



Bundesministerium
für Gesundheit

*Ethno-
Medizinisches
Zentrum e.V.*



Gesundheit für alle

Ein Wegweiser durch das deutsche
Gesundheitswesen

Gesundheit für alle

Ein Wegweiser durch das deutsche
Gesundheitswesen

Inhaltsverzeichnis

1 Krankenversicherung	5
› Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)	5
› Private Krankenversicherung (PKV)	9
2 Medizinische Versorgung	10
› Versorgung durch eine Ärztin oder einen Arzt	11
› Versorgung durch eine Zahnärztin oder einen Zahnarzt	15
› Apotheken und Arzneimittel	16
› Versorgung im Krankenhaus	18
3 Im Notfall	24
4 Gesundheitsvorsorge	27
› Schutzimpfungen	27
› Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen	28
› Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche	35
› Frauengesundheit	36
› Schwangerschaft und Geburt	36
› Drogen- und Suchthilfeangebote	38
› Virale Hepatitis	39
› HIV-Infektion und Aids	40
5 Pflegeversicherung	42
› Häusliche Pflege	43
› Stationäre Pflege	44
› Pflegende Angehörige	44

1 Krankenversicherung

Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

In Deutschland gibt es zwei Formen der Krankenversicherung: die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die private Krankenversicherung (PKV). Rund 90 Prozent der Bevölkerung, also etwa 70 Millionen Bürgerinnen und Bürger, sind in der GKV versichert und damit umfassend und sehr gut medizinisch versorgt. Als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse bezahlen Sie jeden Monat einen Beitrag an die Krankenkasse. Dieser Beitrag richtet sich bis zu einem bestimmten Höchstbeitrag nach Ihrem monatlichen Einkommen. Ihr Arbeitgeber bezahlt einen weiteren Anteil.

Alle Versicherten erhalten unabhängig von der Höhe der gezahlten Beiträge und unabhängig von ihrem Geschlecht, Alter oder Gesundheitsstatus die gleichen, medizinisch notwendigen Leistungen. Diese Solidarität ist ein tragendes Prinzip der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland.

Wenn Sie krank werden oder einen Unfall haben und sich beim Arzt oder im Krankenhaus behandeln lassen, werden die Kosten der Behandlung von Ihrer Krankenkasse übernommen. Bei einigen Leistungen müssen sich gesetzlich Versicherte an den Kosten beteiligen. Das sind die sogenannten „Zuzahlungen“. Kinder und Jugendliche sind von fast allen Zuzahlungen befreit. Die Krankenkasse bezahlt auch verschreibungspflichtige Arzneimittel, die Ihnen Ihre Ärztin oder Ihr Arzt verordnet. Wenn Sie wegen einer Erkrankung nicht arbeiten können, stellt Ihnen eine Ärztin oder ein Arzt eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung aus. Diese besteht aus mehreren Teilen. Den ersten Teil legen Sie Ihrer Krankenkasse vor. Teil 2 der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung enthält keine Diagnosen und ist die Ausfertigung zur Vorlage beim Arbeitgeber. Der dritte Teil ist zum Verbleib bei Ihnen vorgesehen. Bei Arbeitsunfähigkeit zahlt Ihnen Ihr Arbeitgeber Ihr Arbeitsentgelt bis zu sechs Wochen lang weiter. Danach können Sie von Ihrer Krankenkasse das sogenannte Krankengeld erhalten.

Wer ist gesetzlich krankenversichert?

Versicherungspflichtig sind Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, deren jährliches Einkommen unter der sogenannten „Versicherungspflichtgrenze“ liegt. Auszubildende, Arbeitsuchende, Studierende, Rentnerinnen und Rentner, Künstlerinnen und Künstler sowie Publizistinnen und Publizisten unterliegen grundsätzlich ebenfalls der Versicherungspflicht in der GKV.

Familienangehörige werden kostenlos mitversichert, wenn sie kein oder ein geringes Einkommen haben. Kinder sind nur bis zu einem bestimmten Alter mitversichert. Diese Altersgrenze hängt davon ab, ob Ihre Kinder noch in der Ausbildung sind. Kinder mit einer Behinderung sind ohne Altersbegrenzung mitversichert, wenn sie wegen ihrer Behinderung ihren Lebensunterhalt nicht selbst verdienen können.

Selbstständige und Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, deren Jahresbruttogehalt über der Obergrenze für die Versicherungspflicht liegt, sowie Beamtinnen und Beamte können sich in der privaten Krankenversicherung oder – unter bestimmten Voraussetzungen – freiwillig in der GKV versichern.

Freie Kassenwahl

Sie dürfen Ihre Krankenkasse selbst wählen. Der Beitragssatz ist bei allen gesetzlichen Krankenkassen gleich. Außerdem müssen die Versicherten sogenannte „Zusatzbeiträge“ zahlen. Diese Zusatzbeiträge können von Krankenkasse zu Krankenkasse unterschiedlich sein. Kassen können auch Ermäßigungen bei Zuzahlungen anbieten. Informieren Sie sich frühzeitig, welche Leistungen Ihre Krankenkasse übernimmt und welche Leistungen Sie gegebenenfalls selbst finanzieren müssen.

Es gibt auch Krankenkassen, die ihre Versicherten durch Prämien dafür belohnen, dass sie zum Beispiel regelmäßig Vorsorgeuntersuchungen und Gesundheitskurse besuchen. Es lohnt sich daher vor der Wahl der Krankenkasse, die einzelnen Leistungs- und Serviceangebote miteinander zu vergleichen.

Sie können Ihre Krankenkasse wechseln. Hierzu suchen Sie sich eine neue Krankenkasse. Diese informiert die bisherige Krankenkasse über den Wechsel. Sie müssen grundsätzlich 12 Monate bei einer gewählten Krankenkasse bleiben.

Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen

Die Krankenkasse bezahlt, was „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ ist. Dies kann auch bedeuten, dass Sie bestimmte Behandlungen selbst bezahlen müssen. Dazu zählen zum Beispiel ein Einzelzimmer und Behandlung durch die Chefarztin oder den Chefarzt im Krankenhaus.

Zu den wichtigsten Leistungen der GKV gehören:

- ärztliche Behandlungen und verordnete Arzneimittel,
- Krankenhausbehandlung und Rehabilitation,
- Betreuung durch eine Ärztin oder einen Arzt und eine Hebamme während der Schwangerschaft und Entbindung,
- Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Erwachsene,
- empfohlene Impfungen,
- Zahnvorsorge und zahnärztliche Behandlungen,
- Psychotherapien,
- häusliche Krankenpflege oder Palliativ-Versorgung unter bestimmten Bedingungen,
- Heilmittel (dazu gehören zum Beispiel Physiotherapie und Ergotherapie) und Hilfsmittel (zum Beispiel Rollstühle, Hörgeräte, Prothesen),
- Krankengeld für den Lebensunterhalt (auch für Versicherte, die ihre kranken Kinder pflegen müssen).

Wenn Sie in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, können Sie sich zusätzlich auch bei einer privaten Krankenversicherung für bestimmte Leistungen versichern. Dazu können zum Beispiel eine Chefarztbehandlung, ein Anspruch auf ein Einzelzimmer im Krankenhaus oder die volle Übernahme der Kosten bei Zahnersatz und Brillen

gehören. Wichtig: Diese zusätzliche Versicherungsleistung müssen Sie alleine finanzieren. Der Arbeitgeber beteiligt sich nicht an den Kosten für eine zusätzliche Versicherung.

Zuzahlung/Eigenanteile

An manchen Kosten müssen Sie sich mit einer Zuzahlung beteiligen. Die GKV bezahlt zum Beispiel verschreibungspflichtige Arzneimittel. Jedoch müssen Versicherte sich mit einer Zuzahlung daran beteiligen. Auch bei Aufenthalt und Versorgung im Krankenhaus und bei Heil- und Hilfsmitteln, bei häuslicher Krankenpflege sowie bei den Fahrtkosten müssen Sie eine Zuzahlung leisten.

Damit Sie finanziell nicht überlastet werden, sind das höchstens zwei Prozent des jährlichen Bruttoeinkommens, bei chronischen Krankheiten ist es ein Prozent. Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren sind von den Zuzahlungen bis auf die Fahrtkosten befreit. Auch für Personen mit geringem Einkommen gelten besondere Regelungen, die Sie bei Ihrer Krankenkasse erfragen können.

Wenn Sie den Höchstbetrag für diese jährlichen Zuzahlungen überschreiten, werden Sie bis zum Ende des Kalenderjahres von weiteren Zuzahlungen befreit. Sammeln Sie deshalb die Belege, zum Beispiel im Quittungsheft, das Sie von Ihrer Krankenkasse erhalten und reichen Sie die Belege dort ein. Die Krankenkasse muss Ihnen die Zuzahlungsbefreiung ausstellen.

Ein sogenannter Eigenanteil ist dann zu leisten, wenn die Patientin oder der Patient ein Produkt in seiner Grundform auch ohne medizinische Notwendigkeit hätte kaufen müssen. Bei orthopädischen Straßenschuhen müssen Sie zum Beispiel 76 Euro pro Paar selbst bezahlen.

Private Krankenversicherung (PKV)

Eine private Krankenversicherung (PKV) müssen diejenigen abschließen, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind und keine anderweitige Absicherung, zum Beispiel im Rahmen des Asylbewerberleistungsgesetzes, haben. Dazu zählen zum Beispiel die meisten Selbstständigen, Kleinunternehmer, Freiberufler, Beamtinnen und Beamte sowie Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze.

Die Beiträge der privaten Krankenversicherungen richten sich nicht nach dem Einkommen, sondern nach dem Risiko zu erkranken. Je nach Alter und Gesundheitszustand bei Abschluss der Versicherung sind die Beiträge unterschiedlich. Die Kosten für die Beiträge zur Versicherung richten sich auch nach den vereinbarten Leistungen. Im Versicherungsvertrag können zum Beispiel der Zahnersatz, eine Chefarztbehandlung oder der Anspruch auf ein Einzelzimmer im Krankenhaus vereinbart werden.

Jede private Krankenversicherung muss aber auch einen sogenannten Basistarif anbieten, dessen Leistungen ungefähr denen der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen. Private Krankenkassen dürfen einen Antrag auf den Basistarif nicht aufgrund von Vorerkrankungen oder akuten Krankheiten ablehnen.

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

2 Medizinische Versorgung

Elektronische Gesundheitskarte

Wichtig:

Bitte nehmen Sie immer Ihre elektronische Gesundheitskarte mit, wenn Sie Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen. Seit dem 1. Januar 2015 gilt ausschließlich diese Karte als Berechtigungsnachweis, um Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch nehmen zu können. Auf der elektronischen Gesundheitskarte sind Ihr Name, Ihr Geburtsdatum und Ihre Anschrift sowie Ihre Krankenversicherungsnummer und Ihr Versichertenstatus (Mitglied, Familienversicherter oder Rentner) als Pflichtdaten gespeichert. Die elektronische Gesundheitskarte enthält außerdem ein Lichtbild von Ihnen.



Musterbeispiel einer Gesundheitskarte

Versorgung durch eine Ärztin oder einen Arzt

In Deutschland dürfen Sie Ihre Ärztin oder Ihren Arzt selbst auswählen. Wenn Sie gesetzlich versichert sind, können Sie unter Ärztinnen und Ärzten wählen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Das ist bei den meisten ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten der Fall. Beachten Sie die Hinweise auf den Praxisschildern wie „Patienten aller Kassen“ oder „Alle Kassen“.

Wichtig:

Suchen Sie sich eine Hausärztin oder einen Hausarzt (dies kann zum Beispiel eine hausärztlich tätige Internistin oder ein Internist oder eine Fachärztin oder einen Facharzt für Allgemeinmedizin sein) in der Nähe Ihres Wohnortes aus, an die oder den Sie sich im Krankheitsfall oder bei gesundheitlichen Beschwerden zuerst wenden können. Wenn Sie immer zur gleichen Ärztin oder zum gleichen Arzt gehen, wird es einfacher, gemeinsam für Ihre Gesundheit zu sorgen.

Wenn es notwendig ist, überweist Sie Ihre Hausärztin oder Ihr Hausarzt an eine Fachärztin oder einen Facharzt (zum Beispiel für Hals-, Nasen-, Ohren-Heilkunde oder Orthopädie). Wenn Sie krank sind, dürfen Sie auch direkt in eine fachärztliche Praxis gehen. Dort werden zum Beispiel auch kleinere Operationen oder spezielle Behandlungen durchgeführt, ohne dass Sie ins Krankenhaus müssen.

Der Arztbesuch

Wenn Sie akut erkrankt sind oder Beschwerden haben, sollten Sie mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt einen Untersuchungstermin vereinbaren. Sie können aber auch ohne Termin eine Praxis aufsuchen. Dabei kann es jedoch zu langen Wartezeiten kommen. Deshalb ist es immer besser, vorher in der Praxis anzurufen und zu sagen, welche Beschwerden Sie haben. Wenn es Ihnen so schlecht geht, dass Sie nicht in die Praxis gehen können, fragen Sie, ob Ihre Ärztin oder Ihr Arzt für die Untersuchung zu Ihnen nach Hause kommen kann.

Wenn Sie Ihre Ärztin oder Ihren Arzt jedoch nicht erreichen (zum Beispiel außerhalb der Sprechstundenzeiten) können Sie sich auch an die Terminservicestelle (TSS) der Kassenärztlichen Vereinigungen wenden.

Die TSS bzw. der u.a. dort erreichbare ärztliche Bereitschaftsdienst vermittelt auf der Grundlage einer telefonischen Ersteinschätzung eine geeignete ärztliche Versorgung. Das kann zum Beispiel eine geöffnete Arztpraxis, eine Bereitschaftsdienstpraxis, die Notfallambulanz eines Krankenhauses oder in geeigneten Fällen auch eine telefonische ärztliche Konsultation sein. Hierzu finden Sie weitere Informationen in diesem Wegweiser unter dem Thema „Im Notfall“.

Darüber hinaus können Sie sich auch an die TSS wenden, wenn Sie eine Hausärztin bzw. einen Hausarzt oder eine Kinder- und Jugendärztin bzw. einen Kinder- und Jugendarzt suchen, die oder der Sie dauerhaft versorgen und betreuen kann.

Eine weitere Hilfestellung bietet die TSS zudem, wenn Sie einen Termin bei einer Fachärztin oder einem Facharzt benötigen. In der Regel ist hierzu jedoch eine Überweisung erforderlich.

Die Terminservicestelle (TSS) ist in allen Fällen täglich rund um die Uhr telefonisch erreichbar. Rufnummer: 116 117

Zusätzlich sind die TSS auch digital verfügbar, zum Beispiel über die Internetseite www.116117.de oder über die App [116117.app](https://www.116117.de/app)

Wenn Sie nicht so gut Deutsch sprechen, können Sie eine Person mitnehmen, die für Sie dolmetscht. Sie können sich auch von Familienmitgliedern, Freundinnen oder Freunden begleiten lassen, die besser Deutsch verstehen. Bitte beachten Sie, dass Ihre Krankenkasse die Dolmetscherkosten nicht bezahlt. Es gibt Verzeichnisse von mehrsprachigen Arztpraxen. Auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung finden Sie zum Beispiel eine regionale Arztauskunft. Diese ist auch als App für iOS und Android verfügbar: 116117.app

Schweigepflicht

Wichtig:

Ärztinnen und Ärzte und das Praxispersonal in Deutschland dürfen Informationen über Sie, Ihren Gesundheitszustand und Ihre Familie nicht an andere weitergeben. Das heißt, dass Sie mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt offen über alles sprechen können. Das ist eine wesentliche Grundlage für das Vertrauen zwischen Ihnen und Ihren Ärztinnen und Ärzten. Ohne Ihre ausdrückliche Zustimmung wird Ihre Ärztin oder Ihr Arzt weder Ihrem (Ehe-)Partner noch Familienmitgliedern oder anderen Personen Auskunft geben.

Das Arztgespräch

Erklären Sie in Ruhe, warum Sie gekommen sind und welche Beschwerden Sie haben. Achten Sie darauf, ob die Ärztin oder der Arzt und Sie sich gegenseitig verstehen. Fragen Sie nach, wenn etwas unklar ist. Bitte geben Sie Auskunft, wenn die Ärztin oder der Arzt Sie fragt, ob Sie rauchen, Alkohol trinken, sich sportlich betätigen oder sich nach Ihren Essgewohnheiten erkundigt, da dies für die Ärztin oder den Arzt wichtige Informationen sind, die dabei helfen, Sie möglichst schnell und vor allem richtig zu behandeln.

Wenn Sie Fragen zu Arzneimitteln haben, die Ihnen Ihre Ärztin oder Ihr Arzt verschreibt, sprechen Sie dies an. Es ist besonders wichtig, dass Sie Arzneimittel genau so einnehmen, wie es empfohlen wird. Bei Fragen dazu helfen Ihnen auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in

Apotheken, in denen Sie Ihre Arzneimittel erhalten. Bitte informieren Sie Ihre Ärztin oder Ihren Arzt, wenn Sie Arzneimittel nicht vertragen oder die Einnahme vergessen haben. Nur wenn Sie dies mitteilen, kann Ihre Ärztin oder Ihr Arzt dafür sorgen, dass Ihnen schnell und zuverlässig mit anderen Arzneimitteln oder einer geänderten Behandlung geholfen wird.

Ihre Ärztin oder Ihr Arzt sollte Ihnen sagen:

- welche Krankheit Sie vermutlich haben,
- welche Behandlung sie oder er empfiehlt,
- 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 die Krankheit selbst heilt,
- welche anderen Behandlungsmöglichkeiten es gibt,
- welche Früherkennungsuntersuchungen anstehen.

Wichtig:

- Sie helfen der (Zahn-)Ärztin oder dem (Zahn-)Arzt, wenn Sie sich auf den Arztbesuch vorbereiten. Sie können zum Beispiel aufschreiben, welche Beschwerden Sie haben, welche Arzneimittel Sie einnehmen und von welcher Ärztin oder welchem Arzt Sie bereits untersucht oder behandelt wurden. Sie können sich auch Fragen aufschreiben, die Sie Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt stellen wollen.
- Wenn Sie einen Impfpass oder Allergiepass haben, nehmen Sie diese Dokumente bitte mit. Sofern es notwendig ist, können Sie auch Röntgenbilder mitnehmen.
- Zur Zahnvorsorge-Untersuchung bei Ihrer Zahnärztin oder Ihrem Zahnarzt sollten Sie immer Ihr Zahnarzt-Bonusheft mitnehmen.
- Sofern Ihre Krankenkasse entsprechende Bonusprogramme anbietet, nehmen Sie zu den Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen außerdem das Bonusheft für Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen mit.

Versorgung durch eine Zahnärztin oder einen Zahnarzt

Ihre Krankenkasse übernimmt alle Kosten für zahnerhaltende Maßnahmen. Das gilt auch, wenn Zähne nicht erhalten werden können und gezogen werden müssen.

Gesunde Zähne sind ein Stück Lebensqualität. Deshalb sind regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen wichtig – auch wenn Sie keine Beschwerden haben. Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen auch die Kosten dieser Vorsorgeuntersuchungen. Diese Untersuchungen helfen, bestimmte Erkrankungen frühzeitig zu erkennen und zu behandeln. Sie können dafür von Ihrer Krankenkasse ein sogenanntes „Bonusheft“ erhalten. In diesem Heft werden die Vorsorgeuntersuchungen eingetragen. Wenn Sie nachweisen können, dass Sie mindestens einmal im Jahr (unter 18 Jahren mindestens einmal pro Halbjahr) bei einer Zahnärztin oder einem Zahnarzt waren, zahlt die Krankenkasse einen höheren Zuschuss, sofern ein Zahnersatz notwendig wird.



So sieht ein Bonusheft aus.

Zahnersatz

Zahnersatz sind Kronen, Brücken und Prothesen. Die Krankenkassen bezahlen je nach Befund einen sogenannten „Festzuschuss“. Das heißt, die Krankenkasse übernimmt 60 Prozent der Kosten für die medizinisch notwendige Versorgung. Wenn Sie in den letzten fünf Jahren einmal pro Kalenderjahr zur Vorsorgeuntersuchung gegangen sind (Bonusheft!), erhöht sich der Zuschuss auf 70 Prozent, nach zehn Jahren auf 75 Prozent.

Heil und Kostenplan

Bevor Sie Zahnersatz bekommen, erstellt die Zahnarztpraxis einen „Heil- und Kostenplan“. Er enthält auch von der Zahnärztin oder dem Zahnarzt empfohlene oder von Ihnen gewünschte Leistungen, die über die medizinisch notwendigen Leistungen hinausgehen. Wenn Sie sich für teureren Zahnersatz entscheiden, müssen Sie die Mehrkosten selbst tragen.

Unterschreiben Sie diesen Heil- und Kostenplan erst dann, wenn Sie sich sicher sind, welche Teile der Behandlung die Krankenkasse bezahlt und welche Teile einer Behandlung Sie selbst finanzieren müssen.

Nach der Behandlung bekommen Sie eine Rechnung für den Teil der Kosten, den sie selbst zahlen müssen. Das ist der sogenannte „Eigenanteil“. Wenn Sie nur ein geringes Einkommen haben, fragen Sie vor der Behandlung bei Ihrer Krankenkasse nach den „Härtefallregelungen“: Personen mit geringem Einkommen haben die Möglichkeit, einen höheren Zuschuss zum Zahnersatz zu erhalten. In solchen Fällen ist es wichtig, vor der Behandlung mit der Krankenkasse zu klären, ob der Eigenanteil reduziert werden kann.

Apotheken und Arzneimittel

Arzneimittel und viele Medizinprodukte (zum Beispiel Verbandmittel) bekommen Sie in Apotheken. Apotheken haben meistens ein großes rotes A über der Tür und sind zu normalen Geschäftszeiten geöffnet. Nachts und am Wochenende hat immer eine Apotheke in der näheren Umgebung Notdienst. Welche Apotheke das ist, können Sie zum Beispiel über das Internet (Suchwort „Apothekennotdienst“) erfahren. An der Tür von Apotheken steht ebenfalls, welche Apotheken in Ihrer Nähe nachts oder an Feiertagen geöffnet sind.

Bestimmte Arzneimittel (sogenannte „verschreibungspflichtige Arzneimittel“) erhalten Sie in der Apotheke nur dann, wenn Sie ein Rezept einer Ärztin oder eines Arztes vorlegen.

In der Apotheke werden Sie auch darüber informiert, wann und wie Sie Arzneimittel einnehmen müssen. Es kann vorkommen, dass die Apotheke ein Arzneimittel (auch „Medikament“ genannt) bestellen muss. Die Apothekerin oder der Apotheker sagt Ihnen dann, wann Sie Ihr Arzneimittel abholen können.

Wenn Ihnen eine Abholung nicht möglich ist, können Sie nachfragen, ob die Apotheke Ihnen das Arzneimittel nach Hause liefert.

Die Krankenkasse bezahlt nur Arzneimittel, die auf einem roten Rezept ärztlich verschrieben sind. Besondere Regelungen gelten zum Beispiel für starke Schmerzmittel; diese müssen auf einem speziellen Betäubungsmittelrezept verschrieben werden.

Für verschriebene Arzneimittel müssen Sie in der Regel zehn Prozent des Preises (mindestens 5 und höchstens 10 Euro) selber bezahlen. Das ist die sogenannte „Zuzahlung“.

Beispiele:

- Für ein Arzneimittel, das 20 Euro kostet, zahlen Sie 5 Euro.
- Für ein Arzneimittel, das 80 Euro kostet, zahlen Sie 8 Euro.
- Für ein Arzneimittel, das 120 Euro kostet, zahlen Sie 10 Euro.

Auf keinen Fall zahlen Sie mehr, als das Arzneimittel kostet.

Ohne Zuzahlung erhalten Sie:

- Arzneimittel für Kinder unter 18 Jahren,
- Arzneimittel im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft oder einer Entbindung.

Wenn Sie gesetzlich versichert sind, rechnet die Apotheke direkt mit Ihrer Krankenkasse ab. Sie selbst bezahlen nur die vorgeschriebene Zuzahlung. Manche Arzneimittel gibt es auch als sogenannte „Generika“. Ein Generikum ist ein Arzneimittel, das die gleiche Zusammensetzung der Wirkstoffe wie das sogenannte „Original“ des Arzneimittels enthält. Fragen Sie Ihre Apothekerin oder Ihren Apotheker danach. Denn für einige dieser Generika müssen Sie keine Zuzahlungen leisten.



Versorgung im Krankenhaus

In einem Krankenhaus werden Sie nur dann behandelt, wenn eine Versorgung durch Ihre Ärztin oder Ihren Arzt in einer Praxis nicht ausreicht oder ein Notfall vorliegt. Wenn Sie in der gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, ist eine Behandlung in einer Privatklinik nicht möglich.

Verordnung der Krankenhausbehandlung

Ihre Ärztin oder Ihr Arzt stellt fest, ob Sie zur Behandlung ins Krankenhaus müssen, und weist Sie ein. Dies geschieht mit einem sogenannten „Einweisungsschein“, den Sie mit ins Krankenhaus nehmen müssen. Mit der Einweisung wird Ihre Ärztin oder Ihr Arzt zugleich angeben, welches Krankenhaus für die durchzuführende Behandlung geeignet ist. Beachten Sie, dass für Sie Kosten entstehen können, wenn Sie ein anderes als das in der Einweisung angegebene Krankenhaus für die Behandlung aufsuchen.

Krankenhausvertrag

Wenn Sie für mehrere Tage zur Behandlung in ein Krankenhaus müssen, schließen Sie dafür einen Vertrag ab. Dieser Vertrag wird meistens schriftlich abgeschlossen. Das heißt, dass sowohl das Krankenhaus als auch Sie unterschreiben.

Was ist dort geregelt?

- Ihre Behandlung durch ärztliches Fachpersonal,
- Ihre Pflege durch geschultes Pflegepersonal und
- Ihre Unterbringung und Verpflegung.

Was bezahlt die Krankenkasse?

- Die medizinisch notwendige Behandlung,
- Unterbringung und Verpflegung.

Was müssen Sie zahlen?

- Tägliche Zuzahlungen (10 Euro). Sie gelten nur für Erwachsene und nur für 28 Tage pro Kalenderjahr (= 280 Euro). Bei einer stationären Entbindung muss dieser Eigenanteil nicht gezahlt werden.
- Behandlung durch eine Chefarztin oder einen Chefarzt oder die Unterbringung in einem Einbettzimmer.

Wichtig:

Wenn Sie eine private Zusatzversicherung für solche Extraleistungen haben, sollten Sie die Bestätigung mitbringen. Es kann sein, dass Sie erhebliche Kosten schon vor Beginn der Behandlung zahlen müssen, die Sie anschließend von Ihrer Krankenkasse erstattet bekommen.

Unterschreiben Sie den Vertrag mit dem Krankenhaus nur, wenn Sie ihn auch verstanden haben, und lassen Sie sich eine Kopie geben. Wenn Ihnen etwas nicht klar ist, fragen Sie nach. Lassen Sie sich von Freundinnen und Freunden oder Verwandten helfen, die gut Deutsch sprechen.

Im Krankenhaus

Vor Beginn der Behandlung führt die Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt ein ausführliches Gespräch („Anamnese“) mit Ihnen. Darin geht es um Ihre Krankengeschichte, zum Beispiel frühere Erkrankungen oder Operationen sowie Lebensumstände, die Ihre Gesundheit oder die Behandlung beeinflussen könnten. Diese Informationen sind für die Ärztin oder den Arzt wichtig, um Ihnen richtig und schnell helfen zu können.

Auch hier gilt: Das gesamte Krankenhauspersonal darf ohne Ihr Einverständnis keine Informationen aus diesen Gesprächen an andere Personen weitergeben. Nur Sie entscheiden, ob zum Beispiel Ihr Ehe- oder Lebenspartner, Ihre Familie oder Freunde Auskunft erhalten dürfen und wer im Notfall angerufen werden soll.

Wichtig:

- Nehmen Sie wichtige Dokumente, zum Beispiel Ihre Gesundheitskarte, eine ärztliche Überweisung und Ihren Impfpass und Allergiepass, mit ins Krankenhaus. Sollten Sie Vorsorgedokumente wie eine Patientenverfügung oder eine Vorsorgevollmacht besitzen, so bringen Sie diese auch mit.
- Nehmen Sie außerdem persönliche Gegenstände wie zum Beispiel Kleidung, wichtige Telefonnummern und etwas Geld mit. Lassen Sie andere Wertgegenstände besser zu Hause.

Häufige Untersuchungen

Im Krankenhaus werden bestimmte Untersuchungen häufig vorgenommen. Dazu gehören Blutuntersuchungen und eine Überprüfung des Herzens. Dazu können auch Röntgenuntersuchungen gehören. Fragen Sie nach, wenn Ihnen nicht klar ist, warum bestimmte Untersuchungen vorgenommen werden sollen. Es kann auch sein, dass Sie vor einer Operation in einem Krankenhaus eigenes Blut spenden müssen.

Vor Operationen

Vor einer Operation muss die Ärztin oder der Arzt Sie genau über die Chancen und Risiken informieren. Sie können nicht operiert werden, ohne dass Sie vorher eine sogenannte „Einverständniserklärung“ unterschreiben. In dieser Erklärung werden die Art und der Ablauf einer bevorstehenden Behandlung beschrieben. Ihre Unterschrift auf dieser Erklärung ist die Voraussetzung dafür, dass die Behandlung durchgeführt werden kann. Fragen Sie nach, wenn Sie nicht alles verstanden haben.

Für die Betäubung während der Operation ist die Anästhesistin bzw. der Anästhesist zuständig. Sie oder er bespricht das Verfahren mit Ihnen in einem Gespräch vor der Operation. Lassen Sie sich alles erklären, was Ihnen wichtig ist, und unterschreiben Sie nur, wenn Sie alles verstanden haben.

Erinnern Sie das Personal daran, sich verständlich auszudrücken – lassen Sie sich alle Fachwörter erklären! Falls Sie oder Ihre Angehörigen die deutsche Sprache nicht ausreichend beherrschen, um die Aufklärung zu verstehen, bitten Sie ausdrücklich um eine Dolmetscherin oder einen Dolmetscher. Wenn das Dolmetschen notwendig ist, damit Sie die Aufklärung verstehen, muss das Krankenhaus die Kosten übernehmen.

Fragen Sie auch, wie Sie sich vor und nach der Operation verhalten müssen. Für den Erfolg einer Operation und Ihre Heilung ist es notwendig, dass Sie alle Anordnungen verstanden haben und sich an sie halten. Das gilt besonders, wenn Sie nach dem Eingriff direkt nach Hause gehen. Wenn Sie nach der Operation starke Schmerzen haben, informieren Sie sofort das Personal im Krankenhaus.

Krankenhausalltag

Im Krankenhaus kümmert man sich um Ihre medizinische Behandlung sowie Ihre Unterbringung und Verpflegung. Die Mahlzeiten werden in Krankenhäusern zu bestimmten Zeiten eingenommen. Wenn Ihre Angehörigen dennoch Lebensmittel mitbringen, fragen Sie bitte das Krankenhauspersonal, ob und was Sie davon essen können. Denn es kann sein, dass zum Beispiel nach bestimmten Operationen nur besondere Lebensmittel für Sie verträglich sind. Wenn Sie kein Fleisch oder aus religiösen Gründen bestimmte Speisen nicht essen möchten, geben Sie dies bitte bei der Aufnahme an.

Sie müssen auch kein eigenes Bettzeug mitbringen. Ihre persönlichen Dinge wie Schlafanzug, Bademantel, Trainingsanzug, Toilettenartikel zur Körperpflege, Brille, Hörgerät usw. sollten Sie dagegen mitnehmen.

Ihre Angehörigen dürfen Sie natürlich besuchen. Bitte beachten Sie dabei die Besuchszeiten in Ihrem Krankenhaus. Haben Sie bitte Verständnis dafür, dass bei solchen Besuchen auch die Interessen anderer Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden müssen, die zum Beispiel nach einer Operation sehr viel Ruhe benötigen. Dieser Respekt vor den Bedürfnissen anderer ist ganz besonders in einem Krankenhaus wichtig. Gehen Sie mit Ihrem Besuch deshalb aus dem Zimmer, sobald Sie sich dazu in der Lage fühlen, zum Beispiel in ein Besucherzimmer, in die Cafeteria oder den Krankenhauspark. Und vor allem: Erlauben Sie Ihren Angehörigen nur so viele Besuche, wie Sie selbst verkraften können.

Das ärztliche Personal kommt jeden Tag einmal zu Ihnen, um sich darüber zu informieren, wie es Ihnen geht, und um zu entscheiden, welche weiteren Behandlungen gegebenenfalls notwendig sind. Diese Besuche nennt man „Visite“. Die Visiten sind eine Gelegenheit für Sie, Fragen zu stellen.

Wichtig:

Sagen Sie es, wenn Sie nicht möchten, dass vor anderen Menschen über Ihre Gesundheit gesprochen wird oder Ihre Wunden untersucht werden. In vielen Krankenhäusern können Sie auch separat untersucht werden.

Bevor Sie das Krankenhaus verlassen, fragen Sie, wie Sie weiter behandelt werden. Es kann sein, dass Sie zum Beispiel bestimmte Arzneimittel brauchen oder eine Diät einhalten müssen. Eventuell müssen Sie zur Nachbehandlung in die Arztpraxis gehen. In der Regel kümmern sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Kliniksozialdienstes darum, dass Sie nach der Entlassung aus dem Krankenhaus lückenlos ärztlich und pflegerisch betreut werden. Für Ihre Hausärztin oder Ihren Hausarzt bekommen Sie einen Brief mit den wichtigsten Informationen.

3 Im Notfall

Ein Notfall ist jede möglicherweise lebensbedrohliche Krankheit oder Verletzung, für die Sie sofort ärztliche Behandlung brauchen.

Dazu gehören hohes Fieber, Knochenbrüche, Kopfverletzungen, Unfälle mit schweren Verletzungen, starke Blutungen, schwere Verbrennungen, Atemnot, eine Vergiftung, Bewusstlosigkeit, Verdacht auf einen Herzinfarkt oder Anzeichen eines Schlaganfalls (zum Beispiel plötzlich auftretende Schwäche, Sprachstörungen, Taubheitsgefühle und Lähmungserscheinungen).

Wichtig:

- Wenn Sie die Situation für lebensbedrohlich halten, zum Beispiel nach einem schweren Unfall, rufen Sie unter der europaweiten Notrufnummer 112 den Rettungsdienst an. Erklären Sie ruhig und deutlich, wo sich die betroffene Person befindet, was passiert ist und wie ihr Zustand ist. Hören Sie aufmerksam zu und beantworten Sie alle Fragen, so gut Sie können.
- Wenn Sie außerhalb oder während der Sprechstunden ärztlichen Rat brauchen (zum Beispiel bei akuten nicht lebensbedrohlichen Beschwerden) und nicht warten können, bis Sie Ihre Hausarztpraxis erreichen, können Sie auch die Terminservicestellen (TSS) anrufen. Rufnummer: 116117
Dort werden Sie mit dem ärztlichen Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen verbunden – auch nachts, an Wochenenden und an Feiertagen.
Diese Nummer funktioniert ohne Vorwahl in ganz Deutschland und ist kostenlos – egal, ob Sie von einem Festnetztelefon oder mit dem Mobiltelefon anrufen.
Weitere Informationen zu Terminservicestellen finden Sie auch unter dem Thema „Der Arztbesuch“ in diesem Wegweiser.

Besonders wenn man Familie hat, ist es gut zu wissen, was man selbst tun kann, bevor professionelle Hilfe eintrifft. In Erste-Hilfe-Kursen können Sie das lernen. Viele Vereine und Bildungseinrichtungen bieten solche Kurse an. Was Sie in diesen Kursen lernen, kann für andere Menschen in Notsituationen und für Sie selbst von entscheidender Bedeutung sein.

Wiederbelebung – Jeder kann Leben retten!

Unabhängig von den umfassenden Erste-Hilfe-Kursen ist es wichtig zu wissen, was man bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand tun kann. Durch eine sofortige Herzdruckmassage können Sie Leben retten, bevor der Rettungsdienst eintrifft. Wichtig ist, überhaupt zu handeln. Im Ernstfall genügen wenige Schritte:

1. Prüfen

Ist die Person ansprechbar? Sprechen Sie die Person direkt an: „Hallo, können Sie mich hören?“ und fassen Sie die Person an (zum Beispiel Schütteln, leichter Schmerzreiz). Wenn keine Reaktion erfolgt und die Person kaum oder gar nicht atmet:

2. Rufen

Wählen Sie sofort die europaweite Notrufnummer 112. Bitte legen Sie erst dann auf, wenn der Leitstellendisponent keine weiteren Fragen mehr hat.

3. Drücken

Beginnen Sie nun sofort mit der Wiederbelebung, lassen Sie keine Zeit verstreichen.

Legen Sie Ihre Hände übereinander und mit den Handballen nach unten auf die Mitte des Brustkorbs der hilfsbedürftigen Person.

Die richtige Position befindet sich in Höhe der Brustwarzen. Der Oberkörper sollte nach Möglichkeit frei sein. Drücken Sie mit einer Geschwindigkeit von 100 Mal pro Minute sehr fest auf den Brustkorb. Am besten 5 cm tief. Halten Sie dabei die Arme gestreckt um Kraft zu sparen.

Machen Sie solange weiter, bis der Rettungsdienst übernimmt. Sind mehrere Personen anwesend, die helfen können, wechseln Sie sich nach spätestens 3 Minuten ab. Dabei dürfen keine Pausen entstehen.

Es ist kein Notfall, wenn man vergessen hat, ein Arzneimittel einzunehmen, eine Krankschreibung oder ein Rezept benötigt, wenn man Wartezeiten bei Ärztinnen oder Ärzten vermeiden will oder zur Entbindung ins Krankenhaus fährt – es sei denn, es besteht Gefahr für Mutter oder Kind. Krankenhäuser sind für Patientinnen und Patienten da, die dringend eine medizinische Versorgung benötigen. Wer das nicht berücksichtigt, verzögert und behindert die Versorgung wirklicher Notfälle.

4 Gesundheitsvorsorge

Schutzimpfungen

Immer noch erkranken jährlich Tausende an gefährlichen Infektionskrankheiten, die durch Schutzimpfungen verhindert werden können. Impfungen schützen wirksam vor Krankheiten und ihren Folgen, die durch Bakterien und Viren verursacht werden. Sind viele Menschen gegen bestimmte Infektionskrankheiten geimpft, können sich diese nicht mehr in der Bevölkerung verbreiten. Fragen Sie Ihre Ärztin oder Ihren Arzt daher nach Impfungen – für sich selbst und Ihre Kinder.

In Deutschland gibt es Empfehlungen, wann bestimmte Impfungen vorgenommen werden sollten. Kinder werden als Teil der „U“-Untersuchungen gegen die wichtigen Krankheiten geimpft. Einige Impfstoffe müssen mehrmals verabreicht werden, um einen wirksamen Schutz zu erreichen. Und manche Impfungen müssen auch im Erwachsenenalter regelmäßig aufgefrischt werden. Die Kosten für empfohlene Impfungen und teilweise auch für Reiseimpfungen werden von der Krankenkasse bezahlt.

Eine Infektion mit bestimmten Humanen Papillomviren (HPV) kann verschiedene Krebsarten, darunter Gebärmutterhals-, Anal- und Mundhöhlenkrebs, verursachen. Die ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt die HPV-Impfung für junge Menschen aller Geschlechter ab einem Alter von 9 bis 14 Jahren. Die gesetzlichen Krankenkassen und in der Regel auch die privaten Kassen bezahlen die Impfung bis zum Alter von 17 Jahren, manche nach Absprache auch darüber hinaus.

Wenn Sie noch nicht lange in Deutschland leben, lassen Sie Ihren Impfschutz und den Ihrer Kinder von einer Ärztin oder einem Arzt prüfen. Im sogenannten „Impfpass“ wird festgehalten, welche Impfungen Sie bereits erhalten haben. Wenn Sie noch keinen Impfpass besitzen, fragen Sie in der Praxis oder bei Ihrer Krankenkasse nach.

Wichtig:

Bitte lassen Sie sich und Ihre Kinder impfen! Mit der Impfung schützen Sie sich selbst, aber auch Ihre Familie und andere Menschen in Ihrer Umgebung vor ansteckenden Krankheiten. Sie verhindern damit, dass sich Krankheiten wie Masern, Polio, Keuchhusten oder Grippe ausbreiten können. Bringen Sie zu allen Arztbesuchen Ihr Impfdokument mit!



So sieht ein Impfpass aus.

Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen

Ihre Krankenkasse bezahlt Untersuchungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene, die zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten, gesundheitlichen Belastungen und Risikofaktoren dienen (sogenannte „Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen“). Wer regelmäßig zu diesen Untersuchungen geht, leistet einen wichtigen Beitrag zur eigenen Gesundheit. Einige Krankenkassen bieten sogenannte „Bonusprogramme“ als Anreiz an, solche Untersuchungen wahrzunehmen. Bitte fragen Sie bei Ihrer Krankenkasse nach, ob diese solche Bonusprogramme anbietet.

Gesundheitsuntersuchung „Check-up“

Die Krankenkasse übernimmt bei Versicherten ab dem 18. Lebensjahr die Kosten für regelmäßige Gesundheitsuntersuchungen:

Derzeit haben Frauen und Männer im Alter von 18 bis 34 Jahren einmalig und ab 35 Jahren alle drei Jahre Anspruch auf eine ärztliche Gesundheitsuntersuchung („Check-up“) zur Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) und Nierenerkrankungen. Alle Hausärztinnen und Hausärzte sowie Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin können diese Untersuchung durchführen.

Ferner haben Personen ab 35 Jahren als Bestandteil des Check-up auch die Möglichkeit, sich einmalig auf die Viruserkrankungen Hepatitis B und Hepatitis C testen zu lassen.

Außerdem haben Männer ab 65 Jahren Anspruch auf ein einmalig durchgeführtes Ultraschall-Screening zur Früherkennung von Bauchaortenaneurysmen (krankhafte Aussackung an der Bauchschlagader im Bauchraum).

Um Ihr persönliches Risiko einzuschätzen, werden Sie nach Vorerkrankungen, persönlichen Risikofaktoren (zum Beispiel Bewegungsmangel) und der Krankengeschichte der engeren Familie gefragt. Dann untersucht die Ärztin oder der Arzt den gesamten Körper (zum Beispiel durch Abtasten und Abklopfen). Dazu gehören auch die Messung des Blutdrucks am Arm, der Impfstatus und bei Personen ab 35 Jahren eine Blutuntersuchung, mit der u. a. die Höhe der Werte für Blutzucker und Cholesterin geprüft werden kann. Bei Personen unter 35 Jahren erfolgen Blutuntersuchungen nur bei einem entsprechenden Risikoprofil, d.h. bei Übergewicht, Bluthochdruck oder familiären Vorerkrankungen.

Eine Urinuntersuchung ist bei Personen ab 35 Jahren ebenfalls Bestandteil des Check-up. Anhand der Untersuchungsergebnisse können Ihnen Ärztinnen und Ärzte bei Bedarf Maßnahmen zur Prävention empfehlen, zum Beispiel Kurse zur Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung oder Suchtmittelkonsum. Hierzu stellt Ihnen die Praxis eine ärztliche Bescheinigung zur Vorlage bei Ihrer Krankenkasse aus.

Hautkrebsfrüherkennung

Hautkrebs zählt zu den häufigsten Krebserkrankungen. Je früher er erkannt wird, desto besser sind die Heilungschancen. Deshalb ist es wichtig, dass Sie jede Veränderung der Haut, besonders Muttermale oder Leberflecken, genau beobachten und regelmäßig untersuchen lassen.

Ab 35 Jahren haben Sie alle zwei Jahre einen Anspruch auf eine kostenlose Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs. Ziel dieser Früherkennung ist die frühzeitige Entdeckung der drei häufigsten Hautkrebsarten. Hierzu zählen der sogenannte „schwarze Hautkrebs“ (Malignes Melanom) und der „weiße Hautkrebs“ (Basalzellkarzinom und Spinozelluläres Karzinom). Bei der Untersuchung wird die gesamte Haut Ihres Körpers visuell, das heißt mit dem bloßen Auge, untersucht, um auffällige Hautveränderungen zu erkennen.

Fragen Sie bei Ihrer Hausarztpraxis nach, ob sie diese Untersuchung durchführen kann. Die Untersuchung kann in Verbindung mit dem Gesundheits-Check-up durchgeführt werden. Sie können die Untersuchung zur Hautkrebsfrüherkennung aber auch bei einer Fachärztin oder einem Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten (Dermatologin oder Dermatologe) durchführen lassen.

Wenn sich bei der Früherkennungsuntersuchung ein Verdacht auf Hautkrebs ergeben sollte, erfolgt die weitere diagnostische Abklärung durch eine Dermatologin oder einen Dermatologen.

Darmkrebsfrüherkennung

Darmkrebs ist eine der häufigsten Krebserkrankungen. Wenn er früh erkannt wird, bestehen große Chancen auf eine Heilung. Darmkrebs entwickelt sich meistens unbemerkt über viele Jahre aus Vorstufen. Eine noch harmlose Vorstufe sind Wucherungen der Darmschleimhaut (Polypen; Adenome). Eine mögliche Blutung von Wucherungen beim Stuhlgang ist für das bloße Auge häufig nicht sichtbar, da die Blutmenge meist sehr gering ist. Daher bieten die Krankenkassen Frauen und Männern ab 50 Jahren zwei verschiedene Untersuchungen zur Früherkennung von Darmkrebs an: einen Test auf verstecktes Blut im Stuhl oder eine Früherkennungs-Darmspiegelung.

Seit dem 1. Juli 2019 werden gesetzlich Versicherte ab 50 Jahren von ihrer Krankenkasse zur Darmkrebsfrüherkennung auch schriftlich eingeladen und über die Untersuchungen informiert. Weitere Einladungen zur Darmkrebsfrüherkennung erfolgen im Alter von 55, 60 und 65 Jahren.

- Ab dem Alter von 50 Jahren können sich Frauen und Männer einmalig über die Darmkrebsfrüherkennung von ihrer Ärztin oder ihrem Arzt beraten lassen.
- Frauen und Männer ab 50 Jahren können jährlich ihren Stuhl auf nicht sichtbare Blutspuren untersuchen lassen (Stuhlbluttest), ab 55 Jahren alle zwei Jahre.
- Männer ab 50 Jahren und Frauen ab 55 Jahren können alternativ zum Stuhlbluttest eine Früherkennungs-Darmspiegelung durchführen lassen. Sie ist zuverlässiger als der Stuhlbluttest. Die Ärztin oder der Arzt (Fachärztin oder Facharzt für Gastroenterologie) schaut dabei den Darm mit einem Endoskop von innen an. Krebsvorstufen können sie bei der Untersuchung sofort entfernen. Auf diese Weise kann die Entstehung von Darmkrebs verhindert werden.

Ist das Ergebnis der Darmspiegelung unauffällig, können Sie diese Untersuchung frühestens nach 10 Jahren noch einmal in Anspruch nehmen. Insgesamt haben Frauen und Männer also Anspruch auf zwei Früherkennungs-Darmspiegelungen. Wenn Sie die erste Untersuchung erst ab dem Alter von 65 Jahren durchführen lassen, dann haben Sie allerdings keinen Anspruch auf eine zweite Darmspiegelung.

Besprechen Sie mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt, welche der beiden Untersuchungen für Sie in Frage kommt und ob sie oder er diese Untersuchungen durchführt.

Wichtig:

Wenn Sie bemerken, dass Sie Blut im Stuhl haben, suchen Sie bitte sofort eine Ärztin oder einen Arzt auf.

Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen für Frauen:

Gebärmutterhalskrebsfrüherkennung

Gebärmutterhalskrebs entwickelt sich in der Regel langsam über viele Jahre aus zunächst harmlosen Vorstufen, meist nach einer Infektion mit bestimmten Hochrisikotypen der Humanen Papillomviren (HPV).

Die Krankenkassen bezahlen jeder Frau ab 20 Jahren eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung. Diese Untersuchungen dienen dazu, Auffälligkeiten und Vorstufen so früh wie möglich zu erkennen und behandeln zu können – noch bevor Gebärmutterhalskrebs entsteht. Die Untersuchung führt eine Fachärztin oder ein Facharzt für Frauenheilkunde (Gynäkologie) durch. Wichtig ist, dass Sie ihr oder ihm vertrauen und in der Praxis Rücksicht auf die Intimsphäre genommen wird. Fragen Sie bei der Anmeldung, was Sie vor dem Termin beachten sollten.

Seit dem 1. Januar 2020 werden gesetzlich versicherte Frauen ab 20 Jahren von ihrer Krankenkasse zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs auch schriftlich eingeladen und über die Untersuchungen informiert. Weitere Einladungen zur Gebärmutterhalskrebsfrüherkennung erfolgen im Alter von 55, 60 und 65 Jahren.

- Frauen im Alter von 20 bis 34 Jahren können jährlich einen zytologischen Abstrich am Gebärmutterhals (Pap-Abstrich) untersuchen lassen. Auffällige Befunde werden im Früherkennungsprogramm weiter nachverfolgt.
- Frauen ab dem Alter von 35 Jahren wird alle drei Jahre eine Kombinationsuntersuchung, bestehend aus einem Test auf Humane Papillomviren (HPV-Test) und einem zytologischen Abstrich, angeboten. Auffällige Befunde werden im Früherkennungsprogramm weiter nachverfolgt.
- Frauen haben ab dem Alter von 20 Jahren Anspruch auf eine jährliche klinische (Tast-)Untersuchung der Genitalien. Diese Untersuchung erfolgt – je nach Alter der Frau – jährlich oder alle drei Jahre in Verbindung mit dem oben genannten zytologischen Abstrich oder der oben genannten Kombinationsuntersuchung aus HPV-Test und Abstrich.

Brustkrebsfrüherkennung

Brustkrebs ist weltweit die häufigste Krebserkrankung bei Frauen. Heute sind die Heilungschancen aber sehr groß – auch deshalb, weil frühzeitige Untersuchungen möglich sind.

Für Frauen ab 30 Jahren gibt es die jährliche frauenärztliche Brustuntersuchung. Hierbei tastet die Frauenärztin oder der Frauenarzt die Brust nach auffälligen Stellen ab.

Frauen zwischen 50 und 69 Jahren werden alle zwei Jahre zu einer freiwilligen Röntgenuntersuchung der Brust schriftlich eingeladen (sogenanntes „Mammographie-Screening“). Dabei werden Röntgenaufnahmen der Brust gemacht, die danach von Fachärztinnen oder Fachärzten für Radiologie ausgewertet werden. Auffällige Befunde werden innerhalb des Früherkennungsprogramms zügig weiter abgeklärt. Die Kosten für das Mammographie-Screening-Programm übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen.

Chlamydien-Screening

Zu den häufigsten sexuell übertragbaren Erkrankungen auf der Welt gehören sogenannte „Chlamydien-Infektionen“ (benannt nach dem Bakterium „Chlamydia trachomatis“). Frauen und Männer können gleichermaßen von dieser Infektion betroffen und Überträger dieser Bakterien sein. Gerade bei Frauen kann eine unerkannte Chlamydien-Infektion ein Grund für Unfruchtbarkeit sein. Wenn die Infektion mit Chlamydien aber frühzeitig erkannt und behandelt wird, bleiben in der Regel keine gesundheitlichen Schäden zurück. Deshalb gibt es das sogenannte „Chlamydien-Screening“. Für den Test wird lediglich eine Urinprobe benötigt. Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen bei Frauen bis zum 25. Lebensjahr die Kosten für einen Test pro Jahr. Fragen Sie am besten einfach bei Ihrer Frauenärztin oder Ihrem Frauenarzt danach.

Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen für Männer:

Prostatakrebsfrüherkennung

Prostatakrebs ist die häufigste Krebserkrankung und die zweithäufigste Krebstodesursache bei Männern in Deutschland. Zur Früherkennung bezahlen die Krankenkassen für Männer ab 45 Jahren eine jährliche Tastuntersuchung. Sie besteht aus einer äußeren Untersuchung der Geschlechtsorgane und der Prostata sowie einer Untersuchung der Lymphknoten. Fragen Sie Ihre Hausärztin oder Ihren Hausarzt, ob sie oder er Untersuchungen zur Früherkennung von Prostatakrebs anbietet, und lassen Sie sich darüber informieren, wie sie durchgeführt werden.

Früherkennung von Bauchaortenaneurysmen

Die Bauchaorta (Bauchschlagader) ist das größte Blutgefäß in der Bauchhöhle. Wenn sich die Bauchschlagader an einer Stelle ausdehnt und eine größere Ausbuchtung bildet, spricht man von einem „Aneurysma der Bauchschlagader“ (Bauchaortenaneurysma). Meistens verursacht ein Aneurysma keine Beschwerden und bleibt deshalb unbemerkt. In seltenen Fällen können Aneurysmen jedoch reißen. Hierdurch kann es zu einer lebensbedrohlichen Notfallsituation durch innere Blutungen kommen. Daher haben Männer ab 65 Jahren einmal im Leben Anspruch auf eine kostenlose Ultraschall-Untersuchung zur Früherkennung von Aneurysmen der Bauchaorta.

Die Untersuchung wird nur Männern angeboten, weil diese wesentlich häufiger von einem Bauchaortenaneurysma betroffen sind als Frauen. Männer haben nachweislich einen Nutzen von der Ultraschall-Früherkennungsuntersuchung. Erkundigen Sie sich bei Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt, ob sie oder er diese Untersuchung durchführt.

Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche

Nach der Geburt eines Kindes erhalten die Eltern ein Untersuchungsheft für ihr Kind, in dem genau beschrieben wird, wann eine bestimmte Untersuchung notwendig ist. Vorgesehen sind in der Regel zehn Untersuchungen des Kindes (U1 bis U9 einschließlich U7a; „U“ ist dabei die Abkürzung für Untersuchung) sowie die Jugenduntersuchung (J1). Diese Untersuchungen werden – soweit sie innerhalb der vorgesehenen Untersuchungszeiträume wahrgenommen werden – von der Krankenkasse bezahlt.

Die erste Untersuchung (U1) findet direkt nach der Geburt statt, die Vorsorgeuntersuchung U2 zwischen dem 3. und 10. Lebenstag im Krankenhaus oder der Kinderarztpraxis. U3- bis U9-Untersuchungen bis zum 64. Lebensmonat werden in einer Kinderarzt- oder Hausarztpraxis durchgeführt. Dort findet im Alter zwischen 12 und 14 Jahren auch die J1 statt.

Nähere Informationen zum Thema „Früherkennung U1 – U9 und J1“ stellt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) auf der Internetseite „kindergesundheit-info.de“ unter dem entsprechenden Stichwort zur Verfügung:

www.kindergesundheit-info.de/themen

Gesundheitsvorsorge für Kinder und Jugendliche

- **Alter 0:** Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft (eingetragen im Mutterpass)
- **Alter 0 bis 6:** Gesundheitsuntersuchungen U1 bis U9 (eingetragen im U-Untersuchungsheft) und Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten und verschiedene Schutzimpfungen, z. B. gegen Mumps, Masern und Röteln
- **Ab 6 Jahren:** Regelmäßige zahnärztliche Vorsorge (ab 12 Jahre eingetragen im Bonusheft der Krankenkasse)
- **Alter 9 bis 17:** HPV-Impfung (9 bis 14 Jahre) bzw. HPV-Nachholimpfung (15 bis 17 Jahre)
- **Alter 12 bis 14:** Jugendgesundheitsuntersuchung J1

Wichtig:

Diese Untersuchungen sind sehr wichtig. Bitte nehmen Sie deshalb all diese Untersuchungen wahr und bringen Sie immer das Untersuchungsheft („U-Heft“) sowie den Impfpass Ihres Kindes mit. Die Untersuchungen dienen der Gesundheit Ihres Kindes.



So sieht ein „U-Heft“ aus.

Frauengesundheit

Wenn es um gesundheitliche Themen wie zum Beispiel Menstruationsprobleme, Schwangerschaft, Geburt oder sexuell übertragbare Erkrankungen geht, haben Frauen die Möglichkeit, eine Frauenärztin oder einen Frauenarzt (Gynäkologie) aufzusuchen. Auch hier gilt: Ihre Frauenärztin oder Ihr Frauenarzt ist zur Verschwiegenheit gegenüber Dritten verpflichtet.

Schwangerschaft und Geburt

Die Kosten für die Feststellung der Schwangerschaft, Vorsorgeuntersuchungen sowie die Betreuung bei der Geburt und danach werden von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Wenn Sie schwanger sind, erhalten Sie von der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt einen „Mutterpass“. Im Mutterpass werden die einzelnen Termine der Untersuchungen festgehalten. Bringen Sie diesen bitte zu jeder Untersuchung mit.

Wichtig:

Im Mutterpass werden alle Daten zu Vorsorgeuntersuchungen, dem Schwangerschaftsverlauf und der Entwicklung des Kindes während der Schwangerschaft dokumentiert. Schwangere sollten den Mutterpass deshalb immer mit sich führen.



So sieht ein Mutterpass aus.

In Deutschland haben Sie die Wahl, in einer Klinik, einem Geburtshaus oder zu Hause zu entbinden. Bei jeder Entbindung muss jedoch eine Hebamme (bzw. ein Entbindungspfleger) anwesend sein, die oder der die Geburt begleitet. Auch wenn Sie sich nicht angemeldet haben, können Sie für die Geburt in jedes Krankenhaus gehen, das eine Geburtsabteilung hat. Das Krankenhaus darf Sie nicht abweisen bzw. muss Ihnen bei Überbelegung helfen, eine andere Geburtsklinik zu finden.

Wenn Sie einen Schwangerschaftsabbruch in Betracht ziehen, müssen Sie eine Schwangerschaftsberatungsstelle aufsuchen. Sie bekommen die Beratung kostenfrei und ohne dass Sie Ihren Namen und Ihre Kontaktdaten angeben müssen (anonym). Für einen Schwangerschaftsabbruch benötigen Sie eine Bestätigung der Beratungsstelle.

Drogen- und Suchthilfeangebote

Sucht ist eine Krankheit! Sie ist eine zwanghafte Abhängigkeit von Stoffen wie zum Beispiel Alkohol, Drogen, Nikotin oder Medikamenten. Aber auch von speziellen Verhaltensweisen wie zum Beispiel bei Mager-, Spiel-, Kauf- oder Computersucht. Sucht kann jeden treffen, und das unabhängig von Alter, Ausbildung, Beruf und gesellschaftlichem Ansehen. Es ist also keine Schande und hat auch nichts mit persönlichem Versagen zu tun, wenn man Hilfe in Anspruch nimmt, weder bei der Suchtberatung noch bei der Suchttherapie.

Welche Hilfen gibt es bei Suchtproblemen?

Professionelle Unterstützung

Sie werden dabei unterstützt, einen Weg aus der Abhängigkeit und ihren möglichen seelischen und gesundheitlichen Folgen zu finden. Die hauptamtlichen Fachkräfte in den Beratungsstellen bieten Betroffenen und ihren Angehörigen vorbehaltlose Hilfe auf neuestem wissenschaftlichem Stand an und respektieren dabei immer die individuellen Lebenslagen.

Suchtselbsthilfegruppen

Suchtselbsthilfegruppen ergänzen das professionelle Suchthilfeangebot. Die Betroffenen finden dort aus eigener Kraft zu einem Leben in zufriedener Abstinenz und stärken gegenseitig ihre Fähigkeiten und Gesundheit. Die Gruppenmitglieder arbeiten teilweise anonym und fangen Hilfesuchende in schwierigen Situationen unterschiedslos auf.

Suchtberatungsstellen und ambulante Therapie-Einrichtungen

Auch bei Ihnen in der Nähe gibt es sicherlich eine Beratungsstelle oder ambulante Entwöhnungseinrichtung. Informationen und Adressen zu Suchtberatungsstellen und Therapie-Einrichtungen können Sie von Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt oder im Internet erhalten:

www.dhs.de/service/suchthilfeverzeichnis

Haben Sie bitte keine Scheu, sich an eine solche Institution zu wenden. Dort ist man mit der Problematik vertraut, und es wird Ihnen ganz sicher geholfen.

Wichtig:

Die Beratungsstellen arbeiten **kostenlos**. Bei der Beratung werden die vertraulichen Informationen nicht an die Polizei weitergeleitet, teilweise sind sie auch **anonym**. Hier erhalten Sie auch allgemeine Informationen über das Thema Sucht und Drogen.

Virale Hepatitis

Hepatitis B und C sind weltweit verbreitete Virusinfektionen. Sie verursachen Leberentzündungen, die sich zu Leberzirrhose und Leberkrebs entwickeln können. Personen können infiziert sein, ohne es zu wissen, da die Krankheit zunächst ohne Symptome verläuft.

Gegen Hepatitis B gibt es eine Schutzimpfung, gegen Hepatitis C hingegen nicht. Aber sie kann mit modernen und gut wirksamen Therapien behandelt und in den meisten Fällen geheilt werden.

Hepatitis B

Das Hepatitis-B-Virus (HBV) kann über Blut, Speichel, Samenflüssigkeit und Vaginalsekret übertragen werden. Häufige Übertragungswege sind Sexualkontakte, der gemeinsame Gebrauch von Drogenutensilien sowie unsteriles Piercen und Tätowieren.

HBV kann auch bei unsterilen medizinischen Eingriffen und bei der Geburt übertragen werden. Die Übertragung auf das Neugeborene wird mit einer Impfung unmittelbar nach der Geburt vermieden. Deshalb werden schwangere Personen auf Hepatitis B getestet.

Hepatitis C

Das Hepatitis-C-Virus (HCV) wird über Blut-zu-Blut-Kontakte übertragen. Es genügt schon eine nicht sichtbare Menge infiziertes Blut. HCV wird nicht über die Muttermilch oder Alltagskontakte übertragen. Oft ist Menschen nicht bewusst, dass sie Hepatitis C haben könnten. Das kann zum Beispiel der Fall sein, wenn sie früher einmal Drogen konsumiert haben oder wenn eine Tätowierung oder Piercing nicht unter

sterilen Bedingungen stattfand. HCV wurde auch bei Bluttransfusionen (in Deutschland vor 1991) und bei Gesundheitskampagnen (zum Beispiel gegen Bilharziose in Ägypten, 1950er – 1980er) übertragen.

Testmöglichkeit: Alle gesetzlich krankenversicherten Personen können sich im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung (zum Beispiel in Hausarztpraxen) einmalig auf Hepatitis B und C testen lassen. Hierbei wird auch der Hepatitis-B-Impfstatus überprüft. Darüber hinaus gibt es die Möglichkeit, sich über lokale Angebote der AIDS- und Drogenhilfe auf Hepatitis C testen zu lassen (für gering Verdienende kostenlos).

HIV-Infektion und Aids

HIV ist die Abkürzung für das Humane Immundefizienz-Virus. Das ist ein Virus, welches das Immunsystem des Körpers angreift. Es kann ohne Behandlung Aids auslösen. Menschen mit HIV können mit Medikamenten wirksam behandelt werden und die Infektion dann auch nicht mehr weitergeben. Einen Impfstoff gibt es noch nicht.

HIV kann übertragen werden durch Blut, Sperma, Vaginalsekret und Muttermilch. Ungeschützter analer und vaginaler Geschlechtsverkehr sowie der gemeinsame Gebrauch von Spritzen und Kanülen beim Drogenkonsum, stellen ein hohes Risiko dar. Eine Übertragung bei der Geburt und beim Stillen kann durch Medikamente verhindert werden.

Wenn Sie nicht wissen, ob Sie sich mit HIV infiziert haben, machen Sie einen HIV-Test. Ansprechpartner finden Sie unter:

www.aidsilfe.de/hiv-test#wo-kann-man-sich-auf-hiv-testen-lassen
Auch über die Gesundheitsämter werden Testmöglichkeiten angeboten.

Wenn Sie gerade erst ein hohes HIV-Risiko hatten, kann die unmittelbare Notfallbehandlung „Postexpositionsprophylaxe (PEP)“ eine Infektion verhindern. Sie wird am besten sofort, möglichst aber innerhalb von 24 Stunden begonnen. Weitere Informationen und Anlaufstellen gibt es unter: www.aidsilfe.de/PEP

Schutz vor Ansteckung mit Hepatitis B und C, HIV:

- Safer Use: kein gemeinsames Benutzen von Drogenutensilien
- Tätowieren und Piercen nur unter sterilen Bedingungen
- Safer Sex: Kondome beim Geschlechtsverkehr
- Schutz durch vorbeugende HIV-Medikamente:
HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) – Information hierzu siehe auch im Internet unter:
www.aidshilfe.de/hiv-prep
www.bundesgesundheitsministerium.de/terminservice-und-versorgungsgesetz/prep.html

5 Pflegeversicherung

Wenn Menschen dauerhaft Pflege benötigen, unterstützt die Pflegeversicherung sowohl Pflegebedürftige als auch ihre Angehörigen. Alle, die gesetzlich krankenversichert sind, sind automatisch in der sozialen Pflegeversicherung versichert. Privat Krankenversicherte müssen eine private Pflege-Pflichtversicherung abschließen. Anders als die gesetzliche Krankenversicherung bietet die Pflegeversicherung aber nur eine Teilsicherung. Das heißt, dass sie die Kosten für die Pflege nur bis zu einem bestimmten Umfang übernimmt. Bei finanzieller Bedürftigkeit erhalten Sie im Rahmen der Sozialhilfe Unterstützung.

Je nachdem, ob Angehörige oder professionelle Dienstleister die Pflege übernehmen, bekommen Sie – nachdem Sie einen Antrag bei der Pflegeversicherung gestellt haben – Pflegegeld und/oder sogenannte „Pflegesachleistungen“.

Die Höhe der Leistungen ist gesetzlich festgelegt und steigt mit dem Pflegegrad. Der Anspruch auf Pflegeleistungen setzt voraus, dass Vorversicherungszeit erfüllt wird. In manchen Fällen können Versicherungszeiten in anderen Ländern angerechnet werden. Bitte informieren Sie sich hierzu bei Ihrer Pflegekasse.

Der Medizinische Dienst bestimmt durch eine Begutachtung den Pflegegrad. Insgesamt gibt es fünf verschiedene Pflegegrade. Die Einstufung in einen Pflegegrad hängt davon ab, wie schwer sich eine gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung auf die Selbstständigkeit oder die Fähigkeiten einer Person auswirkt. Pflegebedürftig ist eine Person, wenn sie nicht mehr (oder nur mit fremder Hilfe) selbstständig ihr Leben in einem oder mehreren Lebensbereichen führen kann. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer – voraussichtlich für mindestens sechs Monate – bestehen. In der Begutachtung wird auch geprüft, wie die Selbstständigkeit der Person durch Maßnahmen der Prävention oder Rehabilitation wieder verbessert oder erhalten werden kann.

Bevor Sie einen Antrag bei der Pflegekasse stellen, aber auch jederzeit danach, können Sie sich in den sogenannten „Pflegestützpunkten“ vor Ort beraten lassen. Dort arbeiten Expertinnen und Experten, die Pflegebedürftige und deren Angehörige nicht nur über Pflege informieren, sondern auch begleiten und praxisnah unterstützen. Für Bezieherinnen und Bezieher von Sozialleistungen (zum Beispiel nach Asylbewerberleistungsgesetz oder Sozialhilfe) können andere Leistungsträger zuständig sein.

Häusliche Pflege

Das Ziel der häuslichen Pflege ist, eine – möglichst weitgehende – selbstständige Lebensführung zu ermöglichen.

Pflegebedürftige, die ihre Pflege zu Hause mit der Hilfe von Angehörigen oder anderen ehrenamtlichen Personen selbst sicherstellen möchten, erhalten Pflegegeld.

Ist eine eigene Sicherstellung nicht möglich oder gewollt, übernehmen ambulante Pflegedienste die Pflege und Betreuung in der Wohnung.

Wenn Sie dem Pflegegrad 2 bis 5 zugeordnet sind, haben Sie Anspruch auf verschiedene Leistungen, wie Unterstützung bei der Körperpflege und Haushaltsführung. Diese werden von zugelassenen Pflegediensten erbracht.

Je nach Bedarf werden auch Kosten für Hilfsmittel oder eine Anpassung der Wohnung bis zu einem Höchstbetrag übernommen. Lassen Sie sich beim örtlichen Seniorenbüro, bei Wohlfahrtsverbänden oder der Pflegekasse beraten, wie die Unterstützung und Pflege zu Hause organisiert werden kann.

Stationäre Pflege

Wenn die Pflege in der eigenen Wohnung nicht möglich ist, werden die Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen betreut. Expertinnen und Experten Ihrer Pflegeversicherung beraten Sie, wenn Sie Fragen haben. Sie können sich auch an Ihre Hausärztin oder Ihren Hausarzt wenden, die oft Erfahrungen mit Pflegeeinrichtungen in Ihrer unmittelbaren Umgebung haben.

Für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen übernimmt die Pflegekasse die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu der gesetzlich festgelegten Höhe. In der Regel fallen Eigenanteile an.

Pflegende Angehörige


Wenn Sie Ihre Angehörigen zu Hause pflegen, können Sie auch einige Leistungen in Anspruch nehmen: So können Angehörige für die Dauer von bis zu sechs Wochen von der Pflege entlastet werden. Das hilft, wenn Sie selbst einmal eine Pause brauchen und zum Beispiel in den Urlaub fahren wollen, aber eine Vertretung für die Pflege benötigen. Zudem steht allen Pflegebedürftigen für die Betreuung, aber auch für Hilfen im Haushalt neben dem Pflegegeld oder der Pflegesachleistung ein zusätzlicher monatlicher Betrag zur Verfügung.


Die Pflegeversicherung zahlt unter bestimmten Voraussetzungen für pflegende Angehörige (und ggf. auch andere ehrenamtliche Pflegepersonen) Beiträge zur Rentenversicherung und Arbeitslosenversicherung. Zudem besteht ein beitragsfreier gesetzlicher Unfallversicherungsschutz. Und wenn Beschäftigte kurzfristig ihre Arbeit unterbrechen müssen – zum Beispiel um zügig eine Pflegeeinrichtung für eine nahe Angehörige oder einen nahen Angehörigen zu finden – gewährt die Pflegeversicherung für bis zu zehn Arbeitstage eine Lohnersatzzahlung.

Impressum


Herausgeber:

Bundesministerium für Gesundheit
Referat Z 24 „Migration und Integration“
11055 Berlin
www.bundesgesundheitsministerium.de

 [bmg.bund](https://www.facebook.com/bmg.bund)

 [bmg_bund](https://twitter.com/bmg_bund)

 [BMGesundheit](https://www.youtube.com/BMGesundheit)

 [bundesgesundheitsministerium](https://www.instagram.com/bundesgesundheitsministerium)

Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.
Königstraße 6, 30175 Hannover

Layout: eindruck.net, 30175 Hannover

Übersetzung: Ethno-Medizinisches Zentrum e.V. (EMZ e.V.)

Titelfoto: © fotolia / Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

Stand: 2022, 4. Auflage

Die Publikation „Gesundheit für alle – Ein Wegweiser durch das deutsche Gesundheitswesen“ können Sie in den Sprachversionen Arabisch, Bosnisch/Kroatisch/Serbisch, Deutsch, Englisch, Farsi, Französisch, Italienisch, Kurdisch-Kurmanci, Paschtu, Polnisch, Rumänisch, Russisch, Spanisch, Türkisch und Ukrainisch als PDF-Version herunterladen oder als Druckversion (Broschüre) kostenlos anfordern:

Bestellmöglichkeit

Online: www.gesundheit-mehrsprachig.de

E-Mail: bestellportal@ethnomed.com

Download: www.Wegweiser-Gesundheitswesen-Deutschland.de

Schriftlich: Ethno-Medizinisches Zentrum e.V., Königstraße 6, 30175 Hannover

URL-Verweise: Für Inhalte externer Seiten, auf die hier verwiesen wird, ist der jeweilige Anbieter verantwortlich.

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bundesministeriums für Gesundheit kostenlos herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerbern oder Wahlhelfern während des Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Europa-, Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen. Missbräuchlich ist besonders die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Schrift dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Bundesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.