraktiker behandeln lässt, muss in der Regel die Kosten selber tragen.

Wenn Sie oft Leistungen in Anspruch nehmen möchten, die über das gesetzliche Angebot der GKV hinausgehen, können Sie zusätzlich eine private Zusatzversicherung abschließen. Diese kann in der Regel auch über Ihre Krankenkasse vermittelt werden.

Viele Leistungen der GKV werden nur in Deutschland gewährt. Einen Teil der Kosten übernehmen die Krankenkassen jedoch häufig bei ambulanten Behandlungen im europäischen Ausland. In erster Linie betrifft diese Regelung alle Mitgliedstaaten der Europäischen Union, darüber hinaus Island, Norwegen, die Schweiz und Liechtenstein. Auch mit der Türkei, Kroatien, Tunesien,

Mazedonien und einigen anderen Staaten wurden Abkommen geschlossen. Wenn Sie in der GKV versichert sind, aber einen Teil des Jahres im Ausland verbringen oder dort oft Urlaub machen, sollten Sie sich bei Ihrer Krankenkasse darüber informieren, welche Regelungen für das betreffende Land gelten. Geht es um einen stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus (siehe Kapitel 5) im Ausland, brauchen Sie unbedingt schon vor der Behandlung die entsprechende Genehmigung Ihrer Krankenkasse.

Zuzahlungen/Eigenanteile

Bei einer Reihe von GKV-Leistungen müssen sich Versicherte ab 18 Jahren mit einer Zuzahlung oder einem Eigenanteil an den Kosten beteiligen. Beim Arztbesuch wird zum Beispiel einmal pro Quartal die so genannte Praxisgebühr erhoben.

Sie sollten sich alle Zuzahlungen quittieren lassen und die Belege zusammen mit den Quittungen der gezahlten Praxisgebühr sammeln. Denn wenn Sie und Ihre Familienangehörigen mit diesen Zuzahlungen eine bestimmte Belastungsgrenze überschreiten, werden Sie bis zum Ende des Kalenderjahres von weiteren Zuzahlungen befreit. Außerdem erstattet Ihnen die Krankenkasse den bereits zu viel gezahlten Betrag. Viele Krankenkassen bieten Ihnen kos-

tenlose Quittungshefte an, in die Sie Ihre Zuzahlungen eintragen lassen können.

Die aktuell gültigen Zuzahlungen entnehmen Sie bitte dem Beiblatt.

Befreiung von Zuzahlungen

Damit durch die Zuzahlungen niemand finanziell überfordert wird, gibt es bestimmte Entlastungsmöglichkeiten. So sind Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren von den meisten Zuzahlungen, auch von der Praxisgebühr, befreit.

Die allgemeine Belastungsgrenze liegt bei 2 Prozent des jährlichen Bruttoeinkommens. Das bedeutet: Wer anhand seiner Quittungen nachweisen kann, dass er im laufenden Kalenderjahr schon mehr als 2 Prozent seines jährlichen Bruttoeinkommens für Zuzahlungen und Praxisgebühren ausgegeben hat, wird auf Antrag von der Krankenkasse für den Rest des Kalenderjahres von weiteren Zuzahlungen befreit. Er bekommt einen Befreiungsausweis, den er beim Arzt, im Krankenhaus und in der Apotheke vorzeigen kann.

Wer wegen einer schwerwiegenden chronischen Krankheit in Dauerbehandlung ist, muss nur Zuzahlungen bis zu 1 Prozent seiner jährlichen Einnahmen leisten. Das gilt

auch, wenn nicht der „Verdiener“, sondern beispielsweise ein familienversichertes Kind schwerwiegend chronisch krank ist. Manchmal wird die Inanspruchnahme der 1-Prozent-Grenze auch mit der Erfüllung weiterer Auflagen im Bereich der Früherkennung von Krankheiten verbunden. Für aktuelle Informationen wenden Sie sich bitte direkt an Ihre Krankenkasse.

Besondere finanzielle Regelungen wurden auch für Personen getroffen, die zum Beispiel Hilfe zum Lebensunterhalt, Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII sowie ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundesversorgungsgesetz (Kriegsopferfürsorge) oder Arbeitslosengeld II erhalten.

Hinsichtlich der Befreiung vom Eigenanteil beim Zahnersatz gelten besondere Voraussetzungen, die Sie bei Ihrer Krankenkasse erfragen können.



Private Krankenversicherung (PKV)

Wer bestimmte Bedingungen erfüllt, zum Beispiel als Arbeitnehmer drei Jahre in Folge mit seinem Einkommen über einem bestimmten Wert liegt (siehe Beiblatt unter „Versicherungspflicht“) oder Beamter oder Selbständiger ist, kann sich auch privat versichern. Ab dem 1.1.2009 gilt für alle Personen, die noch keine Versicherung haben und der privaten Krankenversicherung zuzuordnen sind, eine Versicherungspflicht.

Anders als bei der gesetzlichen Krankenversicherung richten sich die Beiträge der privaten Krankenversicherungen nicht nach dem Einkommen, sondern nach dem Geschlecht, dem Alter, dem Gesundheitszustand und den vereinbarten Leistungen. Im Versicherungsvertrag können zum Beispiel Leistungen wie Zahnersatz, Chefarztbehandlung oder Einzelzimmer im Krankenhaus vereinbart werden. Außerdem zahlen bei der privaten Krankenversicherung alte und kranke Menschen höhere Beiträge als junge und gesunde Menschen. Frauen zah-

len mehr als Männer. Die Versicherungskosten richten sich also auch nach dem Risiko, das die Versicherung dem Versicherten zumisst.

Eine Ausnahme bildet der Standardtarif, der am 1.1.2009 vom so genannten Basistarif abgelöst werden soll. Diese Tarife, die es auch Personen mit niedrigem Einkommen erlauben sollen, sich abzusichern, richten sich hinsichtlich der Kosten nur nach Alter und Geschlecht des Versicherten. Anders als bei anderen Tarifen müssen die Versicherten keine Aufschläge für Vorerkrankungen bzw. besondere Risiken zahlen. Auch darf beim Standard- bzw. Basistarif kein Aufnahmeantrag aufgrund von Vorerkrankungen oder akuten Krankheiten abgelehnt werden. Dieser Tarif, dessen Leistungen in etwa der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen, muss von jeder privaten Krankenversicherung angeboten werden.

Für mitversicherte Familienangehörige fallen in der Regel zusätzliche, eigene Versicherungsbeiträge an. Wer privat versichert ist, muss Arzt-, Krankenhaus- und Medikamentenkosten normalerweise im Voraus selbst bezahlen und bekommt diese dann später ganz oder zum Teil erstattet.

Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz

Asylbewerber und Personen, die zur Ausreise verpflichtet sind oder deren Aufenthalt aus völkerrechtlichen, politischen oder humanitären Gründen geduldet wird („De-facto-Flüchtling“), können sich normalerweise nicht gesetzlich versichern. Sie können frühestens nach vier Jahren von einer gesetzlichen Krankenkasse betreut werden, es sei denn, sie werden vorher als asylberechtigt anerkannt. Solange eine

Betreuung durch eine gesetzliche Krankenkasse nicht in Betracht kommt, haben sie Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz.

Dieser Anspruch gilt uneingeschränkt bei akuten und schmerzhaften Erkrankungen.

Im Gegensatz zu gesetzlich Versicherten gibt es aber bestimmte Einschränkungen: zum Beispiel bei Zahnbehandlungen, insbesondere Zahnersatz und Kieferorthopädie. Ein Anspruch besteht nur auf die Behandlung akut behandlungsbedürftiger oder

Leistungen, auf die Sie nach dem Asylbewerberleistungsgesetz einen Anspruch haben:

- Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft, Leistungen zur Entbindung und Pflege nach der Geburt
- medizinische Vorsorgeuntersuchungen wie in der gesetzlichen Krankenversicherung: Kinderuntersuchungen U1 bis J1, gynäkologische Früherkennungsuntersuchungen, jährliche Krebsfrüherkennung für Frauen ab 20 und Männer ab 45
- halbjährliche zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche unter 18, danach jährliche Vorsorgeuntersuchungen
- die üblichen Kinder-Impfungen, Tetanus-, Diphtherie-, Polio-Impfungen für Erwachsene, nach individuellem Risiko auch weitere Impfungen (dabei sollten Sie auch an die Situation in Ihrem Herkunftsland denken)

schmerzhafter Erkrankungen. Zahnersatz erhalten Sie nur, wenn dieser unaufschiebbar ist, wenn es ohne eine Behandlung zu Folgeschäden käme oder schon Folgeschäden vorhanden sind.

Generell umfasst der Anspruch nur Leistungen, die zur Sicherung der Gesundheit unbedingt notwendig sind. Dieser Anspruch besteht, wenn ohne eine Behandlung eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes, neue Erkrankungen oder dauerhafte gesundheitliche Beeinträchtigungen drohen. Wenn Sie Zweifel haben, ob es richtig ist, dass Ihnen eine bestimmte Behandlung verweigert wird, wenden Sie sich an Flüchtlings- und Patientenberatungsstellen oder einen Rechtsanwalt. Diese Stellen können Ihnen helfen, die Situation zu klären.

Um Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz in Anspruch nehmen zu können, müssen Sie dem Arzt einen Krankenschein vorlegen. Diesen bekommen Sie bei Ihrem Sozialamt oder bei der Stelle, bei der Sie auch sonstige Leistungen beantragen. Er gilt immer für ein Vierteljahr.

Als Empfänger von Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz sind Sie von der Praxisgebühr, dem Eigenanteil bei stationären Behandlungskosten sowie der Zuzahlung zu Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln etc. befreit.

Die Befreiung stellt Ihnen das für Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz zuständige Amt aus oder die Krankenkasse, von der Sie betreut werden.

Wenn Sie mindestens vier Jahre Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz bekommen, können Sie unter bestimmten Voraussetzungen über das Sozialamt eine Chipkarte der gesetzlichen Krankenkasse Ihrer Wahl erhalten. Sie können dann alle Leistungen der GKV in Anspruch nehmen, sind allerdings nicht mehr von Zuzahlungen zu Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln etc. befreit. Für Zuzahlungen beim Arzt, im Krankenhaus oder in der Apotheke gilt in diesem Fall für Alleinstehende und Haushaltsgemeinschaften



eine Obergrenze (siehe Beiblatt, „Zuzahlung Asylbewerberleistungsgesetz“). Damit die Krankenkasse Ihnen einen „Befreiungsausweis“ ausstellen kann, sollten Sie Ihre Quittungen und Rechnungen sammeln.

Leistungen nach dem SGB XII (Sozialhilfe)

Für Migranten und Zuwanderer, deren Aufenthalt dauerhaft ist, die aber nicht unter das Asylbewerberleistungsgesetz fallen und weder privat noch gesetzlich krankenversichert sind, richtet sich der Anspruch nach dem SGB XII. Erhalten Sie voraussichtlich für länger als einen Monat Sozialhilfe, werden Sie von einer gesetzlichen Krankenkasse betreut. Das Sozialamt wird Sie auffordern, eine gesetzliche Krankenkasse zu wählen und Sie dort melden. Kommt eine Betreuung durch eine gesetzliche Krankenkasse nicht in Betracht, muss beim zuständigen Sozialamt ein Antrag auf einen Krankenschein und auf Kostenübernahme für bestimmte Leistungen gestellt werden. Anspruchsberechtigt sind Sie, wenn ein medizinischer Behandlungsbedarf und eine materielle Notlage (kein ausreichendes Einkommen oder Vermögen, keine Krankenversicherung) vorliegen. Es ist wichtig, dafür beim Sozialamt entsprechende Dokumente vorlegen zu können.



Personen, die der privaten Krankenversicherung zuzuordnen sind, bei denen jedoch die Zahlung des Basistarifs finanzielle Hilfsbedürftigkeit auslösen würde, haben Anspruch auf eine Halbierung der Versicherungskosten. Reichen ihre Mittel auch für den halbierten Beitrag nicht aus, müssen sich die Träger von Arbeitslosengeld II oder Sozialhilfe an den Beiträgen beteiligen.

2. Beim Arzt

Welcher Arzt ist der richtige für mich?

Egal ob Sie privat oder gesetzlich krankenversichert sind, Sie dürfen in Deutschland Ihren Arzt selbst auswählen. Gesetzlich Versicherte dürfen nur unter den zugelassenen Vertragsärzten wählen – das sind allerdings fast alle Ärzte.

Es wird zwischen Hausärzten und Fachärzten unterschieden. Hausärzte sind Allgemeinmediziner, Kinderärzte und manche Internisten. Sie sollten möglichst immer zum gleichen Hausarzt gehen, denn dieser kennt Sie und Ihren Gesundheitszustand am besten. Er wird Sie, wenn das nötig ist, an den richtigen Facharzt überweisen. Fachärzte sind auf bestimmte Fachgebiete spezialisiert – das sind zum Beispiel die Frauenärzte (Gynäkologen) oder die Hals-Nasen-Ohrenärzte. Wenn Sie krank werden, dürfen Sie auch direkt zu einem Facharzt gehen, müssen dann aber zusätzlich die Praxisgebühr bezahlen. Reichen Sie später eine Überweisung Ihres Hausarztes beim Facharzt nach, bekommen Sie die Praxisgebühr erstattet.

Die Krankenkassen belohnen ihre Versicherten, wenn sie immer zuerst den Hausarzt aufsuchen.

Bevor Sie sich für einen Arzt entscheiden, sollten Sie sich in Ruhe überlegen, was Ihnen wichtig ist. Vielleicht möchten Sie sich lieber von einer Ärztin als von einem Arzt behandeln lassen. Vielleicht spielt die Lage der Praxis eine große Rolle für Sie, weil Sie auf die öffentlichen Verkehrsmittel angewiesen sind. Es lohnt sich auch ein Vergleich der Sprechzeiten verschiedener Ärzte. Sie können sich ebenfalls darüber informieren, ob die Praxis immer sehr voll ist und man grundsätzlich sehr lange warten muss.

Ein guter Arzt sollte Ihnen genau zuhören und Ihnen verständlich erklären, was er macht und warum er welche Behandlung empfiehlt. Er arbeitet mit anderen Ärzten zusammen, überweist Sie also im Bedarfsfall an einen Facharzt oder eine Klinik weiter.

Wenn Sie mit Ihrem Arzt nicht zufrieden sind oder ihm nicht vertrauen, dürfen Sie zu einem anderen Arzt wechseln. Dies sollten Sie jedoch nicht zu häufig tun. Denn jeder

Arzt muss Sie wieder von neuem kennen lernen und Sie ihn. Außerdem kommt es bei häufigen Arztwechslern oft zu Doppeluntersuchungen, die (zum Beispiel beim Röntgen) Risiken für Ihre Gesundheit bergen können.

Vorbereitung auf den Arztbesuch

Bevor Sie zum Arzt gehen, sollten Sie sich auf den Arztbesuch vorbereiten. Sie können sich genau beobachten und Ihre Beschwerden aufschreiben. Schreiben Sie auch auf, welche Medikamente Sie zurzeit einnehmen und ob Sie in letzter Zeit woanders in Behandlung waren. Sie können sich auch Fragen notieren, die Sie dem Arzt stellen wollen. Wenn Sie nicht so gut Deutsch sprechen, sollten Sie jemanden als Übersetzer mitnehmen. Die Krankenkasse muss keine Dolmetscherkosten bei einem Arztbesuch übernehmen. Sie dürfen sich aber natürlich von Familienmitgliedern oder Freunden, die besser Deutsch verstehen, zum Arzt begleiten lassen. In vielen Städten gibt es außerdem Verzeichnisse, in denen Ärzte mit Fremdsprachenkenntnissen oder mehrsprachigem Praxispersonal aufgelistet sind.

Am Besten vereinbaren Sie schon vorher telefonisch einen Termin für Ihren Arztbesuch. Damit können Sie Ihre Wartezeit ver-



kürzen. Wenn Sie einen Termin brauchen, weil Sie gerade akut krank sind und es Ihnen schlecht geht, sollten Sie das am Telefon sagen. Natürlich können Sie auch ohne Termin in die Sprechstunde gehen, müssen dann aber mit längeren Wartezeiten rechnen.

Wenn es Ihnen sehr schlecht geht oder Sie sehr schwach sind und deshalb nicht selbst zum Hausarzt gehen können, kommt er auch zu Ihnen nach Hause. Nutzen Sie die Möglichkeit des Hausbesuchs wirklich nur, wenn es nicht anders geht.



Was muss ich zum Arzt mitnehmen?

Denken Sie unbedingt daran, Ihre Krankenversicherungskarte oder Ihren Krankenschein mit zum Arzt zu nehmen. Außerdem sollten Sie eine Liste der Medikamente, die Sie einnehmen, mitbringen. Zusätzlich braucht Ihr Arzt vielleicht Ihren Impfpass, Allergiepass oder auch Röntgenbilder, falls Sie in letzter Zeit geröntgt wurden. Zu bestimmten ärztlichen und zahnärztlichen Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen sollten gesetzlich Versicherte außerdem ihr Zahnarzt-Bonusheft bzw. das Bonusheft für Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen mitnehmen.

Beim Besuch des Hausarztes benötigen Sie auch etwas Geld für die Praxisgebühr (siehe Beiblatt), die Sie direkt in der Praxis bezahlen. Wenn Sie in diesem Zeitraum noch einen anderen Arzt oder Facharzt aufsuchen müssen, lassen Sie sich einen Überweisungsschein ausstellen. Diesen sollten Sie dann zum entsprechenden Arzt mitnehmen, denn sonst müssen Sie die Praxisgebühr erneut bezahlen.

Gespräch mit dem Arzt

Erklären Sie dem Arzt ganz in Ruhe, warum Sie da sind und welche Beschwerden Sie haben. Achten Sie darauf, dass er Sie und Sie ihn verstehen. Fragen Sie ruhig nach, wenn etwas unklar ist.

Seien Sie ehrlich zu Ihrem Arzt und verheimlichen Sie ihm zum Beispiel nicht, wenn Sie viel rauchen oder Alkohol trinken. Beschönigen Sie auch Ihr Essverhalten und Ihre sportlichen Aktivitäten nicht!

Wenn Sie Bedenken gegenüber den Medikamenten oder der Behandlung haben, die der Arzt vorschlägt, sprechen Sie mit ihm darüber. Wenn der Arzt Medikamente verschreibt, ist es wichtig, dass Sie diese auch einnehmen, und zwar genau so, wie vom Arzt empfohlen! Wenn Sie sich nach der Medikamenteneinnahme schlechter füh-

Darüber sollte Ihnen Ihr Arzt Auskunft erteilen

- Welche Krankheit Sie vermutlich haben
- Welche Behandlung er vorschlägt
- Wie diese Behandlung wirkt, wie lange sie dauert, welche Risiken sie birgt und ob sie mit Schmerzen verbunden ist
- Ob die Behandlung nur die Beschwerden lindert oder ob sie die Krankheit heilt
- Welche weiteren Behandlungsmöglichkeiten es gibt

Regelmäßige Früherkennungsuntersuchungen

- Jährliche frauenärztliche Krebsfrüherkennung für Frauen ab 20 (Unterleib)
- Jährliche frauenärztliche Brustuntersuchung für Frauen ab 30
- Alle zwei Jahre Anspruch auf eine Mammographie (Röntgenaufnahmen der Brüste für Frauen zw. 50 und 69)
- Jährliche Darmkrebsfrüherkennungsuntersuchung für Frauen und Männer ab 50
- Jährliche Krebsfrüherkennung für Männer ab 45 (beim Urologen, Internisten oder Hausarzt)
- Gesundheits-Check für Frauen und Männer ab 35 (Früherkennung verschiedener Erkrankungen und Krankheitsrisiken), jedes zweite Jahr

Vorsorgeuntersuchungen

- Neun Kinder-Vorsorgeuntersuchungen (U1 bis U9) und eine Jugenduntersuchung (J1)
- Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen
- Zahnvorsorgeuntersuchungen für Kinder und Erwachsene

len oder Nebenwirkungen spüren, sollten Sie auf jeden Fall mit Ihrem Arzt darüber sprechen. Sollten Sie Medikamente doch einmal eigenmächtig absetzen und wieder zum Arzt gehen, weil sich Ihr Gesundheitszustand nicht gebessert hat, sprechen Sie offen mit ihm darüber, dass Sie die Medikamente nicht genommen haben. Der Arzt kann sonst nichts davon wissen und zieht für die weitere Behandlung ganz falsche Schlüsse. Er denkt dann vielleicht, dass das Medikament zu schwach war und verschreibt ein stärkeres!

Schweigepflicht

Ärzte und Praxispersonal dürfen nicht weiter erzählen, was sie über Sie, Ihre Gesundheit oder Ihre Familie erfahren. Das heißt, dass Sie mit dem Arzt ganz offen über alles sprechen können, was mit Ihrer Erkrankung zusammenhängen könnte. Ohne Ihr ausdrückliches Einverständnis wird der Arzt weder Ihrem (Ehe-) Partner noch weiteren Familienmitgliedern Auskunft geben.

Regelmäßige Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen

Damit Krankheiten frühzeitig erkannt und behandelt werden, gibt es in Deutschland die Möglichkeit der regelmäßigen ärztlichen Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen. Diese werden von der Krankenkasse bezahlt, und es fallen für sie auch keine Praxisgebühren an. Durch die regelmäßige Inanspruchnahme der Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen kann sich Ihre persönliche Belastungsgrenze, bis zu der Sie Zuzahlungen erbringen müssen, reduzieren. Nehmen Sie die Untersuchungen Ihrer Gesundheit zuliebe gewissenhaft in Anspruch!

Schutzimpfungen

Übertragbare Krankheiten (Infektionskrankheiten) sind auch heute keineswegs bedeutungslos geworden. Immer noch erkranken jährlich Tausende von Menschen an gefährlichen Infektionskrankheiten. Darum ist es besonders wichtig, die Möglichkeiten der Vorbeugung zu nutzen. Impfungen schützen vor vielen Infektionskrankheiten und den damit verbundenen gesundheitlichen Risiken.

Weil Kinder fast immer im Rahmen der Kinderuntersuchungen geimpft werden, sind die meisten Kinder in Deutschland gegen die wichtigsten Krankheiten geimpft. Erwachsene hingegen vernachlässigen das Impfen oft. Wenn Sie noch nicht lange in Deutschland leben, lassen Sie sich vom Arzt über die notwendigen Impfungen informieren! Denken Sie daran, dass einige

Impfungen im Erwachsenenalter regelmäßig aufgefrischt werden müssen. Dazu gehören die Impfungen gegen Tetanus und Diphtherie. Impfungen können Sie beim Hausarzt vornehmen lassen. Die Kosten werden in den meisten Fällen von Ihrer Krankenkasse übernommen. Einige Krankenkassen übernehmen darüber hinaus freiwillig die Kosten für Reise-Impfungen bei Urlaubs-Fernreisen. Impfungen, für die der Arbeitgeber zuständig ist, werden nicht von der Krankenkasse bezahlt.

Alle Impfungen werden in Ihren Impfpass eingetragen, den Sie zu den Impfterminen mitbringen sollten. Wenn Sie noch keinen Impfpass besitzen, fragen Sie Ihren Hausarzt oder Ihre Krankenkasse.



3. In der Apotheke



Arznei- und Verbandmittel bekommen Sie in Deutschland normalerweise nur in Apotheken. Apotheken haben ein großes rotes A über der Tür.

Dort erhalten Sie sowohl rezeptfreie als auch verschreibungspflichtige Arzneimittel. Rezeptfreie Arzneimittel sind zum Beispiel Nasensprays, Tabletten gegen Reiseübelkeit oder Kopfschmerzen. Diese können Sie in der Apotheke ohne ärztliches Rezept kaufen. Für verschreibungspflichtige Arzneimittel stellt Ihnen Ihr Arzt ein Rezept aus, das Sie in der Apotheke vorlegen. Dafür bekommen Sie dann das entsprechende Arzneimittel. Die Krankenkasse zahlt nur für Arzneimittel, die der Arzt verschreibt und die auch verschreibungspflichtig sind.

Ausnahmen: Medikamente für Kinder bis 12 Jahren und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen sowie Medikamente, die zur Standardbehandlung für Menschen mit einer schwerwiegenden Erkrankung gehören (zum Beispiel nach einem Herzinfarkt).

Privatversicherte müssen häufig erst einmal selbst zahlen und rechnen später mit ihrer Krankenversicherung ab. Wenn Sie gesetzlich versichert sind, rechnet die Apotheke normalerweise direkt mit Ihrer Krankenkasse ab. Sie selbst zahlen nur die vorgeschriebene Zuzahlung. Wenn ein Arznei- oder Verbandmittel günstiger ist als die vorgeschriebene Zuzahlung, bezahlen Sie selbstverständlich nur diesen Preis. Zu einigen verschreibungspflichtigen Medikamenten gibt es aber auch Alternativen (Generika), von denen einige ganz von Zuzahlungen befreit sind. Fragen Sie hierzu Ihren Arzt oder Apotheker.



Es kann vorkommen, dass der Apotheker ein bestimmtes Arzneimittel nicht vorrätig hat und dieses erst bestellen muss. Meist ist das gewünschte Produkt dann schon am nächsten Tag da. Wenn Sie ein Medikament regelmäßig nehmen, ist es trotzdem besser, sich nicht erst ein neues Rezept zu besorgen, wenn die Packung leer ist.

Manche Arzneimittel, wie zum Beispiel Salben, stellt der Apotheker selbst her. Die meisten aber werden von großen pharmazeutischen Unternehmen produziert.

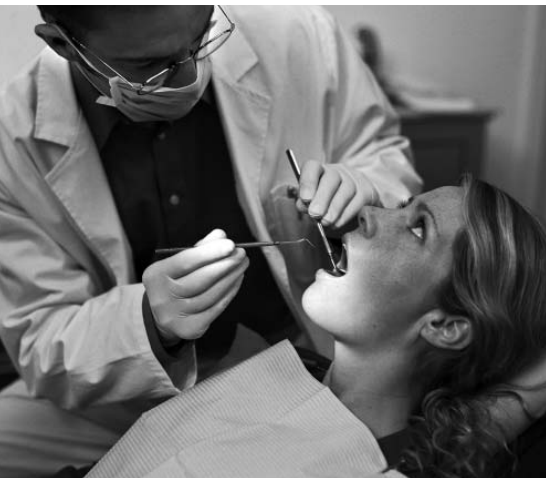
Neben Arznei- und Verbandmitteln bieten Apotheken die verschiedensten Produkte an. Von Nahrungsergänzungsprodukten über Mückensprays und Kosmetika für Allergiker bis zu Hustenbonbons kann alles dabei sein.

Apotheken sind normalerweise wochentags von etwa 9 bis 18 Uhr geöffnet. Manche Apotheken sind am Mittwochnachmittag geschlossen. Nachts und am Wochenende hat immer eine andere Apotheke Notdienst. Welche Apotheke das ist, steht in Ihrer Lokalzeitung und meist auch an der Tür Ihrer Apotheke. Falls Sie eine Apotheke außerhalb der normalen Öffnungszeiten aufsuchen, um Arznei- oder Verbandmittel zu kaufen, müssen Sie eine zusätzliche Notfallgebühr (siehe Beiblatt) bezahlen.



4. Beim Zahnarzt

Manche Menschen haben große Angst vor dem Zahnarztbesuch. Das muss aber nicht so sein. Viele Zahnärzte sind sehr rücksichtsvoll und geben sich große Mühe, um ihren Patienten Schmerzen zu ersparen. Wenn Sie einen Zahnarzt finden, dem Sie vertrauen, ist die Behandlung oft nur halb so schlimm.



Wenn Sie mit Ihrem Zahnarzt nicht zufrieden sind, sprechen Sie doch einfach mal mit Familienmitgliedern, Freunden und Bekannten. Vielleicht können diese Ihnen ja ihren Zahnarzt empfehlen! Und sollten sich Schmerzen einmal nicht ganz vermeiden

lassen, tröstet Sie vielleicht der Gedanke daran, wie schlimm unbehandelte Zahnschmerzen werden können. Da lohnt es sich schon, eine halbe Stunde oder Stunde durchzuhalten.

Vorsorge und Bonusheft

Natürlich sollten Sie nicht nur zum Zahnarzt gehen, wenn Sie Zahnschmerzen oder andere akute Zahnprobleme haben. In Deutschland belohnen die gesetzlichen Krankenkassen ihre Versicherten, wenn sie regelmäßig, das heißt ein- oder zweimal pro Jahr, zu Vorsorgeuntersuchungen gehen. Einmal pro Jahr kann der Zahnarzt im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung auf Kosten der Krankenkasse Zahnstein entfernen. Für die Vorsorgeuntersuchungen fällt keine Praxisgebühr an. Alle Vorsorgeuntersuchungen werden vom Zahnarzt in ein Bonusheft eingetragen. Das Bonusheft erhalten Sie beim Zahnarzt. Sie sollten es gut aufbewahren und, genau wie Ihre Versichertenkarte, jedes Mal mit zum Zahnarzt bringen.



Wenn Sie anhand des Bonusheftes nachweisen können, dass Sie mindestens einmal in jedem Kalenderhalbjahr (ab 18 Jahren mindestens einmal pro Kalenderjahr) beim Zahnarzt waren, zahlt Ihre Krankenkasse mehr für Ihren später vielleicht erforderlichen Zahnersatz.

Die gesetzlichen Krankenkassen tragen die Kosten der Vorsorgeuntersuchungen. Sie zahlen auch für alle zahnerhaltenden Maßnahmen und für das Zähneziehen. Wenn Sie also eine Zahnfüllung bekommen, übernimmt die Kasse die Kosten dafür. Dies gilt für alle medizinisch notwendigen Behandlungen. Bei einer Zahnfüllung übernimmt die Kasse die Kosten für Amalgam- und bestimmte Kunststofffüllungen. Wenn Sie ein teureres Material haben möchten, zum Beispiel Gold, müssen Sie die Mehrkosten selber tragen. Das gleiche gilt beim Zahnersatz.

Zahnersatz

Zum Zahnersatz zählen neben den Kronen auch die „dritten Zähne“, also Prothesen und Brücken. Normalerweise zahlen die Krankenkassen zum Zahnersatz einen befundbezogenen Festzuschuss. Die Höhe des Festzuschusses wird anhand der Regelversorgung errechnet. Diese orientiert sich an der medizinisch notwendigen Be-

handlung. Für einen bestimmten Befund gibt es also immer denselben Festbetrag als Zuschuss. Wenn Sie eine andere, teurere Versorgung als die medizinische Regelversorgung wünschen, müssen Sie die Mehrkosten selbst tragen. Wenn Sie in den letzten fünf Jahren einmal pro Kalenderjahr zur zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung gegangen sind (Bonusheft!), erhöht sich der Festzuschuss um 20 Prozent. Sind Sie noch keine 18 Jahre alt, trifft diese Regelung zu, wenn Sie die zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung halbjährlich wahrnehmen. Haben Sie Ihr Bonusheft sogar in den letzten 10 Jahren lückenlos geführt, erhöht sich der Festzuschuss noch mal um weitere 10 Prozent.

Heil- und Kostenplan

Bevor Sie Zahnersatz bekommen, erstellt der Zahnarzt einen kostenfreien Heil- und Kostenplan. Dieser muss von der Krankenkasse vor der Behandlung genehmigt werden. Der Kostenplan funktioniert wie ein Kostenvoranschlag bei der Autoreparatur:



Nach der Behandlung rechnet Ihr Zahnarzt mit Ihrer Krankenkasse ab, und Sie bekommen eine Rechnung über Ihren Eigenanteil. Wenn Ihnen diese Rechnung merkwürdig vorkommt, oder die Behandlung viel teurer war als im Kostenvoranschlag vorgesehen, bitten Sie Ihre Krankenkasse um Rat!

Eigenanteil

Ihr Zahnarzt darf ohne Absprache mit Ihnen und Ihrer Krankenkasse nicht sehr weit davon abweichen.

Zahnärzte empfehlen ihren Patienten oft Leistungen, die über das medizinisch Notwendige hinausgehen. Weil die gesetzlichen Krankenkassen sich nur an den Kosten für das medizinisch Notwendige beteiligen, müssen Patienten darüber hinausgehende Leistungen selbst bezahlen. Wenn Sie sich nicht sicher sind, fragen Sie Ihren Zahnarzt direkt, welche Behandlung die Krankenkasse zahlt und welche nicht. Unterschreiben Sie keine Verträge, die Sie nicht hundertprozentig verstehen, denn das kann sehr teuer werden. Vielleicht möchten Sie mit dem Zahnarzt Leistungen vereinbaren, die Sie selbst bezahlen. Ihre Krankenkasse berät Sie dann gerne über die Nützlichkeit dieser Behandlung.

Ihr Eigenanteil an den Kosten für Zahnersatz kann trotz regelmäßiger Zahnpflege (Bonusheft) immer noch sehr teuer sein, selbst wenn Sie einen zusätzlichen, 30-prozentigen Bonus zum Festzuschuss erreicht haben. Für diese Fälle sind die sogenannten Härtefallregelungen vorgesehen. Wenn Sie nur ein geringes Einkommen haben, sollten Sie sich bei Ihrer Krankenkasse über diese Härtefallregelungen erkundigen. Dann wird eventuell Ihr Eigenanteil geringer. Wer seinen Eigenanteil grundsätzlich senken möchte, kann eine entsprechende Zahnzusatzversicherung abschließen.

Private Krankenversicherungen

Bei einer privaten Krankenversicherung wird jeder Vertrag individuell verhandelt. Der Vertrag kann dann auch kosmetische Behandlungen umfassen, und Sie bekommen zum Beispiel eine Keramikkrone bezahlt. Ihre Versicherungsprämie wäre dann allerdings auch jeden Monat entsprechend hoch.

Zahnbehandlung im Ausland?

Zahnersatz aus dem Ausland ist manchmal billiger als der aus Deutschland. Bevor Sie sich für eine Zahnbehandlung im Ausland entscheiden, sollten Sie sich aber sehr genau darüber informieren, ob Ihre Krankenkasse diese Behandlung übernimmt. Sie sollten auch darüber nachdenken, was passiert, wenn der Zahnersatz nachher nicht zufriedenstellend ist, und wer dann die Kosten für die Nachbehandlung übernimmt. In solchen Fällen kann sich billiger Zahnersatz später als ziemlich teuer herausstellen. Überlegen Sie sich auch, ob sich die Behandlung noch lohnt, wenn Sie die Reisekosten einkalkulieren. Letztendlich bleibt darauf hinzuweisen, dass eine zahnärztliche Behandlung sehr belastend sein kann.



Es ist darum dringend davon abzuraten, für ein paar Hundert Euro mehrere Behandlungen in kürzester Zeit über sich ergehen zu lassen.

5. Im Krankenhaus

Welches Krankenhaus ist das richtige für mich?

Ob Sie zur Behandlung einer Krankheit oder für eine Operation ins Krankenhaus müssen oder nicht, stellt normalerweise Ihr behandelnder Arzt fest. Wenn Sie gesetzlich krankenversichert sind, können Sie nur in zugelassenen Krankenhäusern behandelt werden. Das sind zum Beispiel auch die Hochschulkliniken. Eine Behandlung in einer Privatklinik ist für gesetzlich Versicherte nicht möglich. Ihr Arzt gibt auf der Verordnung zur Krankenhausbehandlung die beiden nächst erreichbaren Krankenhäuser an, die für Ihre Behandlung geeignet sind. Sollten Sie ein anderes Krankenhaus wählen, müssen Sie eventuelle Mehrkosten vielleicht selbst bezahlen. Sprechen Sie in diesem Fall mit Ihrem Arzt und Ihrer Krankenkasse und weisen Sie auch ruhig auf religiöse Besonderheiten hin.

Verordnung zur Krankenhausbehandlung (Einweisung)

Sie werden von Ihrem Hausarzt oder behandelnden Facharzt in das Krankenhaus eingewiesen. Er schreibt Ihnen auch einen Einweisungsschein, den Sie mit ins Krankenhaus nehmen müssen. Für manche Operationen müssen Sie gar nicht mehr tage- oder wochenlang im Krankenhaus bleiben. Diese werden ambulant im Krankenhaus oder in der Facharztpraxis durchgeführt. Das heißt, dass Sie nach der Operation noch am gleichen Tag nach Hause zurückkehren dürfen. Ein längerer Aufenthalt im Krankenhaus heißt „stationärer Aufenthalt“.

Krankenhausvertrag

Wenn Sie für einen stationären Aufenthalt ins Krankenhaus gehen, schließen Sie dafür einen schriftlichen Vertrag ab. Gesetzlich Versicherte müssen grundsätzlich kein Geld für die Behandlung vorstrecken – die Krankenkasse rechnet direkt mit dem Krankenhaus ab. Die einzige finanzielle Belastung, die auf Sie zukommt, sofern Sie min-

destens 18 Jahre alt sind, sind die täglichen Zuzahlungen (siehe Beiblatt). Diese sind jedoch nur für 28 Tage pro Kalenderjahr zu zahlen. Die Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenkasse gilt nur für die medizinisch notwendige Behandlung, die pauschale Unterbringung und Verpflegung. Wenn Sie Sonderwünsche haben – Chefarztbehandlung, Unterbringung im Einbettzimmer – und diese Leistungen im Vertrag ankreuzen, müssen Sie diese Leistungen selber bezahlen. Dafür kommt Ihre Krankenkasse nicht auf. Eventuell haben Sie eine private Zusatzversicherung über solche Extraleistungen abgeschlossen. Dann sollten Sie die Bestätigung darüber mit ins Krankenhaus bringen. Wenn Sie privat versichert sind, kann es sein, dass Sie erhebliche Kosten schon vor Beginn der Behandlung zahlen müssen.

Den Vertrag mit dem Krankenhaus sollten Sie nur unterschreiben, wenn Sie ihn auch verstanden haben. Lassen Sie sich gegebenenfalls von Freunden und Verwandten beraten, die gut Deutsch sprechen. Fragen Sie so lange nach, bis Sie alles verstanden haben, und lassen Sie sich grundsätzlich eine Kopie erstellen.

Anamnese

Vor Beginn der Behandlung führen Sie ein ausführliches Gespräch mit dem Krankenhausarzt. Er versucht dabei, sich ein Bild von Ihrem Gesundheitszustand zu machen und Ihre Krankengeschichte zu erfahren. Sprechen Sie dabei ganz offen über Ihre Beschwerden und die Krankheitsentwicklung. Der Klinikarzt weiß ja nicht alles, was Ihr Hausarzt schon über Sie weiß. Antworten Sie immer ehrlich, auch wenn Ihnen bestimmte Gewohnheiten unangenehm sind (Beispiel Rauchen)! Der Arzt und das gesamte Klinikpersonal unterliegen der Schweigepflicht – genau wie Ihr Hausarzt. Er darf ohne Ihr Einverständnis keine Informationen an Dritte weitergeben. Darum ist es wichtig, dass Sie ihm sagen, wem er Auskunft erteilen darf (Ihrem Ehe-/Partner, Ihrer Familie, Ihren Freunden?) und wen er im Notfall anrufen soll.



Was nehme ich mit ins Krankenhaus? ✓

Es gibt eine Reihe von Dingen, die Sie für einen stationären Krankenhausaufenthalt mitbringen sollten.

Dazu gehören verschiedene Unterlagen und Dokumente:

- Krankenversichertenkarte
- Einweisungsschein
- Personalausweis oder Pass
- Impfpass, Blutgruppenausweis, Allergiepass
- alle Unterlagen, die Auskunft über Ihren Gesundheitszustand geben können (zum Beispiel Röntgenbilder, Laborbefunde, Arztberichte und eine Liste der Medikamente, die Sie einnehmen)
- evtl. schriftliche Unterlagen über Ihren letzten Krankenhausaufenthalt
- evtl. Datum und Ort der letzten Operation sowie den Namen des verantwortlichen Arztes
- evtl. Zusicherung der privaten Zusatzversicherung über Kostenübernahme

Hinzu kommen persönliche Dinge, die Sie brauchen:

- Waschzeug
- Pyjama/Nachthemd
- Bademantel
- Hausschuhe
- Handtücher
- Brille bei Bedarf
- Medikamente
- Unterwäsche
- Tagesbekleidung
- Telefonnummern von nahen Angehörigen oder Freunden
- Name, Adresse, Telefonnummer des Hausarztes
- Dinge zum Zeitvertreib: zum Beispiel ein Radio mit Kopfhörern, Bücher, Schreibzeug, Zeitschriften
- Ohrstöpsel und Schlafbrille, falls Sie einen leichten Schlaf haben und im Mehrbettzimmer untergebracht sind
- etwas Geld

Lassen Sie größere Mengen Bargeld und Wertgegenstände besser zu Hause. Auch Ihr Handy sollten Sie nicht mit ins Krankenhaus nehmen.

Häufige Untersuchungen

Bei Krankenhausaufenthalten und vor Operationen kommen bestimmte Untersuchungen sehr häufig vor. Sie sind nötig, damit der Arzt sich ein Bild von Ihrem Gesundheitszustand und von Ihrem Krankheitsbild machen kann. Zu den häufigsten Untersuchungen gehören das Blutabnehmen, das Röntgen, das EKG zur Überprüfung des Herzens und der Ultraschall zur Untersuchung von Organen. Auch der Computertomographie (CT) und der Kernspintomographie müssen sich Patienten gelegentlich unterziehen. Bei beiden Untersuchungen werden Sie in eine Röhre geschoben. Das kann eventuell etwas beklemmend sein, ist aber ungefährlich und verursacht keine Schmerzen.

Wenn eine Operation ansteht, werden Sie möglicherweise in den Wochen vorher mehrmals zur Blutentnahme gebeten. Dann steht in Notfällen während der Operation Ihr eigenes Blut zur Verfügung, falls Sie dieses benötigen.

Aufklärung vor Operationen, Ärztepfllichten

Vor einer Operation muss der Arzt Sie genau über die Chancen und Risiken des Eingriffes informieren. Hören Sie genau zu, stellen Sie Fragen, und lassen Sie sich alles erklären, was Ihnen wichtig ist. Wenn Sie nicht so gut Deutsch verstehen, lassen Sie sich von Freunden oder Familienmitgliedern sprachlich unterstützen. Bitten Sie den Arzt auch, alles möglichst einfach und verständlich auszudrücken. Alle unverständlichen Fachwörter lassen sich erklären! Schließlich müssen Sie auch eine Einverständniserklärung unterschreiben, ohne die Sie nicht operiert werden können. Lesen Sie sich diese Erklärung genau durch und unterschreiben Sie nur, was Sie verstanden haben!

Falls Sie oder Ihre Angehörigen die deutsche Sprache nicht ausreichend beherrschen, um die Aufklärung vor Operationen zu verstehen, bitten Sie ausdrücklich um einen Dolmetscher. Die Krankenhäuser sind in der Regel bereit, auf Ihren ausdrücklichen Wunsch einen Dolmetscher hinzuzuziehen. Die Kosten hierfür müssen von der Klinik übernommen werden, wenn der Dolmetscher notwendig ist, damit Sie die Aufklärung vor der Operation verstehen.



Vor der Operation selbst sind verschiedene Vorbereitungen notwendig. Zum Beispiel kann es sein, dass die zu operierende Stelle rasiert werden muss. Damit Sie sich besser auf diese Vorbereitungen einstellen können, befragen Sie einfach Ihren Arzt.

Während der Operation werden Sie mit einer Narkose betäubt. Die Narkose kann nur einen Teil des Körpers betäuben (örtliche Narkose) oder Sie in einen tiefen Schlaf versetzen (Vollnarkose). Für die Narkose ist der Anästhesist zuständig. Er wird sich vorher mit Ihnen über die Narkose unterhalten. Wenn Sie Angst vor der Narkose haben oder sich Sorgen machen, sagen Sie ihm das. Er wird hoffentlich Ihre Ängste mindern können, indem er Ihnen alles erklärt.

Wenn Sie ambulant operiert werden und hinterher direkt wieder nach Hause dürfen, ist es wichtig, dass Sie genau wissen, wie Sie sich auf die Operation vorbereiten und wie Sie sich hinterher verhalten müssen. Für den Erfolg der Operation und die anschließende Heilung ist es notwendig, dass Sie alle Anordnungen genau verstanden haben und sich an diese halten.

Das gilt auch für die Anweisungen, die Sie vor einer stationären Operation bekommen. Merken Sie sich, ab wann Sie nichts mehr essen und trinken dürfen. Es ist ganz wichtig, dass Sie sich daran halten. Sonst kann es zu schweren Komplikationen kommen.

Wenn Sie nach der Operation starke Schmerzen haben, sollten Sie sofort das Klinikpersonal informieren.

Krankenhausalltag

Im Krankenhaus versuchen Ärzte und Pflegekräfte Krankheiten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten. Außerdem kümmert man sich um Ihre Unterbringung und Verpflegung.

Das heißt, dass Sie kein eigenes Bettzeug mitbringen müssen und Ihre Angehörigen Sie natürlich besuchen dürfen, Ihnen aber kein Essen mitzubringen brauchen. Sie bekommen im Krankenhaus Krankenhauskost. Wenn Sie spezielle Bedürfnisse haben, also zum Beispiel kein Fleisch essen, sollten Sie dies dem Arzt oder der Krankenschwester bei der Aufnahme mitteilen. Teilen Sie dem Pflegepersonal auch mit, was Sie aus religiösen Gründen nicht essen möchten. Dann wird darauf Rücksicht genommen.

Wichtig ist, dass Sie sich beim Pflegepersonal informieren, was Sie von dem Essen können, was Ihre Angehörigen Ihnen mitgebracht haben, ohne dass Ihre Genesung darunter leidet. Das Krankenhausessen ist für die Patienten gut abgestimmt und ausreichend.

Während Ihres Aufenthalts wird eine Vielzahl von Menschen um Sie herum sein. Da ist zunächst einmal das Klinikpersonal: der Chefarzt, den Sie wahrscheinlich nur selten sehen, der Stationsarzt, die Assistenzärzte, Krankenschwestern und Pfleger. Natürlich gibt es auch Reinigungskräfte und das Küchenpersonal, das Sie wahrscheinlich nie zu Gesicht bekommen. Vielleicht gibt es auch einen Klinikseelsorger oder einen Sozialarbeiter in Ihrem Krankenhaus.

Die Ärzte kommen jeden Tag einmal zur Visite in Ihr Zimmer. Das ist für Sie eine gute Gelegenheit, Fragen zu Ihrer Behandlung und zur Heilung zu stellen. Wenn das Team einmal sehr in Eile ist und keine Zeit hat, alle Fragen zu beantworten, sollten Sie das nicht persönlich nehmen. Genau wie die Krankenschwestern sind Klinikärzte oft ganz schön im Stress. Sie arbeiten sehr viele Stunden am Stück, haben viele Patienten und müssen an viele Dinge gleichzeitig denken.

Vielleicht ist es Ihnen unangenehm, wenn bei der Visite vor so vielen Ärzten, vor Ihren Zimmergenossen und eventuell auch noch vor Studenten über Ihre Gesundheit gesprochen wird. Oder Sie möchten nicht, dass vor aller Augen Ihre Wunden untersucht werden. Dann ist es ganz wichtig, dass Sie dieses Thema ansprechen. In vielen Krankenhäusern besteht auch die Möglichkeit, dass Sie einzeln untersucht werden. Das hält zwar die Ärzte ein bisschen auf, aber Sie können darauf bestehen.

Wenn Sie in einem Mehrbettzimmer untergebracht sind, kann es sein, dass Sie Probleme mit dem Schlafen bekommen. Damit Sie nicht von den anderen Patienten in Ihrem Schlaf gestört werden, sollten Sie deshalb vorsichtshalber Ohrstöpsel und eine Schlafbrille mitnehmen. Im Krankenhaus ist die Nacht normalerweise früh zu Ende. Alle Patienten werden sehr früh geweckt, und auf ein Frühstück hat man um diese Zeit meist noch gar keine Lust. So richtig gefällt das niemandem. Leider geht es aber nicht anders, wenn die Ärzte und Pflegekräfte ihr Arbeitspensum schaffen wollen.

Vielleicht werden nach der gelungenen Operation viele Menschen kommen und schauen, ob es Ihnen gut geht. Und wenn Sie sich darüber freuen, trägt Besuch vielleicht sogar zur Heilung bei. Bevor Mama, Papa, Oma, Opa, Cousins, Freunde, Kolle-



Entlassung

Bevor Sie das Krankenhaus verlassen, sollten Sie wissen, wie Sie hinterher weiter behandelt werden. Es kann sein, dass Sie für die weitere Behandlung noch einmal wiederkommen müssen. Vielleicht brauchen Sie bestimmte Medikamente oder eine bestimmte Diät. Eventuell müssen Sie regelmäßig zur Nachbehandlung zum Arzt gehen, oder Sie dürfen sich noch nicht wieder so viel bewegen. Hören Sie auf den Rat Ihres Arztes und fragen Sie bei Unklarheiten nach!

gen und der Fußballclub kommen, sollten Sie jedoch an drei Dinge denken: Erstens sollte nur so viel Besuch kommen, wie Sie verkraften können. Wenn Sie müde oder schwach sind, schicken Sie die Leute einfach nach Hause! Schließlich soll es Ihnen schnell wieder besser gehen! Zweitens sollte sich Ihr Besuch, außer in absoluten Ausnahmefällen, an die Besuchszeiten des Krankenhauses halten. Und drittens: Vergessen Sie bitte Ihren Bettnachbarn nicht. Der ist vielleicht gerade frisch operiert und braucht ganz viel Ruhe. Sobald Sie sich selbst dazu in der Lage fühlen, gehen Sie darum am besten mit Ihrem Besuch auf den Flur, ins Besucherzimmer, in die Cafeteria, oder machen Sie gemeinsam einen kleinen Spaziergang im Krankenhauspark.

Der Arzt wird Ihnen einen Brief für Ihren Hausarzt mitgeben, damit dieser die wichtigsten Informationen über Ihren Krankenhausaufenthalt bekommt.

Bitte vergessen Sie nicht, Ihren Eigenanteil (siehe Beiblatt) direkt im Krankenhaus zu bezahlen, wenn Sie diesen noch nicht für insgesamt 28 Tage im Kalenderjahr gezahlt haben oder von den Zuzahlungen befreit sind.

6. Der Öffentliche Gesundheitsdienst

Neben der ambulanten medizinischen Versorgung (meistens beim Arzt) und der stationären Versorgung (im Krankenhaus) existiert in Deutschland noch eine dritte Säule des Gesundheitswesens: der Öffentliche Gesundheitsdienst. Er ist in den Landkreisen und bei einigen großen Städten entweder beim Gesundheitsamt oder bei anderen Dienststellen des öffentlichen Gesundheitswesens angesiedelt. Die Leitung des Landkreises oder einer solchen großen Stadt bestimmt, wer in ihrem Zuständigkeitsbereich die jeweiligen Aufgaben wahrnimmt. Mit diesen Behörden werden Sie wahrscheinlich seltener zu tun haben als mit den niedergelassenen Ärzten. Dennoch erfüllt der Öffentliche Gesundheitsdienst wichtige Aufgaben.

Zu beachten ist, dass jedes Bundesland für sich regelt, welche Aufgaben der Öffentliche Gesundheitsdienst im Einzelnen wahrnimmt. Deshalb werden im Folgenden nur die wichtigsten Aufgaben genannt, die der Öffentliche Gesundheitsdienst in den meisten Fällen übernimmt und die darüber hinaus auch für Migranten wichtig sind.

Wenn Sie zum Beispiel Ihre Kinder einschulen, wird vorher bei der ärztlichen Schuleingangsuntersuchung festgestellt, ob sie körperlich und geistig in der Lage sind, die Schule zu besuchen. Diese Schuleingangsuntersuchung liegt oft in den Händen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Bei Verdacht auf Entwicklungsstörungen berät der Öffentliche Gesundheitsdienst die Eltern über geeignete Fördermöglichkeiten für ihre Kinder.

Wenn Sie Fragen zu Impfungen haben, ist die Impfberatung des Gesundheitsdienstes neben Ihrem Hausarzt der geeignete Ansprechpartner. Manche Impfungen führt auch der Öffentliche Gesundheitsdienst selber durch. Treten übertragbare Erkrankungen auf, kümmern sich Mitarbeiter





des Öffentlichen Gesundheitsdienstes darum, dass sich keine weiteren Menschen anstecken. Sie sorgen dafür, dass die dazu notwendigen Maßnahmen ergriffen werden. Wer beruflich mit Lebensmitteln zu tun hat und vor Aufnahme der Tätigkeit ein Gesundheitszeugnis benötigt, bekommt es meistens beim Öffentlichen Gesundheitsdienst. Auch beraten die Mitarbeiter Menschen mit Behinderungen oder bei drohender Behinderung. Menschen mit drohenden oder eingetretenen seelischen Behinderungen oder deren Angehörige können sich an den Sozialpsychiatrischen Dienst wenden.

Auch im Falle von Schwangerschaftskonflikten kann der Öffentliche Gesundheitsdienst weiterhelfen. Wer vor einem Schwangerschaftsabbruch eine Bescheinigung benötigt, wird in einigen Gesundheitsbehörden eine anerkannte Beratungsstelle vorfinden oder die Adresse einer solchen Stelle genannt bekommen. Bedürftige können hier auch Anträge zur finanziellen Unterstützung stellen, die für die Erstausrüstung von Babys zu verwenden ist.

Der Gesundheitsdienst bemüht sich darüber hinaus in unterschiedlicher Form um Gesundheitsförderung und die gesundheitliche Versorgung von Minderheiten und Benachteiligten. In Kooperation mit den Sozialdiensten in Übergangsunterkünften und Stadtvierteln suchen Ärzte und Ärztinnen bei Bedarf auch Familien zu Hause auf. Wie alle anderen Ärzte unterliegen sie der Schweigepflicht. Nicht zuletzt erhalten Sie beim Öffentlichen Gesundheitsdienst Informationen zum deutschen Gesundheitssystem und zu einer Vielzahl von Gesundheitsthemen. Ansprechpartner, genaue Aufgabenverteilung und deren Umfang sowie die Öffnungszeiten erfahren Sie über die Kreis- oder Stadtverwaltung.

7. Was tun im Notfall?

Ein Notfall ist jede Krankheit oder Verletzung, die so schlimm ist, dass eine ärztliche Behandlung sofort notwendig ist. Das kann hohes Fieber sein, ein Beinbruch, starke Blutungen, Atemnot, eine Vergiftung oder auch eine plötzliche Bewusstlosigkeit.

In Situationen, die Sie für lebensbedrohlich halten, sollten Sie sofort einen Krankenwagen rufen. Dann wird der Patient schnellstmöglich ins Krankenhaus gebracht und, wenn nötig, schon im Krankenwagen behandelt. Auch mit anderen Verletzungen, wie zum Beispiel Knochenbrüchen oder Kopfverletzungen, ist nicht zu scherzen. Auch hier sollte der Patient sofort ins Krankenhaus gebracht werden.

Die telefonische Notrufnummer für ganz Deutschland ist die 112

Am besten kleben Sie sich einen Zettel mit dieser Nummer auf Ihr Telefon, denn in Panik vergisst man sie vielleicht sehr schnell. Am Telefon sollten Sie versuchen ruhig zu bleiben. Wenn Sie jetzt Hektik verbreiten, helfen Sie damit niemandem. Erklären Sie ruhig und deutlich, wo der Patient sich be-

findet, was passiert ist und wie sein Zustand ist. Hören Sie selbst aufmerksam zu, und beantworten Sie eventuelle Fragen so gut Sie können.

Wenn Sie oder Ihr Kind einfach nur krank sind, können Sie zu Ihrem Haus- oder Kinderarzt gehen. Sollten Sie dazu nicht in der Lage sein, bitten Sie ihn um einen Hausbesuch.

Wenn Sie Ihren Arzt beispielsweise am Wochenende oder am Mittwochnachmittag nicht erreichen, schauen Sie in Ihrer Lokalzeitung nach, welcher Arzt Notdienst hat und rufen Sie diesen an. Oft gibt es eine zentrale lokale Telefonnummer oder sogar eine richtige Notfallpraxis.

Wenn die Situation so akut ist, dass Sie nicht erst lange nach dem richtigen Arzt suchen können, bringen Sie die kranke oder verletzte Person am besten in die Notfallambulanz des nächsten Krankenhauses. Dort wird sie so bald wie möglich behandelt.



Es ist immer gut, wenn man weiß, wie man selbst Erste Hilfe leisten kann. Das gilt besonders, wenn man Familie hat. Denn Kinder sind neugierig und können Gefahren noch nicht richtig einschätzen: Wenn Sie nicht aufpassen, kann Ihr Kind sich ganz schnell verbrennen, etwas Giftiges runterschlucken oder schlimm mit dem Fahrrad stürzen. Dann ist es gut zu wissen, was man in solchen Situationen selbst tun kann, bevor professionelle Hilfe kommt. In Erste-Hilfe-Kursen können Sie das lernen. Solche Kurse werden von vielen Vereinen und Bildungseinrichtungen angeboten.

Vielleicht glauben Sie aber auch, dass der Patient Schaden nehmen könnte, wenn Sie ihn selbst transportieren. Wenn Ihnen die Situation sehr bedrohlich erscheint, rufen Sie am besten unter der Nummer 112 einen Krankenwagen.

Wer in Notfällen den ärztlichen Notdienst nutzt oder die Notfallambulanz des Krankenhauses aufsucht, muss die Praxisgebühr bezahlen, selbst wenn eine Überweisung des Hausarztes vorhanden ist. Die Quittung gilt für das komplette Vierteljahr: Müssen Sie im selben Vierteljahr noch einmal einen Notdienst aufsuchen, fällt also keine weitere Praxisgebühr an.

Adressen für weitere Informationen

1. Gesundheitseinrichtungen auf Bundesebene

Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

Referat Information, Publikation, Redaktion
Rochusstraße 1 · 53123 Bonn
www.bmg-bund.de

Das BMG bietet einen telefonischen Informationsdienst zu folgenden Themen:

- Pflegeversicherung:
Tel.: 01805|99 66 03
- Krankversicherung:
Tel.: 01805|99 66 02
- Krankenversicherungsschutz für alle:
Tel.: 01805|99 66 01

Krebsinformationsdienst KID

Deutsches Krebsforschungszentrum
Im Neuenheimer Feld 280 · 69120 Heidelberg
www.krebsinformationsdienst.de

Informationsdienst für krebsbezogene Anfragen:

- Tel.: 0800|4 20 30 40 (täglich von 8–20 Uhr, Anruf aus dem Festnetz gebührenfrei)
- KID-Tel.: 06221|41 01 21 (Mo–Fr 8–20 Uhr)
- Info-Tel. Brustkrebs: 06221|42 43 43 oder |41 01 21 (Mo–Fr 8–12 Uhr)

- Info-Tel. Krebsschmerz: 06221|42 20 00 (Mo–Fr 12–16 Uhr)
- Info-Tel. Fatigue: 06221|42 43 44 (Mo, Mi, Fr 16–19 Uhr)

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

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|55 54 44
(zzt. 14 Cent pro Minute aus dem deutschen Festnetz)
- Telefonberatung zur Suchtvorbeugung:
Tel.: 0221|89 20 31
- Telefonberatung zur Raucherentwöhnung:
Tel.: 01805|31 31 31
(zzt. 12 Cent pro Minute)
- Telefonberatung zu Essstörungen:
Tel.: 0221|89 20 31
- Telefonberatung zu Glückspielsucht:
Tel.: 0800|1 37 27 00

- Telefonberatung zur Organspende:
Tel.: 0800|9 04 04 00
(Sprechzeiten: Mo–Do 9–18 Uhr
und Fr 9–16 Uhr)

Bernhardt-Nocht-Institut für Tropenmedizin

Bernhardt-Nocht-Straße 74 · 20359 Hamburg
www.bni-hamburg.de
Tel.: 040|42 81 80 (24 h)
Fax: 040|42 81 84 00

Fit for Travel – Informationsdienst für Reisemedizin und Tropenkrankheiten

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

2. (Zahn-)Ärzte und Apothekerverbände

Bundesärztekammer

Arbeitsgemeinschaft der deutschen
Ärztekammern
Herbert-Lewin-Platz 1 · 10623 Berlin
www.bundesaerztekammer.de
Tel.: 030|4 00 45 60 · Fax: 030|4 00 45 63 88
Arztsuche in Deutschland über:
www.arzt.de/page.asp?his=2.5511

Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA)

Jägerstraße 49/50 · 10117 Berlin
www.abda.de oder www.aponet.de
Tel.: 030|40 00 40 · Fax: 030|40 00 45 98

Kassenärztliche Bundesvereinigung

Herbert-Lewin-Platz 2 · 10623 Berlin
Arztsuche in Deutschland über:
www.kbv.de/arztsuche/178.html
Tel.: 030|4 00 50 · Fax: 030|40 05 10 93

Bundeszahnärztekammer

Arbeitsgemeinschaft der deutschen
Zahnärztekammern e.V.
Chausseestraße 13 · 10115 Berlin
www.bzaek.de
Tel.: 030|40 00 50 · Fax: 030|40 00 52 00
Verzeichnis über Patientenberatungsstellen
in Deutschland:
www.bzaek.de/list/pati/050607_
Beratungsstellen.pdf

3. Krankenkassen: Träger der gesetzlichen Krankenversicherung

Spitzenverband Bund der Krankenkassen

Friedrichstr. 136 · 10117 Berlin

Tel.: 030|2 40 08 65-63

Fax: 030|2 40 08 65-88

Für individuelle Fragen rund um das

Thema Krankenversicherung wenden Sie

sich bitte direkt an die Krankenkasse Ihrer

Wahl.

4. Unabhängige Patienten- und Verbraucherverbände

Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.

Markgrafenstraße 66 · 10969 Berlin

www.vzbv.de

Fax: 030|2 58 00 02 18,

die vzbv bietet keine telefonische Beratung an

Bundesarbeitsgemeinschaft

Mehr Sicherheit für Kinder e.V.

Heilbachstraße 13 · 53123 Bonn

www.kindersicherheit.de

Tel.: 0228|68 83 40 · Fax: 0228|688 34 88

Bundesarbeitsgemeinschaft Erste Hilfe

Carstennstraße 58 · 12205 Berlin

www.bageh.de

Tel.: 030|85 40 43 67 · Fax: 030|85 40 44 83

Allgemeiner Patienten-Verband e.V.

Bundespatientenstelle

Deutschhaus-Straße 28 · 35037 Marburg

www.patienten-verband.de

Tel.: 06421|6 47 35 (Mo–Fr von 10–12 Uhr)

Bundesarbeitsgemeinschaft der

PatientInnenstellen (BAGP)

Geschäftsstelle der BAGP

Waltherstraße 16a · 80337 München

Tel.: 089|76 75 51 31

Deutsche Arbeitsgemeinschaft

Selbsthilfegruppen e.V.

Friedrichstraße 28 · 35392 Gießen

www.dag-selbsthilfegruppen.de

Tel.: 0641|9 94 56 12 · Fax: 0641|9 94 56 19

Sozialverband VdK Deutschland e.V.

Wurzerstraße 4a · 53175 Bonn

www.vdk.de

Tel.: 0228|82 09 30 · Fax: 0228|8 20 93 43

Deutsches Grünes Kreuz e.V.

Im Kilian – Schuhmarkt 4 · 35037 Marburg

www.dgk.de

Tel.: 06421|29 30 · Fax: 06421|2 29 10

**Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE
e.V. (BAG Selbsthilfe)**

Kirchfeldstraße 149 · 40215 Düsseldorf
www.bagh.de
Tel.: 0211|31 00 60 · Fax: 0211|3 10 06 48

Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD)

Stralauer Straße 63 · 10179 Berlin
www.sovd-bv.de
Tel.: 030|7 26 22 20 · Fax: 030|7 26 22 23 11

5. Gesundheitspolitische Einrichtungen für Migranten

**Arbeitskreis Migration und öffentliche
Gesundheit**

c/o Beauftragte der Bundesregierung für
Migration, Flüchtlinge und Integration
11017 Berlin
www.integrationsbeauftragte.de

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

Sandstraße 41 · 80335 München
www.bayzent.de
Tel.: 089|54 29 06 65 · Fax: 089|5 23 69 78

Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.

Königstraße 6 · 30175 Hannover
www.ethno-medizinisches-zentrum.de
www.bkk-promig.de
www.aids-migration.de
www.interkulturelle-suchthilfe.de
Tel.: 0511|16 84 10 20 · Fax: 0511|45 72 15

Institut für Transkulturelle Betreuung e.V.

Am Listholze 31a · 30177 Hannover
www.itb-ev.de
Tel.: 0511|5 90 92 00 · Fax: 0511|59 09 20 10

**Deutsch-Türkische Gesellschaft für
Psychiatrie, Psychotherapie und
psychozoiale Gesundheit (DTGPP) e.V.**

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Cappeler Str. 98 · 35039 Marburg
www.dtgpp.de
Tel.: 06421|40 43 04 oder |40 44 11
Fax: 06421|40 44 31

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

Schmiedestraße 31 · 30159 Hannover
www.dtm-ev.de
Tel.: 0511|2 35 23 04 · Fax: 0511|2 35 23 66
(Mo und Do 9–11:30 Uhr, Di und
Fr 14:30–17 Uhr)

**Referat Transkulturelle Psychiatrie der
Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie,
Psychotherapie und Nervenheilkunde
(DGPPN)**

Carl-Neuberg-Straße 1 · 30167 Hannover
www.dgppn.de
Tel.: 0511|5 32 66 19 · Fax: 0511|5 32 24 08

Türkisch-Deutsche Gesundheitsstiftung e.V.

Türk-Alman Sağlık Vakfı

Friedrichstr. 13 · 35392 Gießen

www.trd-online.de

Tel.: 0641|9 66 11 60 · Fax: 0641|96 61 16 29

6. Verbände der freien Wohlfahrt

Deutsches Rotes Kreuz e.V. (DRK)

Generalsekretariat

Carstennstraße 58 · 12205 Berlin

www.drk.de

Tel.: 030|85 40 40 · Fax: 030|85 40 44 50

**Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in
Deutschland e.V.**

Hebelstraße 6 · 60316 Frankfurt am Main

www.zwst.org

Tel.: 069|9 44 37 10 · Fax: 066|49 48 17

**Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.
(AWO)**

Oppelner Straße 130 · 53119 Bonn

www.awo.org

Tel.: 0228|6 68 50, Tel.: 0228|6 68 52 49

(Fachbereich Migration)

Fax: 0228|6 68 52 09

**Diakonisches Werk der evangelischen
Kirchen Deutschlands (EKD) e.V.**

Dienststelle Berlin

Reichensteiner Weg 24 · 14195 Berlin

www.diakonie.de

Tel.: 030|83 00 10 · Fax: 030|83 00 12 22

Deutscher Caritasverband e.V.

Karlstraße 40 · 79104 Freiburg

www.caritas.de

Tel.: 0761|2000 · Fax: 0761|20 05 72

Der Paritätische Wohlfahrtsverband

Gesamtverband

Oranienburger Straße 13–14 · 10178 Berlin

www.der-paritaetische.de

Tel.: 030|24 63 60 · Fax: 030|24 63 61 10

7. Gesundheitssport in Sportvereinen

Deutscher Olympischer Sportbund

Ressort Präventionspolitik und

Gesundheitsmanagement

Otto-Fleck-Schneise 12 · 60528 Frankfurt

am Main

Tel.: 069|670 00 · Fax: 069|67 49 06

Angebotsverzeichnis unter:

www.sportprogesundheit.de

Hand in Hand für Ihre Gesundheit

Wir danken den vielen Wissenschaftlern, Fachleuten und Institutionen, die dazu beigetragen haben, diesen Wegweiser durch das deutsche Gesundheitswesen für Sie zu erstellen.

Für die Übersetzung des Wegweisers in die jeweiligen Sprachen waren folgende Fachleute verantwortlich:

Murisa Adilovic-Berends ■ Farhad Ahma ■ Khaled Alzayed ■ Alhakam Alzayed ■ Javier Arola Navarro ■ Dr. Serdar Aycan ■ Dzafer Becirovski ■ Azra Becirovski ■ Petrit Beqiri ■ Bequir Dervishi ■ Dejan Djokic ■ Izabela Dyczek ■ Mert Ergüden ■ Oya Ergüden Eran ■ Izarbe Garcia Sanchez ■ Elena Görzen ■ Shahram Jennati Lakeh ■ Photini Kaiser ■ Tangazar Khasho ■ Ahmet Kimil ■ Dr. Nilgün Kimil ■ Barbara Knabe ■ Robert Koami Akpali ■ Maxim Krüger ■ Sandra Lazeta-Markanovic ■ Veronica Maguire ■ Karolina Mamic ■ Alexey Milstein ■ Brigitta Miskovic ■ Martin Müller ■ Dalal Najem ■ Dr. Ayhan Özsahin ■ Tatjana Pankratz-Milstein ■ Francesca Parenti ■ Milos Petkovic ■ David Piper ■ Cinzia Pizzati-Sturm ■ Larissa Rost ■ Hatice Salman ■ Rose-Marie Soulard-Berger ■ Gesine Sturm ■ Dr. Matthias Wienold MPH ■ Teresa Willenborg ■ Taner Yüksel ■ Özgür Ziyaretcı

Notizen

Gesundheit Hand in Hand

Das deutsche Gesundheitssystem zählt immer noch zu den besten auf der Welt – nicht aber zu den einfachsten. Nicht nur für Menschen, die gerade erst nach Deutschland gekommen sind oder noch nicht lange hier leben, ist es oft schwer zu verstehen, wie es funktioniert.

Schon die Frage, ob und wie Sie sich krankenversichern können, ist schwierig zu beantworten. Oder Sie fragen sich, an wen Sie sich wenden können, wenn Sie selbst oder ein Familienmitglied krank sind. Gehen Sie zuerst zu einem Arzt oder direkt ins Krankenhaus? Und wenn zum Arzt, zu welchem eigentlich?

Antworten auf diese Fragen wollen wir Ihnen mit dem vorliegenden „Wegweiser durch das deutsche Gesundheitssystem“ geben.

Näheres zum Wegweiser finden Sie auf unserer Webseite **www.bkk-promig.de**. Der Wegweiser wurde im Rahmen der BKK Initiative „Mehr Gesundheit für alle“ entwickelt. Weitere Informationen dazu finden Sie im Internet unter der Adresse **www.bkk.de/mehr-gesundheit-fuer-alle**.

Der BKK Gesundheitswegweiser „Hand in Hand“ ist in folgenden Sprachen erschienen:
Albanisch, Arabisch, Deutsch, Englisch, Französisch, Griechisch, Italienisch, Kurdisch, Persisch,
Polnisch, Russisch, Serbokroatisch, Spanisch, Türkisch.

