

Hướng dẫn y tế dành
cho người nhập cư ở
bang Brandenburg

Guide to Health
for Migrants
in the Federal State
of Brandenburg

Zdravstveni priručnik
za migrante u pokrajini
Brandenburg

Guide de santé pour
les immigrants résidents
à Brandebourg

Путеводитель в
области
здравоохранения
для мигрантов по
федеральной земле
Бранденбург.

Przewodnik po zdrowie
dla migrantek i
migrantów w
landzie Brandenburgia



**Gesundheitswegweiser
für Migrantinnen
und Migranten im
Land Brandenburg**

Gesundheitswegweiser für
Migrantinnen und Migranten im Land Brandenburg

D

Guide to Health
for Migrants in the Federal State of Brandenburg

GB

Guide de santé pour les immigrés
à Brandebourg

F

Przewodnik po zdrowie
dla migrantek i migrantów w landzie Brandenburgia

PL

Zdravstveni priručnik za migrante u pokrajini
Brandenburg

HR
SCG
BIH

Путеводитель в области здравоохранения
для мигрантов по федеральной земле Бранденбург

RUS

Hướng dẫn y tế dành cho người nhập cư ở bang
Brandenburg

VN

Liebe Leserinnen, lieber Leser,

Gesundheit ist ein Menschenrecht und eines der größten menschlichen Bedürfnisse überhaupt – egal, wo auf der Welt man lebt oder in welchen Verhältnissen man auf die Welt gekommen ist. Diesem Anliegen will die Weltgesundheitsorganisation mit ihrer Strategie *Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert* weltweit Rechnung tragen. Sie fordert im Gesundheitsbereich gleiche Chancen für alle. Alle Menschen – unabhängig von Nationalität und ethnischer Herkunft – sollen wissen, wo sie bei gesundheitlichen Problemen Hilfe und Unterstützung erfahren. Doch nur wer gut über die Möglichkeiten informiert ist, kann sich auch zurechtfinden.

Dies gilt umso mehr für Menschen, die Zuflucht und Aufnahme bei uns gefunden haben. Aufgrund sprachlicher und kultureller Barrieren können sich für sie selbst alltägliche Fragen zu großen Hindernissen auftürmen: Wohin wende ich mich, wenn ich mich krank fühle? Muss ich den Arzt, den Zahnarzt aus eigener Tasche bezahlen? Wie verhalte ich mich in einer Notfallsituation? Weil viele Migrantinnen und Migranten häufig bereits an solchen einfachen Fragen scheitern, haben sie oftmals schlechtere Gesundheitschancen.

Dieser *Gesundheitswegweiser* soll mit seinen muttersprachlichen Informationen helfen, den Zugang zur medizinischen Versorgung zu erleichtern und den Migrantinnen und Migranten unser vielschichtiges Gesundheitssystem transparenter machen. Vielen der bei uns lebenden über 50.000 ausländischen Bürgerinnen und Bürgern ist Brandenburg längst eine zweite Heimat geworden. Ihre Integration ist wichtiger Bestandteil der Landespolitik; und die Konzeption des Landes zur Integration bleibeberechtigter Zuwanderinnen und Zuwanderer beinhaltet folgerichtig auch den besseren



Zugang zur medizinischen Versorgung und Prävention.

So spiegelt dieser Wegweiser auch eine Realität wider, die im gesellschaftlichen Alltag längst stattfindet. Deshalb müssen die medizinischen Angebote auf diese Zuwanderungsrealität eingestellt sein und sich zunehmend ihren Bedürfnissen öffnen. Ich freue mich, dass mit dieser Broschüre ein weiterer Schritt in diese Richtung gegangen wird. Ich danke allen herzlich, die an der Entstehung des Wegweisers beteiligt waren.

A handwritten signature in black ink that reads "D. Ziegler". The signature is written in a cursive, flowing style.

Dagmar Ziegler
Ministerin für Arbeit, Soziales,
Gesundheit und Familie
des Landes Brandenburg

Preface

Dear reader:

Health is both a human right and one of the greatest needs man can think of – no matter where you live in this world or under which circumstances you were born. With its strategy of „health for all in the 21st century“ the World Health Organization wants to come up to this concern on a world-wide scale. It demands equal opportunities for all in the field of health. All people – independently of their nationality and ethnic origin – have to know where they will be given help and support in case of health problems. You will really be able to manage all right only if you are well-informed about the possibilities you have.

This is all the more true for people who have been admitted to the State of Brandenburg and found refuge here. Being faced with language and cultural barriers you may find it very hard to even handle every-day questions: Where will I turn to when I feel sick? Will I have to pay the doctor or the dentist out of my own pocket? What shall I do in an emergency? In fact, many a migrant fails to solve questions which are as easy as that – and this is the reason why they often have comparably poor chances to look after their health.

This „Guide to Health“ is designed to provide you with information in your mother tongue, thus facilitating your access to medical care and making our complex health system more transparent to you. For quite a long time now Brandenburg has become a second home for many of the 50,000 foreign citizens living among us. Their integration into society is an essential element of the State's policy; and the State's notion and concept of integrating migrants who enjoy a right of residence consequentially includes easier access to medical care and prevention, too.

In this sense, the present guide also mirrors a reality which is long since the normal course of life in society. That is why medical services offered must be tuned to the fact that there is migration and have to open to migrants' needs more and more. I am pleased that in issuing the present brochure another step is made in this direction. I warmly thank all those people who took part in writing this guide.



Dagmar Ziegler

Minister for Labour, Social, Health and Family Affairs of the State of Brandenburg

Avant-propos

Chers lecteurs et lectrices

La santé est un droit et un des plus grands besoins humains – peu importe où nous vivons et dans quelles conditions nous sommes venus au monde. L'organisation mondiale de la santé voudrait réaliser cet objectif par le biais de sa stratégie *santé pour tous au 21ème siècle*. Cette stratégie voudrait garantir l'égalité des chances dans le domaine de la santé pour tous. Toute personne – indépendamment de sa nationalité et de son origine ethnique – doit savoir, où elle peut recevoir de l'aide en matière de santé. Seul celui ou celle qui est bien informé peut mieux s'orienter.

Ceci est aussi valable pour ceux et celles qui ont fui leur pays pour diverses raisons et qui ont trouvé refuge chez nous. En raison des barrières culturelles et de langue, certaines questions de la vie quotidienne constituent un handicap pour eux: Où dois-je me rendre en cas de maladie? Dois-je prendre en charge personnellement les frais de soins du médecin ou du dentiste? Comment dois-je me comporter dans un cas urgent? Parce que ces questions à priori simples de la vie courante ne sont pas maîtrisées, l'accès aux soins devient pour eux et pour elles très difficile.

Ce guide de santé traduit en plusieurs langues a pour but d'aider à faciliter l'accès des immigrés aux soins médicaux et rendre transparent la diversité de notre système de santé. Brandebourg est devenu depuis longtemps une deuxième patrie pour une partie des 50.000 étrangers qui vivent chez nous. Leur intégration est un domaine important de la politique de Brandebourg. La conception de l'intégration des Immigrés vise aussi à faciliter l'accès de ces derniers aux soins et aux préventions médicaux.

Ce guide reflète aussi une réalité vécue dans le quotidien depuis longtemps. Le système de santé doit prendre en considération cette réalité de l'immigration et s'ouvrir à leurs besoins. Je me réjouis que cette brochure soit un autre pas dans ce sens. Je remercie cordialement tous ceux qui ont contribué à la rédaction de ce guide.



Dagmar Ziegler
Ministre du travail, des affaires sociales,
de la santé et de la famille de l'état
de Brandebourg

F

Przedmowa

Droгие Czytelniczki, drodzy Czytelnicy,

życie w zdrowiu jest jednym z praw ludzkości i jedną z największych potrzeb człowieka w ogóle – nieważne gdzie żyjemy i w jakich warunkach przyszliśmy na świat. Wychodząc na przeciw temu zagadnieniu, Światowa Organizacja Zdrowia opracowała strategię *Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku*. Organizacja ta domaga się równych praw do zdrowego życia dla każdego z nas. Każdy człowiek - niezależnie od narodowości i etnicznego pochodzenia – powinien wiedzieć, gdzie może uzyskać pomoc i wsparcie na wypadek choroby. To oczywiste, że tylko ten sobie poradzi, kto jest dobrze poinformowany o istniejących możliwościach.

Tym bardziej dotyczy to osób, które z różnych przyczyn opuściły swój kraj i osiedliły się w Niemczech. Ze względu na bariery językowe i różnice kulturowe nawet codzienne czynności mogą okazać się dla tych osób przeszkodą nie do pokonania: gdzie mam się zwrócić, gdy czuję się źle? Czy za lekarza, za dentystę mam płacić „z własnej kieszeni“? Co robić w sytuacji niecierpiącej zwłoki? Ponieważ nawet tak oczywiste sytuacje stanowią często problem dla migrantek i migrantów, mają oni mniejsze szanse na życie w zdrowiu.

Niniejszy *Przewodnik po zdrowie*, zawierający informacje w wielu językach, ma na celu ułatwić migrantkom i migrantom dostęp do opieki zdrowotnej, jak również uczynić nasz złożony system opieki zdrowotnej bardziej przejrzystym. Brandenburgia stała się, dla wielu spośród ponad 50-ciu tys. obcokrajowców żyjących u nas, drugą ojczyzną. Integracja tych osób jest ważnym zadaniem dla polityki landu, a warunkiem jej powodzenia jest zapewnienie migrantom lepszego dostępu do opieki zdrowotnej i prewencji.

Tak więc przewodnik ten odzwierciedla pewną rzeczywistość społeczną, która dawno już stała się częścią codziennego życia. Publiczna służba zdrowia musi uwzględnić fakt, że w Niemczech osiedla się wielu obcokrajowców i że należy wyjść naprzeciw potrzebom tych pacjentów. Cieszę się, że broszura ta stanowi krok w tym kierunku. Dziękuję serdecznie wszystkim, którzy przyczynili się do powstania tego przewodnika.



Dagmar Ziegler

Minister Pracy, Spraw Społecznych,
Zdrowia i Rodziny Landu Brandenburgia

Drage čitateljke, dragi čitaoci,

pravo na zdrav život je osnovno ljudsko pravo i jedna od najvećih čovjekovih potreba uopšte, bez obzira u kom dijelu svijeta čovjek živi i u kakvim životnim uslovima se radja. S tim u vezi namjera Svjetske zdravstvene organizacije je da svojim sloganom Zdravlje za sve u 21. vijeku širom svijeta doprinese ostvarenju tog cilja. Svako, bez obzira na nacionalnu pripadnost i etničko porijeklo, treba da zna kome može da se obrati u slučaju zdravstvenih problema i gdje da traži pomoć. Medjutim, samo onaj ko je dobro informisan o pruženim mogućnostima može i da se snadje na odgovarajući način.

Zbog toga je ovaj priručnik prvenstveno namijenjen ljudima koji su se doselili ili našli utočište u našoj zemlji, migrantima koji zbog jezičkih i kulturnih barijera nailaze na poteškoće i kad se radi o sasvim jednostavnim pitanjima kao što su: Kome da se obratim kad se razbolim? Treba li iz svog džepa da platim ljekara i zubara? Šta treba da znam o hitnim intervencijama? Mnogi se često ustručavaju da pitaju i time otežavaju svoju situaciju.

Zdravstveni priručnik za migrante sa informacijama na njihovom maternjem jeziku treba da im olakša dostupnost medicinskim službama i omogući bolje poznavanje našeg složenog sistema zdravstvene zaštite. Za mnoge strane gradjane, od njih 50.000 koliko ih ima, Brandenburg je već odavno postao druga domovina. Integracija stranih gradjana sa dozvolom boravka je važan politički cilj zemlje, pa samim tim i njihova integracija u njen zdravstveni sistem.

Priručnik takodje odražava interkulturalnu realnost koja u našem društvu već odavno postoji. Zbog toga bi zdravstvena ponuda morala biti u skladu s tom realnošću i adekvatna rastućim potrebama naših gradjana.

“Interkulturalno zdravstvo” prerasta u nezostavni dio našeg svakodnevnog života i drago mi je što je ova brošura još jedan korak dalje u tom pravcu. Srdačno se zahvaljujem svima koji su učestvovali u izradi ovog priručnika.



Dagmar Ziegler
Ministarka za rad, socijalna pitanja,
zdravstvo i porodicu pokrajine Brandenburg

Предисловие

Дорогие читатели и читательницы !

Здоровье – это право человека и одна из основных человеческих потребностей, где бы Вы ни жили, и в каких бы условиях Вы ни родились. Для достижения этой цели во всём мире Всемирная Организация Здравоохранения реализует свою стратегию „Здоровье для всех в XXI веке“. Она требует равных шансов для всех в области здравоохранения. Все люди, независимо от национальности и этнического происхождения, должны знать, куда обратиться за помощью в случае проблем со здоровьем. Но только тот, кто хорошо знает свои возможности, справится с критической ситуацией.

Тем более это касается людей, которые нашли у нас убежище и приём. В результате языковых и культурных барьеров даже повседневные вопросы могут стать для них большим препятствием: Куда обратиться, если я заболел? Должен ли я сам оплачивать врача или стоматолога? Как вести себя в критической ситуации? Поскольку многие мигранты нередко капитулируют даже перед такими простыми вопросами, их шансы быть здоровыми часто ниже.

Этот *Путеводитель* призван помочь информацией на родном языке облегчить путь к медицинскому обслуживанию и сделать более понятной для мигрантов нашу многоступенчатую систему здравоохранения. Для многих из живущих у нас 50.000 иностранных граждан Бранденбург давно стал второй родиной. Их интеграция – важная составляющая местной политики; и, соответственно, концепция Бранденбурга по интеграции обладающих правом пребывания мигрантов содержит в себе облегчение доступа к медицинскому обслуживанию и профилактике.

Таким образом, этот путеводитель отражает также ту реальность, которая давно уже стала частью повседневной жизни общества. Поэтому и предложение медицинских услуг должно соответствовать этой реальности иммиграции и больше ориентироваться на её потребности. *Межкультурная медицина* всё более становится повседневным жизненным фактом, и я рада, что при помощи этой брошюры сделан ещё один шаг в этом направлении. Я сердечно благодарю всех, кто участвовал в создании путеводителя.



Дагмар Циглер
Министр по делам занятости, социальной сферы, семьи и здравоохранения
земли Бранденбург

Lời nói đầu


Bạn đọc yêu quý!

Sức khỏe là quyền lợi và là một trong những nhu cầu lớn nhất của con người, không phân biệt nơi người đó sống cũng như người đó được sinh ra trong hoàn cảnh nào. Tổ chức y tế thế giới với chiến lược "Sức khỏe cho tất cả mọi người trong thế kỷ 21" rất quan tâm tới mong muốn này. Họ đòi hỏi bình đẳng trong lĩnh vực y tế cho tất cả mọi người. Tất cả mọi người, không phân biệt quốc tịch và nguồn gốc, cần phải biết ở nơi nào người ta nhận được giúp đỡ trong các vấn đề liên quan đến sức khỏe. Chỉ những ai được thông tin đầy đủ về các khả năng mới có thể tìm được hướng đi đúng cho mình.

Điều này đặc biệt quan trọng đối với những người đã tìm chỗ dựa và được tiếp nhận ở chỗ chúng tôi. Do những rào cản về ngôn ngữ và văn hóa mà ngay cả những câu hỏi thường ngày cũng có thể gây ra nhiều trở ngại cho họ: Mình phải tìm đến chỗ nào khi mình bị bệnh? Mình có phải tự trả tiền cho bác sỹ hay nha sỹ không? Mình phải phản ứng thế nào trong các trường hợp khẩn cấp? Ngay những câu hỏi đơn giản như vậy mà nhiều người nhập cư cũng vấp phải khó khăn nên họ không có nhiều cơ hội trong lĩnh vực y tế.

Cuốn hướng dẫn y tế này với các thông tin bằng tiếng mẹ đẻ giúp người nhập cư tiếp cận dễ dàng hơn trong việc chăm sóc y tế cũng như làm cho hệ thống y tế vốn đã phức tạp của chúng tôi được rõ ràng hơn. Nhiều người trong số hơn 50.000 người nước ngoài sống ở đây đã lấy Brandenburg làm quê hương thứ hai của mình. Sự hội nhập của họ là một trong những chính sách của bang; và ý tưởng cơ bản của bang trong việc hội nhập đối với những người nhập cư hợp pháp bao gồm cả việc tạo cơ hội tiếp cận tốt hơn trong việc chăm sóc cũng như phòng ngừa y tế.

Cuốn hướng dẫn này cũng phản ánh các hiện thực trong cuộc sống hàng ngày. Chính vì vậy mà những dịch vụ y tế cũng phải hướng vào thực tế nhập cư cũng như đáp ứng được những đòi hỏi trong thực tế nhập cư này. "Ngành y tế đa văn hóa" ngày càng trở thành một trong những yếu tố của cuộc sống hàng ngày. Tôi rất vui mừng vì cuốn hướng dẫn này chính là một bước tiếp theo trên con đường ấy. Tôi xin chân thành cảm ơn tất cả những ai đã góp phần tạo nên cuốn hướng dẫn này.



Dagmar Ziegler

Bộ trưởng Lao động, Xã hội, Y tế và Gia đình bang Brandenburg

Inhalt



D

1	Der öffentliche Gesundheitsdienst in Brandenburg	12
2	Krankenversicherung	13
3	Rechtliche Regelungen zur medizinischen Versorgung für Migrantinnen und Migranten	15
4	Hausärztliche Versorgung	16
5	Zahnärztliche Versorgung	17
6	Krankenhausaufenthalt und Notfallsituation	19
7	Medikamente	20
8	AIDS und HIV	20
9	Hilfe bei Gewalt gegen Frauen und Mädchen	21
10	Psychotherapie	22
11	Übersicht zu Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen	24
12	Adressenverzeichnis	130

GB


1	Public Health Service in Brandenburg	29
2	Health Insurance	30
3	Legal Provisions concerning Medical Care for Migrants	32
4	Care provided by the Family Doctor	33
5	Care provided by the Dentist	34
6	Stay in Hospital and Emergency	36
7	Medicines	37
8	AIDS and HIV	38
9	Assistance in case of Violence against Women and Girls	39
10	Psychotherapy	40
11	Chart of Preventive Medical Check-Ups and Inoculations	42
12	List of Addresses	130

F

1	Le service de santé publique à Brandebourg	47
2	Assurance-maladie	49
3	Réglementation juridique des prestations médicales destinées aux immigrants	50
4	Soins médicaux par le médecin de famille	51
5	Soins dentaires	52
6	Séjour hospitalier et cas d'urgence	53
7	Médicaments	54
8	Sida et HIV	54
9	Assistance en cas de violence contre les femmes et les filles	55
10	Psychothérapie	56
11	Aperçu sur les contrôles médicaux de prévention et les vaccinations	58
12	Liste d'adresses	130

PL

1	Publiczna służba zdrowia w Brandenburgii	63
2	Ubezpieczenie zdrowotne	64
3	Prawne regulacje dotyczące opieki medycznej dla migrantek i migrantów	66
4	Opieka lekarza domowego	67
5	Opieka stomatologiczna	68
6	Wypadek i pobyt w szpitalu	69
7	Lekarstwa	71

7  8  9  10  11  12  **Inhalt**

8	AIDS i HIV	71
9	Pomoc dla kobiet i dziewcząt, które doznały przemocy	72
10	Psychoterapia	74
11	Przegląd badań prewencyjnych i szczepień ochronnych	76
12	Wykaz adresów	130

1	Javna zdravstvena služba u Brandenburgu	81
2	Zdravstveno osiguranje	82
3	Pravna regulativa zdravstvene zaštite migranata i migrantica	85
4	Ambulantno liječenje	83
5	Liječenje zubi	85
6	Bolničko liječenje i urgentne intervencije	85
7	Lijekovi	87
8	AIDS (sida) i virus HIV	88
9	Pomoć ženama i djevojkama/djevojčicama žrtvama nasilja	88
10	Psihoterapija	90
11	Kratak pregled preventivne zaštite i vakcinacija	92
12	Spisak adresa	130

1	Общественные службы здравоохранения в Бранденбурге	97
2	Медицинское страхование	99
3	Правовое урегулирование медицинского обслуживания для мигрантов	100
4	Врачебное обслуживание на дому	102
5	Зубоврачебное обслуживание	103
6	Пребывание в больнице и экстренные ситуации	104
7	Медикаменты	105
8	Психотерапия	106
9	ВИЧ и СПИД	107
10	Помощь при насилии над женщинами и девочками	108
11	Обзор профилактических обследований и прививок	110
12	Адреса	130

1	Dịch vụ y tế công cộng ở bang Brandenburg	115
2	Bảo hiểm y tế	116
3	Những quy định pháp lý trong việc chăm sóc y tế cho người nhập cư	117
4	Chăm sóc y tế qua bác sỹ gia đình	119
5	Chăm sóc nha khoa	119
6	Điều trị nội trú và trong trường hợp khẩn cấp	121
7	Thuốc điều trị	122
8	Aids và HIV	122
9	Trợ giúp trong vấn đề bạo lực chống phụ nữ	123
10	Tâm lý trị liệu	124
11	Khái quát về kiểm tra sức khỏe và tiêm phòng bệnh	126
12	Danh mục địa chỉ	130

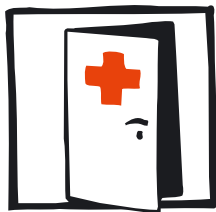
HR
SCG
BIH

RUS

VN

1 Der öffentliche Gesundheitsdienst in Brandenburg

D



Die Gesundheit der Bevölkerung zu schützen und auch zu fördern, ist Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes im Land Brandenburg. Jede kreisfreie Stadt und jeder Landkreis verfügt im Land Brandenburg über ein Gesundheitsamt. Die Gesundheitsämter sind über die jeweiligen Kreisverwaltungen auch im Internet mit Sprechzeiten und ihren Beratungsstellen ausgewiesen. Sie leisten einen speziellen Beitrag zur Vorbeugung, Erhaltung und Förderung der Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger des Kreises. Darüber hinaus gibt es spezielle Gesundheitsförderangebote für Kinder und Jugendliche, für Behinderte und Bürger in schwierigen gesundheitlichen und sozialen Problemlagen. Die wichtigsten Beratungsstellen der Gesundheitsämter werden im Folgenden vorgestellt:

Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

Die Kinderärzte und -ärztinnen des Gesundheitsamtes möchten Sie in dem Bemühen unterstützen, Ihre Kinder möglichst gesund erwachsen werden zu lassen. Sie bieten Ihnen aber besonders dann Beratung und Hilfe, wenn Ihr Kind Gesundheitsprobleme hat, Entwicklungsauffälligkeiten zeigt, von Behinderung bedroht ist und spezielle Förderung benötigt. Die Kinderärzte des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes führen regelmäßige ärztliche Untersuchungen in Kindergärten und Schulen (zur Einschulung und in den 6. und 10. Klassen) durch. Ziel dieses Angebotes ist, Entwicklungsstörungen, Behinderungen oder Krankheiten bei Ihren Kindern frühzeitig zu erkennen und die erforderlichen ärztlich-therapeutischen oder auch heilpädagogischen Maßnahmen frühzeitig einzuleiten. Darüber hinaus werden Impfeempfehlungen gegeben oder auch direkt Impfungen in den Einrichtungen angeboten.

Zu allen Fragen der Gesundheitsförderung wird beraten: Ernährung, Bewegungs- und Sprachförderung, Hilfen für psychisch kranke Kinder etc.

Jugendzahnärztlicher Dienst

Die Zahnärzte des Gesundheitsamtes unterstützen Sie im Erhalt oder in der Verbesserung der Zahngesundheit Ihrer Kinder. Früherkennungsuntersuchungen werden bereits ab dem 2. Lebensjahr (nach Durchbruch der ersten Zähne) bis zum 16. Lebensjahr in Kitas und Schulen angeboten. Dabei erhalten Sie und Ihre Kinder Informationen, ob Zähne behandlungsbedürftig sind, ob Zahn- und Kieferfehlstellungen vorliegen oder bereits Zahnfleischerkrankungen sichtbar sind. Empfehlungen zur Behandlung durch einen Zahnarzt oder Kieferorthopäden werden den Eltern schriftlich übermittelt.

Hygiene und Umweltmedizin

Hier liegt die Hauptaufgabe in der Vorbeugung von Infektionskrankheiten. Wichtig ist, dass übertragbare Krankheiten, wie Tuberkulose, ansteckende Gelbsucht, Virusgrippe oder Salmonellenerkrankungen, frühzeitig erkannt werden, damit ihre Weiterverbreitung verhindert werden kann. Vor geplanten Auslandsreisen können sich Bürger über notwendige Schutzimpfungen informieren und sich auch in vielen Gesundheitsämtern impfen lassen.

Es werden Erstbelehrungen vor Aufnahme einer Tätigkeit im Lebensmittelbereich nach § 43 Abs. 1 Nr. 1 Infektionsschutzgesetz durchgeführt. Diese Belehrung benötigen Personen, die gewerbsmäßig Lebensmittel herstellen, behandeln oder in Verkehr bringen und dabei mit ihnen direkt (mit der Hand) oder indirekt (über Bedarfsgegenstände) in Berührung kommen.

Eine Belehrung benötigen auch Personen, die in Küchen von Gaststätten, Restaurants, Kantinen, Cafés oder sonstigen Einrichtungen mit oder zur Gemeinschaftsverpflegung

tätig sind. Personen, die lediglich mit bereits verpackten Lebensmitteln umgehen und Kellner, die ausschließlich servieren, benötigen kein Gesundheitszeugnis.

Der sozialpsychiatrische Dienst

Der sozialpsychiatrische Dienst bietet Hilfe und Unterstützung

- für Menschen in seelischen Krisen,
- für Menschen mit Suchtproblemen,
- für Menschen mit psychischen Alterserkrankungen (z. B. Alzheimer),
- während stationärer Aufenthalte und danach,
- für Angehörige psychisch kranker Menschen.

Darüber hinaus steht der sozialpsychiatrische Dienst für migrationspezifische Fragestellungen zur Verfügung, insbesondere bei psychischen Problemen. Die Beratungen sind kostenlos und ohne Überweisungen möglich und werden streng vertraulich behandelt.

Das Gesundheitsamt - eine neutrale Gutachterstelle

Das Gesundheitsamt stellt amtliche Bescheinigungen und Zeugnisse aus und ist als sachverständiger Gutachter tätig. Bean-

tragen z. B. Asylsuchende aus gesundheitlichen Gründen den Auszug aus einem Übergangwohnheim in eine private Wohnung oder benötigen sie spezielle medizinische Maßnahmen, wird von den Sozialbehörden in der Regel das Gesundheitsamt zur ärztlichen oder psychologischen Begutachtung eingeschaltet. Dies trifft auch zu, wenn die Ausländerbehörde die Reisefähigkeit aus gesundheitlichen Gründen prüfen lässt oder aus gesundheitlichen Gründen des Asylbewerbers ein Abschiebehindernis vorliegt. Wichtig ist, dass der begutachtende Arzt im Gesundheitsamt nicht an Weisungen gebunden ist. Er ist speziell qualifiziert und erfahren.

Die Behindertenberatungsstelle

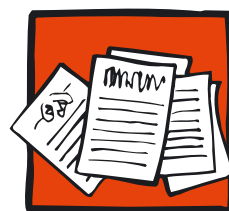
Die Behindertenberatungsstelle im Gesundheitsamt bietet eine umfassende Beratung behinderter, von Behinderung bedrohter Menschen und deren Sorgeberechtigten und Angehörigen an. Dort sind die verschiedenen kommunalen Versorgungsträger bekannt und der Bürger erhält Unterstützung, wenn er auf Grund seiner Behinderung nicht in der Lage ist, Hilfen im Alltag zu organisieren.

Krankenversicherung 2

Wer in Deutschland arbeitet und lebt, muss eine Krankenversicherung nachweisen. Knapp 90% der Bevölkerung ist in einer gesetzlichen Krankenversicherung. Die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt alle medizinisch notwendigen Leistungen bei Krankheit und Mutterschaft. Außerdem trägt sie die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall ab der 7. Krankheitswoche.

Wer ist gesetzlich krankenversichert?

Seit dem 1.4.2007 sind alle Einwohner zu einer Krankenversicherung verpflichtet. Arbeiter und Angestellte, deren Arbeitsentgelt mehr als 400 Euro und weniger als 47.700 Euro (Stand 2007) beträgt, müssen Mitglied einer



gesetzlichen Krankenversicherung sein. Dort sind ebenfalls Auszubildende, Empfänger von Arbeitslosengeld, Rentner, Studenten, Künstler und Publizisten versichert. Familienangehörige, die ihren Wohnsitz in Deutschland haben, sind mitversichert, wenn sie kein oder ein geringeres Einkommen haben. Kinder sind bis zu einem bestimmten Alter mitversichert. Die Altersgrenze hängt davon ab, ob sich die Kinder in einer Ausbildung befinden oder nicht. Grundsätzlich sind Kinder bis zum 18. Lebensjahr familienversichert. Bei Arztbesuchen wird einmal pro Quartal eine Praxisgebühr von 10 Euro fällig, unabhängig von der Zahl der Arztbesuche in diesem Zeitraum.

Der Beitrag wird als prozentualer Anteil des Arbeitseinkommens berechnet. Die Beitragssätze sind zwischen den verschiedenen Krankenkassen unterschiedlich. Davon wird die Hälfte vom Arbeitgeber bzw. Rentenversicherungsträger gezahlt. Wichtig bei der Wahl der Krankenkasse sind nicht nur der Beitragssatz, sondern auch die Leistungen der jeweiligen Krankenkassen.

Für Arbeitslose, Bezieher von Arbeitslosengeld II und Unterhaltsgeld trägt die Bundesagentur für Arbeit die Beiträge der Versicherten. Die Versicherung erfolgt erst am ersten Tag, für den Leistungen bezogen werden. Empfänger von Leistungen der Sozialhilfe erhalten die gleichen Leistungen wie die Krankenversicherten.

Freiwillige gesetzliche Krankenversicherung

Arbeiter und Angestellte, die mehr als 47.700 Euro (Stand: 2007) verdienen, können sich freiwillig in einer gesetzlichen Krankenversicherung versichern, wenn sie mindestens zwölf Monate oder in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens 24 Monate einer Krankenkasse angehört haben.

Private Versicherung

Selbstständige sowie Arbeiter und Angestellte, die nicht freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung sind, müssen sich privat versichern. Die Leistungen der privaten Krankenversicherungen werden in einem individuellen Tarif festgelegt. Die Beitragshöhe richtet sich nach dem jeweiligen gesundheitlichen Risiko der Versicherten beim Eintrittsalter. Je höher dieses ist, umso teuer wird die Versicherungsprämie. Private Krankenversicherungen können in ihrem Volltarif Personen mit einem hohen gesundheitlichen Risiko ablehnen. Ab 2009 müssen sie einen „Basistarif“ anbieten, der dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht und ohne Prüfung des Gesundheitszustandes der Versicherten gewährt werden muss.

Wer privat versichert ist, muss selbst die Behandlungs- und die Medikamentenkosten bezahlen und bekommt sie erst später von der privaten Krankenversicherung zurückerstattet.

Versicherungsschutz im Ausland

Im Rahmen von zwischenstaatlichen Regelungen werden die Kosten für Behandlungen im Ausland von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Dies gilt generell für die Mitgliedsstaaten der Europäischen Union, und eine Reihe anderer Staaten, mit denen ein Sozialversicherungsabkommen abgeschlossen wurde. Bevor Sie ins Ausland reisen, sprechen Sie mit Ihrer Krankenkasse, die Ihnen entweder einen Reisekrankenschein ausstellt oder sie über Möglichkeiten einer Reisekrankenversicherung informiert.

Rechtliche Regelung zur medizinischen Versorgung für Migrantinnen und Migranten

Medizinische Versorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz

Asylbewerber, Ausländer mit einer Duldung sowie Ausreisepflichtige haben Anspruch auf medizinische Versorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Danach ist die medizinische Versorgung für Leistungsbechtigte nach § 3 AsylbLG eingeschränkt. Nur bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen werden Leistungen für die medizinische Versorgung gewährt.

Besondere Einschränkungen gibt es bei Zahnersatz. Zahnersatz kann nur in Ausnahmefälle gewährt werden, wenn dies aus medizinischen Gründen nicht aufschiebbar ist oder Folgeschäden bei Unterlassung der Behandlung drohen, z. B. Magenerkrankungen durch fehlende Kaufähigkeit. Diese Einschränkung bezieht sich nicht auf Zahnbehandlungen wie Karies- und Wurzelbehandlungen.

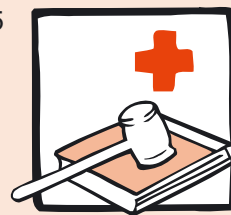
Bestimmte medizinische Leistungen werden jedoch uneingeschränkt für Flüchtlinge gewährt. Dazu gehören Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen und schwangere Frauen. Schwangere Frauen haben einen uneingeschränkten Anspruch auf Vorsorgeuntersuchungen und Leistungen zur Entbindung sowie Pflege. Auch Impfungen für Kinder und Erwachsene und bestimmte andere Vorsorgeuntersuchungen können ohne Vorliegen einer akuten Krankheit gewährt werden.

Asylbewerber/-innen haben einen Anspruch auf folgende Vorsorgeuntersuchungen:

- Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft, Leistungen zu Entbindungen und Pflege nach der Geburt
- Kinderuntersuchungen U1 bis J1, gynäkologische Früherkennungsuntersuchungen, jährliche Krebsfrüherkennung für Frauen ab 20 und Männer ab 45, allgemeine Gesundheitsuntersuchungen

für Menschen ab 35 (alle 2 Jahre)

- Halbjährliche zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren, danach jährliche Vorsorgeuntersuchungen
- Kinderimpfungen, Tetanus-, Diphtherie- und Polioimpfungen für Erwachsene



Asylbewerber/-innen, die Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz erhalten, bekommen vom Sozialamt einen Krankenschein, den sie beim Arzt vorlegen. Der Krankenschein gilt für ein Vierteljahr.

Zuständig für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung für Asylbewerber, die nicht durch Krankenkassen versichert sind, sind die Sozialämter.

Leistungsbezieher nach § 3 haben keine Zuzahlungen zu leisten.

Leistungsbezieher nach § 2 Asylbewerberleistungsgesetz erhalten umfangreiche medizinische Leistungen. Auch Geduldete können nach vier Jahren bessere Leistungen beanspruchen, sofern sie an der Ausreise aus nicht von ihnen zu vertretenden Gründen gehindert sind.

Diese Personen sollten, wie andere Sozialleistungsempfänger, bei einer Krankenkasse ihrer Wahl versichert und erhalten eine Krankenversicherungskarte. Die Krankenkassen rechnen die medizinischen Leistungen mit den Trägern der Sozialhilfe ab.

Leistungsberechtigte nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes unterliegen den Zuzahlungsregelungen. Sie müssen Zuzahlungen beim Arztbesuch, bei Medikamenten und beim Krankenhausaufenthalt sowie die üblichen Zuzahlungen entrichten. Ebenso gelten Härtefallregelungen für sie.

Medizinische Versorgung für Sozialhilfeempfänger

Sozialhilfeempfänger sind krankenversichert, wenn sie für länger als einen Monat Sozialhilfe erhalten. Sie erhalten eine Versicherungskarte. Wer selbst keine Kasse auswählt, wird vom Sozialamt bei einer Krankenkasse angemeldet. Versicherte unterliegen den gesetzlichen geregelten Zuzahlungen (siehe Kapitel 7. Zuzahlungen).

Die Zuzahlungen dürfen im Jahr 2% des Sozialhilferegelsatzes für einen Haushaltsvorstand nicht übersteigen. Für chronisch Kranke gilt eine Höchstgrenze von 1%. Wenn ein familienversichertes Mitglied (Ehegatte, volljähriges Kind) chronisch krank ist, gilt diese Belastungsgrenze für den gesamten Familienhaushalt. Erreichen die Zuzahlungen aller

Familienmitglieder zusammengenommen diese Belastungsgrenze, sind alle im Haushalt lebenden Familienmitglieder für weitere medizinische Leistungen von der Zuzahlung zu befreien.

Kinder unter 18 Jahren sind von den Zuzahlungen befreit.

Es wird empfohlen, alle Quittungen für die Zuzahlungen zu sammeln. Sobald im laufenden Jahr die Höchstgrenze (2% bzw. 1% bei schwerwiegend chronisch Kranken) erreicht wird, beantragen Sie eine Zuzahlungsbefreiung bei Ihrer Krankenkasse für das restliche Jahr. Die Quittungen müssen mit dem Antrag vorgelegt werden. Überbezahlte Beiträge werden von der Krankenkasse zurückerstattet.

4 Hausärztliche Versorgung



Die medizinische Versorgung kann ambulant oder stationär erfolgen.

Wenn Sie krank werden, ist die Hausärztin oder der Hausarzt in der Regel für Sie die erste Kontaktperson. Hausärzte sind überwiegend Fachärzte für Allgemeine Medizin oder für Allgemeine Innere Medizin. Sie sind zunächst für die Grundversorgung, d. h. die erste Behandlung und gegebenenfalls die Weiterleitung der Patienten an entsprechende Fachärzte, zuständig.

Für die Sprechstunde bei der Ärztin oder dem Arzt muss ein Termin vereinbart werden. Können Sie den reservierten Termin nicht wahrnehmen, ist eine rechtzeitige Absage beim Arzt erforderlich. Sollten Sie aufgrund einer plötzlichen Erkrankung zum Arzt

gehen müssen, können Sie sich auch ohne Terminreservierung zu den Sprechstundenzeiten melden, Sie müssen dann eventuell längere Wartezeiten einplanen.

Bei jedem ersten Arztbesuch im Quartal müssen Sie Ihre Versicherungskarte oder den Behandlungsschein vom Sozialamt vorlegen, sowie eine Praxisgebühr von 10 Euro beim Hausarzt (oder Facharzt) bezahlen.

Patienten, die von ihrem Arzt zu einem Facharzt überwiesen werden, zahlen dort keine weitere Praxisgebühr. Patienten, die zuerst ihren Hausarzt besuchen und sich von ihm überweisen lassen, zahlen nur einmal im Quartal eine Praxisgebühr in Höhe von 10 Euro.

Für Vorsorge und Früherkennungsuntersuchungen sowie Schutzimpfungen wird keine Praxisgebühr erhoben.

Grundsätzlich wird bei allen Leistungen eine Zuzahlung von 10 Euro der Kosten erhoben, höchstens allerdings 10 Euro, mindestens jedoch 5 Euro.

Es gibt jedoch Härteklauseeln, die eine Eigenbeteiligung finanziell begrenzt. Die jährliche Eigenbeteiligung der Versicherten darf nicht 2% der Bruttoeinnahmen überschreiten. Für schwerwiegend chronische kranke Menschen gilt eine Grenze von 1% der Bruttoeinnahmen. Eine Krankheit gilt als schwerwiegend chronisch, wenn sie wenigstens ein

Jahr lang mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wird.

Wenn Sie berufstätig sind und aufgrund einer Erkrankung arbeitsunfähig sind, benötigen Sie eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung Ihres Arztes. Diese Bescheinigung ist spätestens am 3. Kalendertag nach Beginn der Erkrankung sowohl beim Arbeitsgeber als auch bei Ihrer Krankenversicherung abzugeben.

Zahnärztliche Versorgung 5

Gesunde Zähne wirken sich unmittelbar auf unser Wohlbefinden und auf die Gesundheit unseres Körpers aus. Die regelmäßige Kontrolle des Mundraumes ist auch deshalb unumgänglich, weil dadurch Zahnfleischerkrankungen, wie Parodontitis oder Tumorerkrankungen, rechtzeitig erkannt und behandelt werden können. Zahnärzte empfehlen zweimal im Jahr eine Kontrolluntersuchung.

Angst vor dem Zahnarztbesuch ist nicht angebracht, denn der Zahnarzt wird jede Zahnbehandlung mit großem Einfühlungsvermögen möglichst schmerzarm oder sogar schmerzfrei gestalten. Wer Angst vor einer Zahnbehandlung verspürt, sollte darüber unbedingt vor der Behandlung seinen Zahnarzt informieren. Oft hilft ein vertrauensvolles und offenes Gespräch zwischen Arzt und Patient, derartige Ängste abzubauen.

Eine regelmäßige Pflege der Zähne ist die wichtigste Voraussetzung, um Zahnkrankheiten vorzubeugen. Mindestens zweimal täglich sollte sich jeder drei Minuten Zeit nehmen, seine Zähne sorgfältig zu reinigen.

Für Erwachsene sind pro Jahr zwei Kontrolluntersuchungen gebührenfrei. Neben einer eingehenden Untersuchung kann der Zahnarzt auch weiter



gehende Maßnahmen zur Diagnose und Vorsorge durchführen, ohne dass die Praxisgebühr fällig wird. Dazu gehören Röntgen, Zahnfleischuntersuchungen und einmal im Jahr das Entfernen von Zahnstein. Nur wenn weitergehende Behandlungen notwendig werden, muss der Patient die zehn Euro Praxisgebühr entrichten. Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren sind grundsätzlich von der Praxisgebühr befreit. Der Kontrollgang zum Zahnarzt lohnt sich langfristig auch finanziell, denn gesetzlich Krankenversicherte, die mindestens einmal jährlich eine Kontrolluntersuchung im Bonusheft dokumentieren können, erhalten einen bis zu 30% höheren Zuschuss, wenn sie Zahnersatz benötigen. Das Bonusheft ist bei Ihrem Zahnarzt erhältlich.

Wer eine aufwändigere Versorgung als die gesetzlich vorgesehene *medizinisch not-*

wendige Versorgung wünscht, z. B. anstatt einer Amalgamfüllung im Backenzahn eine Kunststofffüllung bevorzugt, sollte dies mit seinem Zahnarzt vor Beginn der Behandlung besprechen.

In diesen Fällen schließt der Zahnarzt mit dem Versicherten eine so genannte Mehrkostenvereinbarung ab. Darin erklärt sich der Versicherte bereit, die Kosten für den bei der Behandlung anfallenden Mehraufwand selbst zu tragen.

Zahnersatz

Geht doch einmal ein Zahn verloren, muss er durch künstlichen Zahnersatz ersetzt werden. Zum Zahnersatz zählen Kronen, Prothesen und Brücken. Bevor es zur Zahnersatzbehandlung kommt, muss die Krankenkasse ihre Zustimmung gegeben haben. Dazu erstellt der Zahnarzt einen Heil- und Kostenplan, in dem u. a. der Gebissbefund und die Behandlungsschritte aufgelistet sind.

Der Heil- und Kostenplan wird bei der Krankenkasse eingereicht. Die Krankenkasse prüft die Notwendigkeit des Zahnersatzes und berechnet den Zuschuss für den Versicherten.

Seit dem 1. Januar 2005 gilt ein neues Zuschusssystem für den Zahnersatz. Die Krankenkassen bezahlen feste Zuschüsse, unabhängig davon für welchen Zahnersatz Sie sich entscheiden. Informieren Sie sich deshalb bei Ihrem Zahnarzt, welche Leistung die Krankenkasse zahlt und welche nicht. Einen Kostenanteil übernehmen Sie selbst. Auch für zusätzliche Leistungen, die von der notwendigen Versorgung abweichen, müssen Sie selbst zahlen.

Wer regelmäßig den Zahnarzt besucht, erhält einen höheren Festzuschuss. Wenn das Bonusheft fünf Jahre lang lückenlos geführt ist, erhöht sich der Festzuschuss um 20%, nach zehn Jahren um 30%. Dieser Zuschuss kann bis 65% der Kosten der not-

wendigen Versorgung betragen. Aus diesen Gründen sollte auf die lückenlose Führung des Bonusheftes geachtet werden.

Patienten mit geringerem Einkommen werden vom Eigenanteil befreit. Die Krankenkassen übernehmen diese Kosten nur in Höhe der für die notwendige Versorgung anfallenden Kosten.

Informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse über die Härtefallregelungen beim Zahnersatz.

Versicherung für den Zahnersatz

Ab dem 1. Juli 2005 zahlen Sie für Absicherung des Zahnersatzes einen Beitrag des Bruttoeinkommens in Höhe von 0,9% monatlich. Für die Bezieher von Arbeitslosengeld II und mitversicherte Familienangehörige gilt der zusätzliche Sonderbeitrag nicht.

Krankenhausaufenthalt und Notfallsituationen

6

D

Die Krankenhauseinweisung erfolgt über den Hausarzt (*Verordnung von Krankenhauspfl*ge).

Sie müssen die Versicherungskarte und bei ambulanter Operation den Überweisungsschein mitbringen.

Unter besonderen Voraussetzungen erfolgt die Übernahme von Krankenhausaufenthalts- und Krankentransportkosten wenn:

- Der Antragsteller in der entsprechenden Stadt gemeldet ist/oder sich dort aufhält.
- Der Antragsteller nicht krankenversichert ist.
- Der Antragsteller laufende Hilfe zum Lebensunterhalt erhält oder nicht über ausreichendes Einkommen und/oder Vermögen verfügt.

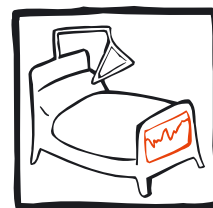
Rechtliche Grundlage: Gewährung von Krankenhilfe nach dem Sozialgesetzbuch
Die Antragstellung erfolgt formlos im Sozialamt.

Notwendige Unterlagen für die Antragstellung:

- Außer in Notfällen ist vor dem Krankenhausaufenthalt die vom Haus- oder Facharzt ausgestellte Krankenhauseinweisung vorzulegen. Diese Einweisung ist vom Sozialamt abzustempeln (in der Regel nicht als Bewilligung, sondern als Nachweis für die Bekanntgabe zur Gewährung von Leistungen an das Krankenhaus).
- Personaldokument
- Nachweis über das gesamte Einkommen
- Nachweis über evtl. vorhandenes Vermögen und Spareinlagen
- Nachweis über den Bezug von Sozialleistungen
- Mietvertrag bzw. Nachweis über die aktuelle Miete und Wohngeld
- aktuelle Kontoauszüge

In Notfallsituationen dürfen Sie jedes Krankenhaus/ jeden Arzt/ jede Ärztin aufsuchen.

In einer lebensbedrohlichen Situation müssen der Arzt oder die Ärztin Sie behandeln oder Sie an die richtige Stelle weiterleiten.



Regelleistungen

Die Kosten für die stationäre Behandlung werden direkt mit den Krankenkassen/Kostenträgern abgerechnet. Mit den allgemeinen Pflegesätzen und Fallpauschalen sind alle notwendigen Leistungen abgegolten.

Eigenbeteiligung

Der Gesetzgeber sieht bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkassen eine Eigenbeteiligung an den Krankenhauskosten vor. Diese beträgt derzeit 10 Euro pro Tag für längstens 28 Tage pro Kalenderjahr.

Notdienste

Wenn Sie nachts oder am Wochenende dringend ärztliche Behandlung brauchen, können Sie die Notaufnahme eines Krankenhauses anrufen oder einen Notarzt rufen. Bei Unfällen und lebensbedrohlichen Zuständen rufen Sie den Rettungsdienst: Diese Nummern können Sie kostenlos wählen!

Die wichtigsten Telefonnummern finden Sie im Anhang.

Bei diesen Nummern immer folgende Angaben machen:

- **Wo** ist es passiert?
- **Was** ist passiert?
- **Wie viele** Verletzte/Erkrankte gibt es?
- **Welche** Verletzungen/Erkrankungen gibt es?
- **Warten** auf Rückfragen

7 | Medikamente

D



Medikamente gibt es in Brandenburg nur in Apotheken bzw. direkt vom Arzt. Die meisten Medikamente erhalten Sie nur durch ein Rezept eines Arztes.

Diese nennt man **verschreibungspflichtige Medikamente**. Der Arzt schreibt ein Rezept. Das Rezept wird in der Apotheke abgegeben und der Patient erhält das Medikament. Dafür muss der Patient einen Beteiligungsbetrag bezahlen. Dieser beträgt maximal 10 Euro und mindestens 5 Euro.

Apothekenpflichtige Medikamente/Arzneimittel, die ohne Rezept in der Apotheke erhältlich sind, bezahlen Sie selbst.

Ausnahme: Kinder bis zum 12. Lebensjahr, die nicht verschreibungspflichtige Medikamente zur Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung als Therapiestandard gelten, erhalten diese kostenfrei.

Zu allen Tages- und Nachtzeiten hat mindestens eine Apotheke in der näheren Umgebung Notdienst.

Jeder Versicherte muss sich ab 2004 2% seiner jährlichen Bruttoeinnahme an der Zuzahlung zu Medikamenten, Hilfs- und Heilmitteln sowie Arztbesuchen und Krankenhausaufenthalten beteiligen.

Ausnahme: Einkommensschwache Haushalte und chronisch kranke Menschen können eine Befreiung der Zahlungspflicht beantragen.

Als chronisch krank gilt jemand wenn:

1. die Person sich in ärztlicher Dauerbehandlung befindet (mindestens ein Arztbesuch pro Quartal wegen der selben Krankheit) oder
2. Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe 2 oder 3 vorliegt oder
3. der Grad der Behinderung bei mind. 60% oder Minderung der Erwerbsfähigkeit bei mind. 60% oder
4. kontinuierliche medizinische Versorgung erforderlich ist, weil ansonsten nach ärztlicher Einschätzung eine Verschlimmerung der Erkrankung, Verminderung der Lebenserwartung oder dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität droht.

Das heißt, die begrenzte Zuzahlung pro Jahr beträgt 1% der Gesamteinkünfte.

Deshalb ist es wichtig, alle Quittungen - angefangen bei der Praxisgebühr bis hin zum Rezept - zu sammeln, dann rechnen, wann die 1%-Grenze erreicht ist und zur entsprechenden Krankenkasse gehen und von den Zuzahlungen bis zum Ende des Jahres befreien lassen.

8 | AIDS und HIV



Behandlung und Prävention

HIV:
Humanes Immun-

schwäche-Virus = menschliches Abwehrschwäche-Virus

AIDS:

Acquired Immune Deficiency Syndrome

= erworbenes Abwehrschwäche-Syndrom

Aids ist eine schwere, durch HIV ausgelöste Schwächung des körpereigenen Abwehrsystems. Aids macht den Körper wehrlos gegen viele Krankheitserreger, die ein gesunder Mensch ohne Probleme abwehrt. Durch die

Schwächung des körpereigenen Immunsystems ausgelöste Krankheiten (opportunistische Infektionen) führen schließlich ohne Behandlung zum Tod.

Deshalb ist es sehr wichtig rechtzeitig zu wissen, ob man sich mit HIV infiziert hat. Die Infektion des Menschen mit HIV kann nur durch bestimmte Körperflüssigkeiten (Blut, Samenflüssigkeit, Scheidensekret und Muttermilch) erfolgen, die eine hohe Virusmenge enthalten. Am größten ist das Infektionsrisiko durch ungeschützte Sexualkontakte und gemeinsame Spritzenbenutzung bei Drogengebrauch.

Bei Fragen zu HIV oder Aids können Sie sich sowohl an Ärzte als auch an städtische Gesundheitsämter, Beratungsstellen oder AIDS-Hilfen wenden (Adressenliste siehe Anhang).

Dort kann man abklären, ob ein Infektionsrisiko bestanden hat, Fragen stellen, die ei-

nen beschäftigen, Ängste und belastende Gefühle ansprechen. Stellt sich bei der Beratung heraus, dass tatsächlich ein HIV-Risiko bestanden hat, kann ein HIV-Test Gewissheit verschaffen. Ob Sie einen HIV-Test machen lassen, ist Ihre freie Entscheidung. Der HIV-Test darf nicht ohne Ihr Wissen und Einverständnis durchgeführt werden.

Wenn Sie ausschließen wollen, sich mit HIV infiziert zu haben, sollte der Test frühestens drei Monate nach der letzten Risikosituation durchgeführt werden.

Außerdem weiß der Berater über Schutzmöglichkeiten vor HIV (und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten) ebenso Bescheid wie über Hilfsangebote und die medizinischen Behandlungsmöglichkeiten.

Kondome (auch Präservative oder Pariser) können eine HIV-Infektion verhindern. Kondome erhalten Sie in Supermärkten, Drogerien, Apotheken, an vielen Tankstellen und Automaten.

Hilfe bei Gewalt gegen 9 Frauen und Mädchen

Gewalttaten sind Straftaten – unabhängig davon, ob sie im häuslichen Bereich oder in der Öffentlichkeit begangen werden. Deshalb ist Gewalt durch Verwandte oder Lebenspartner genauso zu behandeln wie Gewalt im öffentlichen Bereich. Die Strafverfolgung von Gewalttaten ist ein wesentliches Element zur Verhinderung künftiger Gewalt, denn dem Gewalttäter wird deutlich gemacht, dass sein Verhalten gesellschaftlich nicht toleriert oder akzeptiert wird.

Gewalt an Frauen und Mädchen kann vor allem folgende Delikte betreffen:

- Beleidigung

- Hausfriedensbruch
- Sachbeschädigung
- Körperverletzung
- Nötigung
- Bedrohung
- Freiheitsberaubung
- sexuelle Nötigung, Vergewaltigung
- Misshandlung von Schutzbefohlenen (Kindern)
- Mord- und Totschlagsversuche



Das Strafverfahren beginnt in der Regel mit einer Strafanzeige. Sie ist die Mitteilung eines Verdachts und kann nicht nur von der

oder dem Verletzten, sondern von jeder anderen Person mündlich, telefonisch oder schriftlich bei der Polizei, der Staatsanwaltschaft oder bei den Amtsgerichten angebracht werden. Neben den für alle geltenden allgemeinen Rechtsfragen sind für Migrantinnen zusätzliche rechtliche Fragen von Bedeutung, die sich aus dem aufenthaltsrechtlichen Status ergeben. Unabhängig vom Heimatland stellt das Gewaltschutzgesetz aber sicher, dass in jedem Fall deutsches Recht anzuwenden ist.

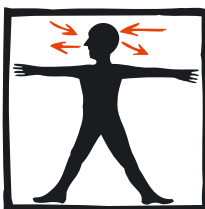
Was bedeutet das für Sie?

- Wegen der besonderen Problematik des Aufenthaltsrechts ist dringend eine Beratung zu empfehlen (entweder bei Beratungsstellen, den Ausländerbeauftragten, Rechtsanwältinnen oder Rechtsanwälten).
- Sie haben keine Nachteile zu befürchten, wenn Sie die Polizei rufen. Tun Sie es deshalb unbedingt, um Ihre Kinder und sich selbst zu schützen und um Beweise sicherstellen zu lassen. Auch eine polizeiliche Wegweisung des Täters für zehn Tage hat keinen Einfluss auf Ihr Aufenthaltsrecht.
- Auch eine Flucht in ein Frauenhaus (siehe Adressenteil) bedeutet keine Nachteile.
- Wenn Sie ein Aufenthaltsrecht haben, das von dem Bestand der Ehe abhängig ist,

können Sie – unabhängig von der Dauer der Ehe in Deutschland – Anträge nach §§ 1 und 2 Gewaltschutzgesetz stellen. Auswirkungen auf den aufenthaltsrechtlichen Status haben die Anträge erst dann, wenn die eheliche Lebensgemeinschaft endgültig nicht mehr fortgesetzt und die Ehe geschieden wird.

- Bei Migrantinnen ohne eigenständigen Aufenthaltsstatus ist es ganz besonders wichtig, alle Verletzungen von einer Ärztin oder einem Arzt dokumentieren zu lassen, um gegebenenfalls die besondere Härte nachweisen zu können. Suchen Sie eine Ärztin oder einen Arzt auf (am Wochenende: Notdienst) und lassen Sie die Verletzungen dokumentieren.
- Wenn Sie in einer Gemeinschaftsunterkunft leben, gibt es die Möglichkeit, Sie bei häuslicher Gewalt räumlich von dem Gewaltausübenden zu trennen. Die gewalttätige Person wird so gehindert, Sie erneut zu erreichen. Zu Ihrem Schutz ist eine Verlegung des Betreffenden in eine andere Gemeinschaftsunterkunft des Landkreises oder auch in einen anderen Landkreis möglich.

10 Psychotherapie



Psychotherapie ist „Seelenheilkunde“. Sie ist fachkundige Hilfe für Menschen mit seelischen oder seelisch verursachten

Leiden.

Menschen, die aufgrund ihrer *Schwierigkeiten, Störungen, Symptomen, Problemen* mit

ihrem Leben schlecht zurechtkommen und diese nicht mehr alleine oder mit Hilfe ihrer gewohnten Bezugspersonen bewältigen können, suchen psychotherapeutische Unterstützung.

Seelisches Leiden kann sich in jedem Bereich des menschlichen Lebens, in der Partnerschaft, in der Sexualität, in der Arbeitswelt und im Lebensgefühl, ausdrücken. See-

lisches Leiden kann sich vielfältig äußern.

Eine Psychotherapie kann helfen!

In einer geschützten Umgebung können Sie über sich und Ihr Anliegen sprechen. Damit wird Ihnen ein Raum eröffnet, schmerzliche Erfahrungen, ängstigende Gedanken und Erinnerungen, positive und negative Gefühle und Impulse gedanklich im Gespräch (und sich selbst gegenüber) zuzulassen.

Durch die besonderen Rahmenbedingungen der Gespräche (u. a. feste und regelmäßige Termine, Neutralität des Therapeuten) können unbewusste Konfliktmuster bewusst verarbeitet werden.

So können Zusammenhänge zwischen der Störung und ihren Ursachen erkannt werden, die Sie aus eigener Kraft und Willensanstrengung nicht auffinden, ertragen oder meistern können.

Psychotherapie umfasst somit die Entwicklung neuer Lösungen und Handlungsmuster im Umgang mit sich selbst und anderen. Dass eine seelische Krankheit nicht nur seelische Arbeit bedeutet, sondern auch eine Quelle neuer Kraft sein kann, ist eine bedeutsame und stärkende Erfahrung.

Quelle: Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft

Für Sie ist es wichtig zu wissen, dass es drei Therapieverfahren gibt, die in Deutschland von den gesetzlichen Krankenversicherungen anerkannt werden:

- psychoanalytische Therapie
- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Verhaltenstherapie

Diese drei Verfahren sind qualitativ gleichwertig. Für den Patienten ist es wichtig, gemeinsam mit dem Therapeuten zu besprechen, welches Verfahren im Einzelfall am geeignetsten ist.

Alle anderen Therapieformen, wie etwa Gestalttherapie, Psychodrama, Familientherapie, Bioenergetik, Körperpsychotherapie etc., werden von den Krankenversicherungen nicht anerkannt. Daher werden die Kosten

solcher Psychotherapien für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherungen auch nicht erstattet.

Zu den Unterschieden der Psychotherapieverfahren gehören auch Unterschiede in der Anzahl der Behandlungsstunden, die hierfür notwendig sind und von den Krankenkassen genehmigt werden.

Dabei gilt grundsätzlich, dass Psychotherapeuten mit einer Zulassung für Verhaltenstherapie oder tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie i.d.R. bis zu 100 Stunden bei einem Patienten abrechnen dürfen, bei einem Psychotherapeuten mit Zulassung für Psychoanalyse können pro Patient bis zu 300 Stunden abgerechnet werden.

Ebenso wichtig wie die Therapieform ist, dass Sie sich ab dem ersten Gespräch mit dem Therapeuten gut fühlen. Stellt sich in den ersten Sitzungen kein Vertrauensverhältnis ein, sollten Sie einen anderen Psychotherapeuten aufsuchen.

Die ersten beiden Behandlungsstunden werden als *probatorische*, d. h. vorbereitende Sitzungen bezeichnet. In ihnen stellt der Therapeut Diagnose und ggf. Indikation für eine Behandlung.

Nach den probatorischen Sitzungen bei einem Psychotherapeuten, doch **bevor** der Therapeut mit der eigentlichen Behandlung beginnt, müssen Sie einen Arzt, z. B. Ihren Hausarzt, aufsuchen. Dieser klärt ab, ob evtl. auch eine körperliche Erkrankung vorliegt, die zusätzlich medizinisch zu behandeln ist.

Gesetzliche Krankenkassen übernehmen die Kosten für eine Psychotherapie ausschließlich bei einer psychischen Störung mit *Krankheitswert*, Lebens-, Ehe- oder Erziehungsberatung zählen nicht zu den Kassenleistungen. Wie finde ich den richtigen Therapeuten? Gelbe Seiten: Adressen und Telefonnummern von Psychotherapeuten finden Sie im Branchentelefonbuch Ihres Wohnortes oder auf der Seite der Kassenärztlichen Vereinigung (www.kvbb.de).

11 Übersicht zu Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen

D

Früherkennung von Krebs

Untersuchung	Alter	Geschlecht	Häufigkeit	Anmerkungen	weitere Informationen
Genitaluntersuchung	ab dem Alter von 20	Frauen	jährlich	<ul style="list-style-type: none"> - gezielte Untersuchung (z.B. Fragen nach Blutungsstörungen, Ausfluss) - Inspektion des Muttermundes - Krebsabstrich und zytologische Untersuchung - gynäkologische Tastuntersuchung 	Krebsfrüherkennungs-Richtlinie Internet: www.g-ba.de
Prostatauntersuchung, Genitaluntersuchung	ab dem Alter von 45	Männer	jährlich	<ul style="list-style-type: none"> - gezielte Anamnese - Inspektion und Abtasten der äußeren Geschlechtsorgane - Abtasten der Prostata - Tastuntersuchung der regionalen Lymphknoten 	
Brust- und Hautuntersuchung	ab dem Alter von 30	Frauen	jährlich	<ul style="list-style-type: none"> - gezielte Anamnese (z.B. Fragen nach Veränderung/Beschwerden der Haut und der Brust) - Inspektion und Abtasten der Brust und der regionären Lymphknoten einschließlich der Anleitung zur Selbstuntersuchung 	
Hautuntersuchung	ab dem Alter von 45	Männer	jährlich	in Verbindung mit der Untersuchung der Genitalien/Prostata	
Dickdarm- und Rektumuntersuchung	ab dem Alter von 50	Frauen und Männer	jährlich	<ul style="list-style-type: none"> - gezielte Beratung - Tastuntersuchung des Enddarms - Test auf verborgenes Blut im Stuhl (jährlich bis zum Alter von 55 Jahren) 	
Darmspiegelung	ab dem Alter von 55	Frauen und Männer	zwei Untersuchungen im Abstand von 10 Jahren	<ul style="list-style-type: none"> - gezielte Beratung - zwei Darmspiegelungen im Abstand von 10 Jahren oder Test auf verborgenes Blut im Stuhl alle zwei Jahre 	

Untersuchung	Alter	Geschlecht	Häufigkeit	Anmerkungen	weitere Informationen
Mammographie-Screening	ab dem Alter von 50 bis zum Alter von 69 Jahren	Frauen	alle zwei Jahre	<ul style="list-style-type: none"> - Einladung in eine zertifizierte Screening-Einheit - Information - Röntgen der Brüste durch Mammographie 	Krebsfrüherkennungs-Richtlinie Internet: www.g-ba.de

Gesundheits-Check-up

Untersuchung	Alter	Geschlecht	Häufigkeit	Anmerkungen	weitere Informationen
Check-up	ab dem Alter von 35	Frauen und Männer	alle zwei Jahre	Früherkennung häufig auftretender Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Nierenerkrankungen, Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) Das umfasst unter anderem folgende Leistungen: <ul style="list-style-type: none"> - Anamnese, insbesondere die Erfassung des Risikoprofils - klinische Untersuchungen (körperliche Untersuchung einschließlich Blutdruckmessen) - Blut- und Urinuntersuchungen - Beratung über das Ergebnis 	Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie Internet: www.g-ba.de

Zahnvorsorge-Untersuchungen

Untersuchung	Alter	Geschlecht	Häufigkeit	Anmerkungen	weitere Informationen
Untersuchung auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten	- bis 6 Jahre - 6 bis 18 Jahre	Mädchen und Jungen	- drei mal bis 6 Jahre - ein mal je Kalenderhalbjahr ab 6 Jahre	Einschätzung des Kariesrisikos - Mundhygiene-Beratung - Inspektion der Mundhöhle - Motivation zur Prophylaxe	Früherkennungsuntersuchungs-Richtlinie und Individualprophylaxe-Richtlinie Internet: www.kzbv.de
Zahnvorsorge-Untersuchungen	ab dem Alter von 18	Frauen und Männer	ein mal je Kalenderhalbjahr	- eingehende Untersuchung - Untersuchung im Rahmen des Bonushefts Dies gilt auch, wenn in derselben Sitzung eine Zahnsteinentfernung (aber nur ein mal zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung), Röntgenuntersuchung, Sensibilitätsprüfung durchgeführt oder der PSI-Code erhoben werden.	§ 30 Abs. 2 Satz 4 und 5 SGB V (bis 31.12.2004, ab 1.1.2005 § 55 Abs. 1 Satz 4 und 5)

Schwangerschafts-Vorsorgeuntersuchung

Untersuchung	weitere Informationen
<p>Zu der Schwangerschaftsvorsorge gehören die Feststellung der Schwangerschaft sowie die Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung. Dabei soll die Schwangere untersucht und beraten werden, zum Beispiel über Gesundheitsrisiken oder Ernährung. Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Krankenkassen wirken zusammen. Zu den Vorsorgeleistungen gehören u. a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erkennung und Überwachung von Risikoschwangerschaften - Ultraschalldiagnostik - serologische Untersuchung auf Infektionen - Untersuchung und Beratung der Wöchnerin 	<p>Mutterschafts-Richtlinie</p> <p>Internet: www.g-ba.de</p>

Kinder- und Jugenduntersuchungen

Kinder- und Jugendliche bis zum Alter von 18 Jahren sind von der Praxisgebühr befreit. Die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt eine Reihe von Früherkennungs- und Vorsorgemaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen. Die Eltern bekommen gleich nach der Geburt des Kindes im Krankenhaus oder beim Kinderarzt ein Untersuchungsheft für Kinder, in dem genau aufgelistet wird, wann welche Untersuchung ansteht.

Untersuchung	Alter	Geschlecht	Häufigkeit	Anmerkungen	weitere Informationen
U-Untersuchung	von der Geburt bis zum Alter von 6 Jahren	Mädchen und Jungen	die Früherkennungsmaßnahmen bei Kindern in den ersten 6 Lebensjahren umfassen insgesamt 9 Untersuchungen (U 1 bis U 9)	Die erste Untersuchung wird unmittelbar nach der Geburt vorgenommen. Die körperliche und die geistige Entwicklung des Kindes werden bei den Untersuchungen geprüft. Ärztinnen und Ärzte achten also u. a. auf: <ul style="list-style-type: none"> - Störungen in der Neugeborenenperiode - angeborene Stoffwechselstörungen - Entwicklungs- und Verhaltensstörungen - Sinnes-, Atmungs-, Verdauungsorgane - Zähne, Kiefer, Mund - Skelett und Muskulatur 	Kinder-Richtlinien Internet: www.g-ba.de
J-Untersuchungen	zwischen dem 13. und dem 14. Lebensjahr	Mädchen und Jungen	eine Untersuchung	Anamnese u. a. auf: <ul style="list-style-type: none"> - auffällige seelische Entwicklungen /Verhaltensstörungen, gesundheitsgefährdendes Verhalten (Rauchen-, Alkohol- und Drogenkonsum), Schulleistungsprobleme klinisch-körperliche Untersuchungen u. a.: <ul style="list-style-type: none"> - Erhebung der Körpermaße - Störung des Wachstums und der körperlichen Entwicklung - Erkrankung der Hals-, Brust- und Bauchorgane 	Jugendgesundheits-Untersuchung Internet: www.g-ba.de

Schutzimpfungen

Schutzimpfungen können von den Krankenkassen als so genannte Satzungsleistung übernommen werden. Das bedeutet, dass die Leistungen der Kassen bei Schutzimpfungen nicht identisch geregelt sind. Auch wenn nicht generell von einer automatischen Kostenübernahme für die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlenen Impfungen für Säuglinge, Kinder und Jugendliche ausgegangen werden kann, ist dies in der Regel der Fall. Auch eine Reihe von Impfungen im Erwachsenenalter wird von den Kassen übernommen. Nicht bezahlt werden Reiseimpfungen.

Impfung	Altersgruppe	Anmerkungen	weitere Informationen
Regelimpfungen für Säuglinge, Kinder und Jugendliche	Impfungen, die jedes Kind nach den Impfpfehlungen der STIKO erhalten sollte	<ul style="list-style-type: none"> - Hepatitis B, Diphtherie, Tetanus - Poliomyelitis (Kinderlähmung) Regelimpfung auch bei nicht grundimmunisierten Erwachsenen - Haemophilus influenzae Typ B (Hib.)-Infektion - Pertussis (Keuchhusten) - Masern, Mumps, Röteln - Varizellen 	<p>Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 1, STIKO-Empfehlung</p> <p>Internet: www.rki.de</p>
Auffrischimpfungen (unterschiedlich in den Satzungen der Kassen geregelt)	Impfungen, die bei Erwachsenen aufgefrischt bzw. bei fehlender Grundimpfung nachgeholt werden sollen.	<ul style="list-style-type: none"> - Diphtherie (alle 10 Jahre empfohlen) - Tetanus 	
Indikationsimpfungen (unterschiedlich in den Satzungen der Kassen geregelt)	Impfungen bei erhöhter Gefährdung von Personen und bei Angehörigen bestimmter Alters- oder Risikogruppen	<ul style="list-style-type: none"> - Influenza (Standardimpfung für Personen ab 60 Jahre) - Pneumokokken-Infektion (Standardimpfung für Personen ab 60 Jahre) - Frühsommermeningo-Enzephalitis (FSME) - Haemophilus influenzae Typ B (Hib.)-Infektion - Hepatitis A und B - Tollwut, Meningokokken-Infektion - Poliomyelitis (Kinderlähmung) - Varizellen - Röteln - Pertussis (Keuchhusten) 	

The Public Health Service in Brandenburg

1

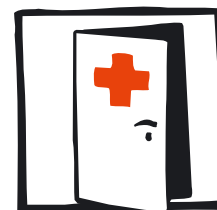
The purpose of the Public Health Service in the Federal State of Brandenburg is to protect and even to foster and promote people's health. In the State of Brandenburg, every rural district and every town not belonging to such a district has a Health Office. Even on the Internet you can find information relevant to any Health Office, including its office hours and advice centres, if you inspect the web site of the respective district authority. In their districts, Health Offices make a special contribution to prophylaxis as well as to the preservation and promotion of citizens' health. Apart from this, they come out with health promotion schemes which are tailored to the particular needs of children, young people, disabled persons and citizens who have run into difficult health and social problems.

Now you will be given a description of the most important advice centres of the Health Offices:

Children's and Young People's Health Service

The paediatricians of the Health Office want to support your endeavour to bring your children up in conditions allowing them to become adults who are as healthy as possible. And, in particular, they offer you both advice and help when your child's health is poor, her or his development shows undesirable trends, she or he runs the risk of becoming handicapped or needs special fostering. The paediatricians of the Children's and Young People's Health Service hold medical examinations in kindergartens and schools at regular intervals (when school is started and in the sixth and tenth forms). The object of this service offer is to early establish developmental disorders, handicaps or diseases in your children and to introduce the therapy or possibly pedagogical measures of treatment required in good time. Besides, inoculations are recommended or even offered directly in the educational establishments. Advice is

given with regard to all questions having to do with health promotion: nutrition, encouragement to do physical exercise and logopedic support (to treat speech defects), aid for mentally ill children, etc.



Young People's Dental Service

The dentists of the Health Office lend you a helping hand to preserve or improve your children's dental health. Examinations for early diagnosis are offered in day nurseries and schools as early as from the age of 2 (after the first teeth have come through) and they are continued until the age of 16. As a result of these examinations you and your children are informed whether any of the teeth need treatment, whether teeth or jaws are in malposition or whether gum diseases are already to be noticed. Recommendations for treatment by a dentist or orthodontist are given to the parents in writing.

Hygiene and Environmental Medicine

Here, activities are mainly focused on the prevention of infectious diseases. It is important that transmissible diseases such as tuberculosis, catarrhal jaundice, viral influenza (catarrhal fever) or salmonellosis are found out in good time so as to be able to prevent them from being spread. Before citizens start planned travels abroad they can find out which inoculations are necessary, and in many Health Offices it is even possible for them to be inoculated. Before a person starts working in the food sector she or he is given a first instruction under section 43 1 No. 1 of the Protection against Infections Act. This instruction is necessary to be given to persons who commercially manufacture, treat or offer food for sale and who in doing so come into contact with such food either directly (with their hands) or indirectly (by using objects).

GB

Persons working in kitchens of restaurants, canteens, cafés or other facilities that offer or the purpose of which is to provide food communally or for some clientele also require this instruction. Both persons merely handling food which has already been packaged and waiters whose job exclusively consists in serving food do not need any health certificate.

The Sociopsychiatric Service

The Sociopsychiatric Service offers help and support

- to people in mental crises,
- to people with problems of addiction,
- to people with mental diseases of old age (e.g. Alzheimer's disease),
- during and after in-patient treatments,
- to members of mentally ill people's families.

Besides the Sociopsychiatric Service is at your disposal if questions that are specifically connected with migration, and in particular mental problems, are concerned. Its advice is free of charge, can be taken without a doctor's referral and is strictly confidential.

The Health Office - a place where Neutral Experts can be contacted

The Health Office issues official certificates and related documents, and it acts as an expert providing opinions. If, for example, an

asylum seeker for reasons of poor health applies for the move from a transitional hostel to a private home or if special medical measures must be taken for her or him, social welfare authorities, as a rule, call the Health Office in to give a medical or psychological opinion. The same applies if the Foreigners' Registration Office wants to have checked whether some person is fit for travelling from the point of view of her or his health or if an asylum seeker's deportation is impeded on account of poor health. It is an important fact that the doctor in the Health Office who issues the expert opinion is not subject to orders or directives. He has special qualifications and is experienced.

The Advice Centre for the Disabled and Handicapped

The Advice Centre for the Disabled and Handicapped in the Health Office offers comprehensive advice to the disabled and handicapped, to people running the risk of becoming disabled or handicapped as well as to persons having the care and custody or being relatives of those. The staff of the Advice Centre is familiar with the diverse communal service providers, and citizens are given support if due to their handicaps they are unable to make arrangements for being helped in everyday life.

2 Health Insurance



in a statutory insurance scheme (*gesetzliche*

Membership in a health insurance system is mandatory for anyone living and working in Germany. Around 90% of the people are enrolled

Krankenversicherung, GVK). The statutory health insurance fund covers all basic medically necessary treatments in case of illness, sickness and motherhood. In addition, it will provide for sick leave pay to continue the salary of employees who have been absent of work for at least 7 week.

Who is legally health-insured?

Since April 1st, 2007, all residents must take out health insurance. For workers and employees whose annual gross salary is above 400 Euro and under 47.700 Euro (as to 2007), membership in statutory health insurance is mandatory. Trainees (*Auszubildende*), recipients of unemployment benefits, old-age pensioners, students, artists and editors are also enrolled in this scheme. Members of the same families are also covered by the same insurance if they are residents in Germany, and if they have a low income. Children also benefit from the insurance up to a specific age. The age limit depends on whether children are still at school or not. The general rule is that all children are covered until the age of 18. Each family member is given an insurance card. At your first visit to a medical doctor in a new quarter, you will have to pay the so-called "practice fee of 10 Euro" per quarter, which covers all subsequent visits during this period of time.

The contribution is calculated as a percentage of your income, excluding capital revenue. There may be varying rates according to the insurance scheme, ranging from 12, 5 to 15,5 percent. Half of it will be paid by the employer or the provider of your old-age pension scheme. What is important in choosing an insurance scheme is not the contribution, but the medical coverage that it offers.

As for the unemployed, who receive unemployment (*Arbeitslosengeld II*) and welfare benefit (*Unterhaltsgeld*), their contribution is paid by the German Federal Employment Agency (*Bundesagentur für Arbeit*). Insurance benefits are effective on the first day on which payment is made. The recipients of welfare benefits have access to the same services as any other contributor.

Voluntary legal health insurance

Workers and employees whose salary is higher than 47.700 Euro (as to: 2007) can take out statutory insurance, if they have been enrolled in a voluntary insurance scheme for a minimum period of time of 12 months or for at least 24 months during the last five years.

Private health insurance

The self-employed as well as the workers and the employees who have not been enrolled in a statutory insurance scheme must take out private insurance. Public servants are granted half of the cost for treatment and can take out private insurance to cover the remaining expenditures. The services offered by a private insurance are defined according to specific rate on an individual basis. The contribution depends on the health risk of the contributor at the date of enrolment. The higher the risk, the higher the contribution. Private insurance companies can refuse to accept people with a higher risk in their full-coverage insurance scheme. Starting 2009, they must offer a "basic rate" covering the full range of services offered by statutory insurance schemes without the necessity of a medical check.

If you are insured through a private company, you must pay for medical treatment and the medical supplies yourself and you are reimbursed by the insurance company at a later stage.

Insurance cover abroad

As far as they are part of bilateral agreements, treatment abroad is covered by the statutory insurances. This generally applies to the member states of the European Union and a variety of other states, with which an agreement on insurance policy has been signed. Before going abroad, you should talk with your insurance policy which will either issue you a travel insurance voucher or inform you about the opportunity to take out travel insurance.

3 Legal Provisions concerning Medical Care for Migrants



Medical care under the Benefits for Asylum Seekers Act

Asylum seekers, foreigners holding an exceptional leave to re-

main and those obliged to leave the country are entitled to medical care under the Benefits for Asylum Seekers Act. Medical care for beneficiaries as defined by this Act is limited pursuant to its section 3. Benefits for medical care are only granted with acute diseases and in those cases where there is persistent pain.

There are special limits with regard to dental prostheses which can only be granted in exceptional cases, i.e., if the resorting to this remedy cannot be postponed for some medical reason or if consequential harm, such as gastric diseases on account of the lacking ability to chew, threatens in case treatment is omitted. This limitation does not apply to dental treatments such as tooth decay and root canal treatments.

There are, however, certain medical benefits which are granted to refugees without any limitation. Among them figure benefits for pregnant women and preventive medical check-ups. Pregnant women are unrestrictedly entitled to preventive medical check-ups and benefits for delivery and care. Inoculations for both children and adults and certain preventive medical check-ups can be granted, too, even if there is no acute disease.

Asylum seekers are entitled to the following preventive medical check-ups:

- preventive medical check-ups during pregnancy, benefits for both delivery and care after the child has been given birth to
- children's examinations U1 to J1, gynaecological examinations for early diagnosis, annual examinations for early diagnosis of

cancer in women of 20 and over and in men of 45 and over, general health examinations for people of 35 and over (every two years)

- preventive dental check-ups twice a year for children and youths under 18 years of age, and beyond this age the same type of check-up once a year
- inoculations for children; vaccinations against tetanus, diphtheria and poliomyelitis for adults

Asylum seekers receiving benefits under the Benefits for Asylum Seekers Act are given a health insurance voucher by the Social Welfare Office. This voucher must be presented to the doctor and is valid for three months. The Social Welfare Offices are in charge of medical care for those asylum seekers who are not insured with any health insurance fund.

Beneficiaries under section 3 of the above Act do not have to make any co-payments out of their own pockets.

Beneficiaries under section 2 of the Benefits for Asylum Seekers Act get substantial benefits in terms of health care. Holders of an exceptional leave to remain are also entitled to greater benefits after the lapse of four years, as long as they have not given rise to their being prevented from leaving the country.

Like other people getting social benefits, these persons should be insured with a health insurance fund of their choice. If they have taken out such insurance, they will be given a health insurance card. As far as the benefits provided for medical care are concerned, health insurance funds balance accounts with the bodies legally and economically in charge of social welfare.

Beneficiaries under section 2 of the Benefits for Asylum Seekers Act are subject to the provisions governing co-payment out of their

own pockets. Apart from the usual additional contributions, they have to make co-payments for seeing their doctor as well as for medicines and stays in hospital. The legal provisions for cases of hardship apply to them, likewise.

Medical care for people on social welfare

Receivers of social welfare are health-insured if they get the welfare for more than one month. They are given a health insurance card. For those who do not choose a health insurance fund by themselves an application is filed with such a fund by the Social Welfare Office. Health-insured persons are subject to co-payment as provided by law (see chapter 7. Co-payments).

Annual co-payments persons on welfare have to make must not exceed 2% of the social welfare standard rate for the head of a household. A maximum limit of 1% applies to the chronically sick here. If a person (spouse or child of age) who is co-insured with another

member of her or his family is chronically sick, this maximum financial burden applies to the whole family household. When the sum of the co-payments made by all the members of the family living in the same household reaches this upper limit all of them must be released from co-payments for further medical care. Children under 18 years of age are exempted from co-payments.

We recommend you to collect and retain all receipts for co-payments. As soon as the upper limit (2% or in case of people suffering from serious chronic diseases 1%) is reached in the current year you should get in touch with your health insurance fund and apply there for being released from further co-payments for the rest of the year. The proper receipts must be submitted together with the application. Overpaid amounts are reimbursed by the fund.

Care provided by the Family Doctor 4

Medical care can take the form of either outpatient or in-patient treatment. When you fall ill the family doctor is the first person you get in touch with as a rule. In most cases family doctors are specialized general practitioners or general internists. In the first place, their job is to provide primary health care, i.e. to give the first treatment and, if need be, to refer patients to the proper medical specialists.

If you want to see your doctor you have to make an appointment with her or him. In case you are unable to keep the appointment it is necessary for you to contact the doctor and cancel it in time. Should you have to see the doctor because of a sudden

illness you can go there during the consultation hours without a previous appointment. You will, however, have to allow for a possibly longer waiting time then.

The first time you consult a doctor in the current quarter you have to show your health insurance card or the ticket the Social Welfare Office gave you for treatment, and you must pay a surgery fee of 10 euros to the family doctor (or medical specialist).

Patients referred to a specialist by their doctor do not have to pay a further surgery fee



to that specialist. Patients who first see their family doctor and then have themselves referred to some specialist pay just one surgery fee of 10 euros per quarter. No surgery fee is collected for preventive medical check-ups, examinations for early diagnosis and inoculations/vaccinations.

As a matter of principle, the co-payment you have to make for all medical benefits out of your own pocket amounts to a maximum of 10 euros, the minimum being 5 euros. But there are provisions which are meant to avoid hardships and to set limits to the patients' financial contributions: In a given year

these must not exceed 2% of the insured people's gross incomes. For persons suffering from serious chronic diseases the applicable limit is of 1% of the gross income. A disease is considered as being seriously chronic if it is at least treated once per quarter and over a minimum period of one year.

If you are an employed person and become unfit for work on account of some disease, you need a sick note from your doctor. You have to hand in this note to both your employer and your health insurance fund on the third calendar day of the illness at the latest.

5 Care provided by the Dentist



Sound teeth have an immediate effect on our well-being and good bodily health. For this reason, it is absolutely essential to have the oral cavity regularly checked. This way diseases of the gums such as parodontitis and tumors can be diagnosed and treated in time. Dentists recommend check-ups twice a year.

Fear of seeing the dentist is out of place because in giving treatment he will show a great deal of empathy and do his best to cause only little or no pain to you. If you still are afraid of dental treatment, you absolutely should inform your dentist before he starts treating you. Often talking trustfully and openly to him will help to relieve your fear.

Regular dental hygiene is what is most required to prevent diseases of the teeth. Everybody should take out three minutes' time

twice a day to clean her or his teeth with care.

Per year two check-ups are available for adults free of charge. Apart from a thorough examination, the dentist may take further measures for diagnosis and prevention without you having to pay a surgery fee. X-raying, examination of the gums and once a year scaling (i.e. removing dental calculus) belong here. The patient must pay those 10 euros of surgery fee only if further treatment is needed. As a matter of principle, children and youths under 18 years of age are exempted from surgery fees. In the long run, it is worthwhile to see your dentist for a check even from the financial point of view: Those legally health-insured who when needing a dental prosthesis are able to show with their book of bonuses that they underwent at least one check-up per year are granted an allowance which is up to 30% higher than normal. Books of bonuses are available in your den-

tist's surgery.

If you wish dental care for you to be more costly than what is defined as „medically necessary“ by law, e.g. instead of an amalgam filling in your grinder you prefer a synthetic inlay, you should talk to your dentist before treatment.

In case you do so the dentist will make a so-called arrangement on extra costs with you. In this arrangement you as the insured person agree to bear the extra costs arising from the treatment yourself.

Dental prostheses

Should it in spite of everything happen that you lose one of your teeth you need to have it replaced by an artificial prosthesis. Dental prostheses embrace crowns, dentures and bridges. Before you can undergo the treatment to have the prosthesis implanted your health insurance fund must consent to it. To obtain this consent the dentist makes up a therapy and cost plan where the results of the examination of teeth and the steps of treatment are listed among other things.

The therapy and cost plan is submitted to the health insurance fund which then checks whether the prosthesis is necessary and calculates the allowance for you as the insured person.

Since the first of January, 2005 a new allowance system has been valid for dental prostheses. Health insurance funds pay fixed allowances independently of the kind of prosthesis you decide to take. So be sure to inquire of your dentist which dental services are paid by your fund and which not. You personally have to bear a part of the costs. You also have to pay out of your own pocket for additional services deviating from the necessary dental care.

Those who see their dentist at regular intervals are given a fixed allowance which is higher than it would be otherwise. When

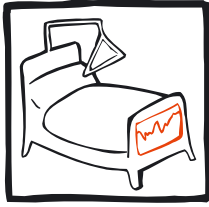
your book of bonuses has been filled in without any gap in between over a period of five years your fixed allowance goes up by 20%, and after ten years by 30%. This allowance can amount to as much as 65% of the costs for the necessary dental care, at the most. This is a good reason to make sure that your book of bonuses does not show any gaps.

Low-income patients will be exempted from having to pay a part of the costs by themselves. Health insurance funds only bear the costs to the amount required for the necessary dental care. Inquire of your fund for the legal provisions for cases of hardship regarding dental prostheses.

Insurance for dental prostheses

Since the first of July, 2005 you have to pay 0.9% of your monthly gross income as an insurance premium for dental prostheses. This additional contribution does not have to be paid by people drawing the unemployment benefit II and by co-insured family members either.

6 Stay in Hospital and Emergency



Patients are sent to hospital by their family doctor (*prescribing hospital care*).

They have to bring along their health insurance card and in case of undergoing an operation as an out-door patient the referral in writing.

They have to bring along their health insurance

lowance granted
- up-to-date statements of account.

In cases of emergency you are allowed to go to any hospital/doctor. If you are in a situation posing a threat to your life, the doctor must give you treatment or refer you to the right medical facility.

GB

Under certain circumstances public funds bear hospital and ambulance transport costs in cases where:

- The applicant is registered in the corresponding town or city as a resident or she or he stays there.
- The applicant is not health-insured.
- The applicant's livelihood is continuously being subsidized or her or his income and/or assets are not sufficient to make ends meet.

Legal foundation: Granting of aid for the sick under the Social Security Code.

Applications are to be made informally in the Social Welfare Office.

Documents needed to file the application:

- except in emergencies, the referral to hospital written by the family doctor or a specialist has to be shown before going to hospital. This referral must be stamped by the Social Welfare Office (as a rule the stamp is meant to confirm that the welfare office was informed about the hospitalization with a view to achieving that financial means are made available to pay hospital services, rather than to show that financial means are granted).
- a document proving the patient's identity
- a proof of the total income
- a proof of assets and savings deposits the patient may have got
- a proof of the benefits the patient has drawn from social welfare funds
- the tenancy agreement or a proof of the current rent and the accommodation al-

Normal Benefits

As far as the costs of in-patient treatment are concerned, accounts are directly settled with health insurance funds/funding agencies. All necessary medical services are compensated with the general rates for care and the case-based lump sums.

The Patients' Share of the Costs

The legislator provides that members of legal health insurance funds must pay their share of hospitalization costs. At present this contribution in-patients have to pay amounts to 10 euros per day for a maximum of 28 days per calendar year.

Emergency Services

If you need urgent medical treatment at night or at the weekend, you can phone the accident and emergency unit of a hospital or call an emergency physician.

In case of accidents or life-threatening situations call the Emergency Medical Services: You can dial these numbers free of charge! When calling such a number be sure to give the following information:

- **Where** did it happen?
- **What** happened?
- **How many** injured/sick persons are there?
- **Of what nature** are the injuries/diseases?

Wait for further inquiries.

For the most important telephone numbers refer to the annex.

In Brandenburg medicines are only available in chemists' shops (pharmacies) and/or can be obtained directly from the doctor. You will get most of the medicines on a doctor's prescription only.

This kind of medicines is called **prescription-only drugs**. The doctor writes a prescription. Then the prescription is given to the chemist's shop and the patient receives the medicine.

The patient must pay his share of the costs for the medicine.

The maximum amount of this share is 10 euros and the minimum 5 euros.

Pharmacy-only medicines/drugs are available without medical prescription, and you have to pay them out of your own pocket.

Exception: Medicines which do not require prescription and are looked upon as the therapeutic standard in treating a given severe disease are given to children up to the age of 12 free of charge. In your immediate vicinity at least one chemist's shop is in emergency service day and night.

Since 2004 every health-insured person must contribute to covering the costs of medicines, medical aids and remedies as well as consultations in doctors' surgeries and stays in hospital, this co-payment being up to 2% of her or his yearly gross income.

Exception: Low-income households and chronically ill people may apply for an exemption from the obligation to pay.

A person is considered to be chronically ill:

1. if she or he is administered permanent medical treatment (she or he sees the doctor at least once a quarter for the same disease) or
2. in case she or he is in need of care and was put into care category 2 or 3 or
3. if her or his degree of disablement is of at least 60% or her or his fitness for work and earning ability is reduced by at least 60% or

4. if continuous medical care is required because in the physicians' opinion she or he otherwise would be threatened with an aggravation of the disease, reduced expectation of life or permanent deterioration of the quality of life.



This means that patients' co-payment here is limited to 1% of their yearly overall income.

For this reason it is important for you to collect and retain all receipts proving your co-payments, from the surgery fee to the payments you have made for prescriptions. Be sure to keep your personal accounting up-dated and wait for the moment when the payments you have made add up to that 1%. When this moment is reached go to the health insurance fund in charge and have yourself exempted from further co-payments until the end of the year.

8 AIDS and HIV



Treatment and Prevention

HIV: *Human immunodeficiency virus = virus undermining the*

human defence mechanism to the point of deficiency

AIDS: *Acquired Immune Deficiency Syndrome = acquired set of symptoms indicating a deficiency of the defence mechanism*

AIDS is a serious weakness of the bodies' built-in defences caused by HIV. AIDS renders the body defenceless against many disease agents (pathogenic germs) which are easily beaten back by a healthy human being. Diseases coming from the weakness of the bodies' own immune system (opportunistic infectious diseases) will end in death if they remain untreated.

It is very important, therefore, to know whether one has got an HIV infection. Man can only be infected with HIV through certain body fluids (blood, seminal fluid, vaginal fluid and breast milk) containing large amounts of viruses. The risk of contracting this disease is highest in those cases where people have unprotected sexual intercourse or related contacts and when they share the same syringes for the consumption of narcotic (addictive) drugs.

If you want to ask questions about HIV or AIDS you can turn to doctors, municipal health offices, advice centres or AIDS-relief organizations (for the list of addresses refer to the annex).

You can learn there whether some time in the past you ran the risk of being infected, ask questions that bother you and utter fears and uneasy feelings. If during the consultation it turns out that there was in fact a risk

of getting infected with HIV, you can find out for certain about it by undergoing an HIV test. Whether you have the test made or not is left to your free will. The HIV test must not be carried out without your knowing and consent. If you want to rule out the possibility of having been infected with HIV, the test should be made three months after the last risky situation at the earliest. Apart from all this, the adviser knows about ways to protect against HIV (and other diseases which are transmissible by sexual intercourse) and, likewise, he is well-informed about both the supportive services available and the possibilities of medical treatment.

Condoms can prevent you from being infected with HIV. You get them in supermarkets, pharmacies and other chemists' shops and in filling stations as well as from vending machines/slot machines.

Assistance in case of Violence against Women and Girls

9

Acts of violence are criminal offences – and it does not matter here whether they are committed in domestic surroundings or in public. For this reason, violence used by relatives or companions in life (cohabitants, common law spouses) is to be dealt with just the same way as violence in public. The criminal prosecution of acts of violence substantially contributes to the prevention of future violence because this way it is made clear to the violent offender that society does not put up with or accept his behaviour.

Violence against women and girls, above all, can concern the following criminal offences:

- insult
- sexual coercion, rape
- trespass (breach of domestic peace)
- maltreatment of those under one's protection
- wilful damage to property (children)
- coercion
- bodily harm (assault)
- invasion/violation of privacy (menace)
- attempted murder and homicide (manslaughter)
- wrongful deprivation of personal liberty

As a rule criminal proceedings start with a charge or say the report of an offence to the competent authorities. Such a report is the information about a suspicion which can be given to the Police, the Public Prosecution Department or the Local Courts orally, by phone or in writing not only by the injured but also by any other person. Apart from the general points of law applying to everybody additional legal questions are of importance for female migrants. Those additional legal points derive from these migrants' legal status in terms of residence or stay. Independently of their country of origin the Protection against Violence Act ensures, however, that German Law is applicable at all events.

What does this mean in your case?

- Because of the particular problems posed

by the law governing residence or stay we must strongly recommend you to seek advice (either in advice centres or from the agents entrusted with foreigners' affairs or from female or male lawyers).



- You do not have to fear that your calling the police could entail disadvantages for you. So do it at any rate to protect your children and yourself and to have evidence secured. Even if the police resorts to banishing the offender from your place for ten days this will not affect your right of residence in any way.
- If you run away and take shelter in a women's refuge (see the list of addresses) this will not be to your detriment either.
- If you have a residence right which depends on your marriage being of lasting duration, you may file applications under the sections 1 and 2 of the Protection against Violence Act, irrespective of the duration of the marriage in Germany. These applications will have a bearing on your legal status of residence or stay only when marital cohabitation is definitely not continued any longer, with the marriage being divorced.
- For female migrants having no status of residence or stay of their own it is particularly important to have all injuries documented by a doctor (female or male) in order that the special hardship they have suffered can be proven if need be. So see a female or male doctor (at the weekend: the emergency service) and have your injuries documented.
- If you live in a hostel and are in a situation of domestic violence, it is possible to separate you locally from the person resorting to violence. This way the violent person is prevented from getting hold of you once more. To protect you the person concerned can be transferred to another hostel of the same or even to another rural district.

GB

10 Psychotherapy



Psychotherapy is „Therapeutics of the Mind“.

It is the competent and skilled help for people with mental or mentally

based ailments.

People who on account of their *difficulties, disorders, symptoms* and *problems* find it hard to manage things in their lives and who are no longer able to get along alone or with the help they get from persons they are familiar with and who serve them as attachment figures seek psychotherapeutic support.

Mental ailments may manifest themselves in any sphere of human life: in partnership, in sexuality, in working life and in the attitude towards life. They may appear in manifold ways.

A psychotherapy can help!

You can speak about yourself and your concern in a protected environment. Thus you are afforded an opportunity to allow bitter experience, frightening thoughts and memories, positive and negative feelings and ideas to spring up in your mind during the conversation (and when you are by yourself, that is alone).

The particular setting of the conversation (among other things fixed dates at regular intervals, neutrality of the therapist) allows unconscious conflict patterns to be consciously cleared up.

This way you are able to see those interrelations between the disorder and its causes which you can not identify, bear or master on your own and with your own effort of will.

So psychotherapy comprises the working out of new solutions and behaviour patterns for the dealing with oneself and others. The fact that a mental disease does not only involve mental work but also may turn out to be a source of fresh power is an important and encouraging experience.

Source: German Psychoanalytic Society

It is important for you to know that there are three therapeutic methods that in Germany are recognized by the legal health insurance funds:

- psychoanalytic therapy
- depth-psychology based psychotherapy
- behaviour therapy.

These three methods are equally good in quality. For the patient it is essential to talk things over with the therapist and to determine which therapy suits best in her or his case.

All the other therapies, such as gestalt psychotherapy (also called configurationism), psychodrama, family therapy, bioenergetics, body psychotherapy etc., are not recognized by the health insurance funds. This is the reason why the costs of psychotherapies of the latter type are not reimbursed to members of legal health insurance funds. Among other things methods of psychotherapy differ in the number of treatment hours which are required and consented to by health insurance funds. On principle, the following applies: psychotherapists holding a licence for behaviour therapy or depth-psychology based psychotherapy are allowed to invoice up to 100 hours for one patient as a rule, whereas a psychotherapist with a licence for psychoanalysis can bill up to 300 hours per patient.

Just as important as the therapeutic method is this element: you should feel well from the first conversation with the therapist on. If no mutual confidence is built up in the first few sessions, you should go and find another psychotherapist.

The first two hours of treatment are called the *probatory*, i.e. preparatory, sessions. It is then that the therapist gives you the diagnosis and, if so required, the indication for treatment.

After the probatory sessions with a psychotherapist, and at any rate before she or he tackles the treatment as such, you have to

see a doctor, e.g. your family doctor. The latter finds out whether some physical disease requiring additional medical treatment is also there.

Legal health insurance funds take over the costs of psychotherapy exclusively in such cases where a psychic disorder showing the *hallmarks* or say identifying characteristics of a disease is there. Guidance and counselling to overcome difficulties in life, marriage or upbringing and education do not figure among the benefits provided by these funds. How do I find the right female or male therapist? Refer to the classified telephone guide *Yellow Pages* (Gelbe Seiten): You will find the addresses and telephone numbers of psychotherapists either at the *Yellow Pages* of your place of residence or at the homepage of the *Kassenärztliche Vereinigung* (Association of Doctors on the Register of the National Health Insurance Scheme) (www.kvbb.de).

11 Chart of Preventive Medical Check-Ups and Inoculations

Early Diagnosis of Cancer

Examination	Age	Sex	Frequency	Comments	Further Information
examination of genitals	from the age of 20 on	women	yearly	<ul style="list-style-type: none"> - keeping a systematic medical history (e.g. questions about menstruation disorders, discharges) - inspection of the neck of the womb (cervix) - cancer smear test and cytologic examination - gynaecological touch examination (palpation) 	<p>guideline on the early diagnosis of cancer</p> <p>internet: www.g-ba.de</p>
examination of the prostate gland examination of genitals	from the age of 45 on	men	yearly	<ul style="list-style-type: none"> - keeping a systematic medical history - inspection and touching of the external sexual organs (genitals) - touching of the prostate gland - touch examination of the regional lymph nodes 	
examination of breast and skin	from the age of 30 on	women	yearly	<ul style="list-style-type: none"> - keeping a systematic medical history (e.g. questions about alterations of/discomfort with the skin and breast) - inspection and touching of the breast and the regional lymph nodes, which also includes guidance for women on how to examine their own skin and breast 	
examination of the skin	from the age of 45 on	men	yearly	in combination with the examination of the genitals / prostate gland	
examination of the large intestine (colon) and the rectum (terminal part of intestine)	from the age of 50 on	women and men	yearly	<ul style="list-style-type: none"> - systematic advice - rectal touch examination - test to find hidden (occult) blood in the stool (faeces) (yearly until the age of 55) 	

GB

Examination	Age	Sex	Frequency	Comments	Further Information
enteroscopy (inspection of the intestine with an instrument)	from the age of 55 on	women and men	two examinations with a ten-year interval in between	<ul style="list-style-type: none"> - systematic advice - two enteroscopies, the second one being performed 10 years after the first one, or every two years a test to find hidden blood in the stool 	guideline on the early diagnosis of cancer internet: www.g-ba.de
mammography-Screening	from 50 to 69 years of age	women	every two years	<ul style="list-style-type: none"> - invitation to take part in a certified screening - information - x-raying of breasts with mammography 	

Health check-up

Examination	Age	Sex	Frequency	Comments	Further Information
check-up	from the age of 35 on	women and men	every two years	<p>Early diagnosis of often occurring diseases, such as affections of the heart and the blood circulation (cardio-vascular diseases), ailments of the kidneys and diabetes (mellitus).</p> <p>Among other services this embraces:</p> <ul style="list-style-type: none"> - keeping a medical history - and here, in particular, health risk profiling - clinical examination (examination of the body including the taking of blood pressure) - blood tests and analyses of urine - providing advice on the basis of the results 	guideline on the health check-up internet: www.g-ba.de

Preventive Dental Examinations

Examination	Age	Sex	Frequency	Comments	Further Information
examination to find ailments of teeth, mouth and jaws	- until 6 years of age - from 6 to 18 years	girls and boys	- three times until the age of 6 - once per halfyear from 6 years on	assessment of the risk of tooth decay - advice regarding mouth hygiene - inspection of the inner mouth (oral cavity) - motivating patients to undergo prophylaxis	guideline on examinations for early diagnosis and guideline on individual prophylaxis internet: www.kzbv.de
preventive examinations of teeth	from the age of 18 years on	women and men	once per calendar halfyear	- thorough examination - examination according to the book of bonuses The points just mentioned also apply when in the same session scaling (removal of scale/tartar) [but only once to the debit of the legal health insurance fund], x-raying or a sensibility test is performed or the PSI code established.	section 30 par. 2 sentence 4 and section 5 of the Social Security Code V (until Dec. 31, 2004; and from Jan. 1, 2005 on: section 55 par. 1 sentences 4 and 5)

Preventive Examinations during Pregnancy

Examination	Further Information
<p>Health care in pregnancy (prenatal care) embraces the diagnosis of pregnancy (cyesiognosis) as well as care during pregnancy and after delivery (accouchement). In this connection, health care means that the pregnant woman has to be examined and given advice, e.g. concerning health risks or nutrition. Female and male doctors, midwives and health insurance funds act together.</p> <p>Preventive measures include:</p> <ul style="list-style-type: none"> - diagnosis and supervision of high-risk pregnancies - ultrasonic diagnostics - serological analyses to identify infectious diseases - examining of and giving advice to the woman in childbed (puerpera). 	<p>guideline on maternity</p> <p>internet: www.g-ba.de</p>

Examinations of Children and Youths

Children and youths until the age of 18 are exempted from the payment of surgery fees. Legal health insurance funds assume the costs of a number of measures of early diagnosis and prevention with children and youths. Immediately after childbirth, parents are given a booklet either in hospital or in the paediatrician's surgery. This booklet contains an exact schedule of the examinations the child will have to undergo.

Examination	Age	Sex	Frequency	Comments	Further Informationen
U-type examinations	from birth until the age of 6 years	girls and boys	the measures of early diagnosis with children in the first 6 years of their lives include nine examinations as a whole (U 1 to U 9)	<p>The first examination is carried out immediately after birth. The physical and mental development of the child is studied here. Among other things, female and male doctors search for and/or have a close look at:</p> <ul style="list-style-type: none"> - disorders in the newborn period - inborn (innate) metabolic disorders - developmental and behaviour disorders - sensory organs, the respiratory system and the digestive system - the teeth, the jaws and the mouth - the skeleton and the musculature (system of muscles) 	<p>guidelines on children</p> <p>internet: www.g-ba.de</p>
J-type examinations	between the 13 th and 14 th year of life	girls and boys	one examination	<p>In keeping a medical history special emphasis is made, among other things, on:</p> <ul style="list-style-type: none"> - eye-catching mental development / behaviour disorders - behaviour posing a risk to health (smoking, consumption of alcohol, taking of drugs) - the young person being non-achieving at school; clinical examinations of the body, among others: - taking the person's body measurements - establishing disorders of growth and physical development - identifying diseases of the throat, the organs of the chest (thoracic cavity) and the abdominal organs. 	<p>young people's health check</p> <p>internet: www.g-ba.de</p>

Inoculations

Inoculations can be paid for by health insurance funds which then refer to them as benefits under the by-laws. This will say that there are no uniform rules of law that would govern the benefits health insurance funds have to grant for inoculations. Even though you cannot generally take it for granted that health insurance funds take over the costs of those inoculations the Permanent Commission for Inoculation recommends for babies, children and youths, they will pay them as a rule. Apart from this, there is a number of inoculations for adults where the funds assume the costs. But they will not pay if you have yourself vaccinated on account of a travel that is in the offing.

Kind of Inoculations	Age Group	Comments	Further Information
Regular inoculations for babies, children and youths	inoculations which according to the recommendations by the Permanent Commission for Inoculation should be administered to every child	<ul style="list-style-type: none"> - hepatitis B, - diphtheria, - tetanus - poliomyelitis (regular inoculation also with adults having had no basic immunisation so far) - haemophilus influenzae, type B - pertussis (whooping cough) - measles, mumps, rubella (German measles) - varicella zoster infection (chickenpox) 	Reports on Health by the Federal Government, issue 1, Recommendations by the Permanent Commission for Inoculation
booster inoculations (the appropriate provisions in the by-laws differ here from fund to fund)	inoculations which in adults should be either repeated for boosting or given for the first time where the basic vaccination is missing	<ul style="list-style-type: none"> - diphtheria (recommended every 10 years) - tetanus 	internet: www.rki.de
indicated inoculations (the appropriate provisions in the by-laws differ here from fund to fund)	inoculations both in cases where a specific person and her or his relatives are at a higher risk of contracting a certain disease and when people belonging to certain age or high-risk groups are concerned	<ul style="list-style-type: none"> - influenza (standard vaccination for people of 60 years and over) - pneumococcal infection (standard (vaccination for people of 60 years and over) - early estive (= spring-summer) meningo-encephalitis - haemophilus influenzae, type B - hepatitis A and B, - rabies - meningococcus infection - poliomyelitis - varicella (chickenpox) - rubella (German measles), - pertussis (whooping cough) 	

Le service de santé publique à Brandebourg 1

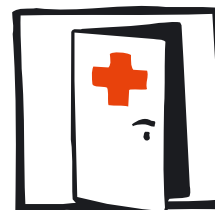
Le but principal de ce service est de protéger la santé de la population dans la région de Brandebourg. Chaque département régional à Brandebourg dispose d'un service de santé public. Les horaires d'ouverture et les adresses des différents bureaux des services se trouvent sur les sites internet de ces départements. Ces services de santé publique contribuent à la prévention, au maintien de la santé et à l'aide aux soins des citoyennes et citoyens de la région. En outre, ils offrent des services en matière de santé en direction des enfants et des jeunes, des handicapés et des citoyens se trouvant dans des situations sociales et médicales précaires. Les plus importants services d'aide et de consultation seront présentés ci-dessous:

Service de santé pour enfants et jeunes

Les pédiatres des services médicaux publics apportent une aide à vos enfants afin de maintenir leur bonne santé. Ils vous aident particulièrement lorsque votre enfant présente des problèmes de santé et de développement, lorsqu'il y a une menace d'handicap. Les pédiatres des services médicaux publics font régulièrement des examens médicaux dans les jardins d'enfants et dans les écoles (pendant la première scolarisation des enfants et des élèves de la 6^e et de la 10^e classe). Le but de ces examens médicaux est de reconnaître très tôt chez l'enfant les problèmes liés à son développement, ses handicaps et ses maladies, afin de prendre très tôt les mesures médico-thérapeutiques nécessaires ou des mesures de pédagogie curative. En plus ils fournissent des informations concernant les programmes de vaccination ou bien ils vaccinent directement. Toutes les questions liées à la santé seront prises en charge: alimentation, soutien linguistique, aide aux enfants atteints de maladies psychiques.

Soins dentaires pour les jeunes

Les dentistes des agences de santé publique vous aident au maintien et à l'amélioration de la santé dentaire de vos enfants. Des examens de prophylaxie sont pratiqués à partir de l'âge de 2 ans (après l'apparition des premières dents) dans les jardins d'enfants et dans les écoles, et ce jusqu'à l'âge de 16 ans. Parents et enfants seront informés si les dents des enfants nécessitent des soins ou bien si des malformations de la mâchoire existent. Les parents seront informés par écrit, et des recommandations de traitements approfondis par des chirurgiens-dentistes spécialistes leurs seront fournies.



F

Hygiène et médecine de l'environnement

Le but principal de ce service est de prévenir contre les maladies infectieuses. Ceci est primordial pour le dépistage des maladies transmissibles telles que la tuberculose, la jaunisse, le virus grippal ou bien les maladies de Salmonel afin d'empêcher des contaminations. Les citoyens peuvent s'informer au sujet des vaccinations de prévention concernant les voyages à l'étranger. Les citoyens peuvent également se faire vacciner dans les agences de santé publique.

Aussi des recommandations, selon l'article 43 paragraphe 1 Nr. 1 de la loi de la protection des infections, seront fournies aux citoyens et citoyennes qui voudraient entamer une activité professionnelle dans le domaine de l'alimentation. Tous ceux qui produisent des denrées alimentaires, les traitent ou les transportent et qui sont en contact direct (par le biais des mains) ou indirect (par le biais d'objets) sont concernés par ces instructions. Ces instructions sont aussi nécessaires pour le personnel travaillant dans les cuisines d'hôtels, de restaurants, de cantines, de cafés ainsi que dans d'autres établissements relevant de la nourriture et du ra-

vitaillement collectif. Le personnel en contact avec les produits alimentaires emballés ainsi que le personnel qui sert uniquement n'auront pas à fournir un certificat médical.

Le service socio-psychiatrique

Le service socio-psychiatrique aide:

- toute personne présentant des signes de crise psychologique
- toute personne qui a des problèmes de dépendance
- pour les personnes atteintes de maladies de vieillesse (Par exemple la maladie d'Alzheimer)
- pendant et après les séjours hospitaliers
- pour les membres de famille des personnes atteintes de maladies psychiques

En outre le service socio-psychiatrique offre des conseils et recommandations par rapport aux questions liées à l'immigration, surtout en ce qui concerne les problèmes psychologiques. Les consultations sont gratuites et confidentielles.

Le service de santé public – un lieu d'expertise neutre

Le service de santé public délivre des attestations médicales administratives et agit comme institution d'expertise. Par exemple dans le cas où les demandeurs d'asile font une requête de déménagement pour des raisons de santé, afin de quitter le centre d'accueil et d'occuper un logement, ou lorsqu'ils ont besoin de soins médicaux spéciaux. Dans ces cas le bureau des affaires sociales exige un rapport médical auprès de l'agence de santé publique (*Gesundheitsamt*). Ceci est valable également lorsque l'office des étrangers examine pour des raisons de santé la capacité de voyager, ou bien lorsqu'un empêchement de refoulement existe. Le médecin qui délivre ces attestations doit agir en toute indépendance professionnelle.

Pour l'exercice de cette fonction, il est spécialement qualifié et expérimenté.

Bureau-conseil pour handicapés

Ce bureau offre un service complet de consultations pour les handicapés et toute personne menacé par un handicap ainsi leurs preneurs en charge et leurs membres de famille.

Près de 90% de la population sont légalement assurés. L'assurance maladie couvre les traitements médicaux en cas de maladie et en cas de grossesse. En plus elle prend en charge le paiement du salaire à partir de la 7^{ème} semaine du congé de maladie.

Qui doit être légalement assuré?

Toute Personne vivant en Allemagne est obligée de s'assurer. Les travailleurs et les employés dont le salaire s'élève entre plus de 400 Euro et moins de 47 700 Euro (valable pour l'année 2007) sont membres de l'assurance maladie légale. Les personnes qui suivent une formation, les chômeurs, les étudiants, les artistes et les et écrivains sont aussi assujettis à l'assurance maladie légale. Les autres membres de la famille résidants en Allemagne peuvent être assurés quand ils n'ont pas de revenu ou quand ce dernier est faible. Les enfants sont aussi assurés jusqu'à un certain âge. La limite d'âge dépend du fait si les enfants se trouvent en formation ou non. En règle générale les enfants sont assurés jusqu'à l'âge de 18 ans. Chaque membre de la famille obtient une carte d'assurance. Une taxe d'un montant de 10 Euro par trimestre doit être payée pour la première prestation médicale, indépendamment du nombre de visites chez le médecin durant le trimestre.

La cotisation de l'assurance maladie est calculée sur la base d'un taux de pourcentage du salaire. Ces cotisations diffèrent selon les caisses d'assurance. La moitié de la cotisation est prise en charge par l'employeur ou la caisse d'assurance vieillesse. Ce qui est important dans le choix d'une assurance maladie n'est pas seulement la cotisation financière mais aussi les prestations de la dite assurance.

L'agence fédérale pour l'emploi prend en charge les frais d'assurance médicale des chômeurs, et des personnes qui reçoivent l'allocation de chômage II. L'assurance prend effet à partir du 1^{er} jour où les prestations de chômage sont payées.

Les personnes recevant des prestations d'aide sociale, obtiennent les mêmes prestations que les personnes assurées.

Assurance-maladie libre et légale

Les Travailleurs et employés qui reçoivent un salaire de plus de 47.700 Euro (valable pour l'année 2007) peuvent s'assurer volontairement auprès d'une caisse maladie d'assurance légale, s'ils ont cotisé auparavant au moins 12 mois sans interruption, ou bien 24 mois durant les 5 dernières années dans une caisse d'assurance.

L'assurance-maladie privée

Entrepreneurs, employés et fonctionnaires qui ne sont pas assurés volontairement auprès d'une assurance légale, doivent être s'assurer auprès d'une caisse d'assurance privée. Les prestations de l'assurance maladie privée sont fixées sur la base d'un tarif individuel. Le montant de la cotisation est calculé selon les risques de maladies et l'âge d'adhésion de l'assuré. Les caisses d'assurance privées peuvent refuser l'assurance des personnes qui présentent de grands risques de maladie. À partir de l'année 2009 les caisses d'assurances maladie privées doivent offrir un tarif de base qui correspond aux prestations des caisses d'assurances légales et sans contrôle de l'état de santé de l'assuré. Celui qui est assuré chez une assurance privée doit subvenir personnellement aux coûts de traitement et des médicaments. Plus tard il sera remboursé par sa caisse d'assurance.

Assurance médicale à l'étranger

Dans le cadre des accords entre les états, les coûts des soins seront pris en charge par les sociétés d'assurances en cas de maladie à l'étranger. Ceci s'applique aux pays de l'Union Européenne ainsi qu'à d'autres pays ayant signé un contrat d'assurance sociale avec l'Allemagne. Avant de voyager à l'étranger, consultez votre caisse d'assurance pour obtenir un formulaire d'assurance maladie ou bien s'informer sur les possibilités d'une assurance de voyage.

3 Réglementation juridique concernant Les prestations médicales à destination des immigrés



Prestations médicales selon la loi sur les prestations aux demandeurs d'asile

Les demandeurs d'asile, les étrangers tolérés sur

le territoire allemand ainsi que ceux devant quitter le territoire allemand ont droit aux prestations médicales selon la dite loi. Les prestations médicales selon l'article 3 de cette loi sont limitées. Les demandeurs d'asile bénéficieront des soins médicaux seulement dans des cas de maladie graves et en cas de douleurs.

Cependant certaines prestations médicales pour les réfugiés sont illimitées. Par exemple les différents examens de contrôle et les prestations pour les femmes enceintes. Ces dernières ont un droit non réduit en ce qui concerne les examens de contrôle, l'accouchement et les soins. Les vaccinations d'enfants et d'adultes ainsi que certains examens de contrôle peuvent être accomplis même dans le cas où il n'y a pas de maladie grave.

Les demandeurs d'asile ont droit aux examens de prévention suivants:

- Les examens de prévention pendant la grossesse, des prestations à l'accouchement et des soins après la naissance de l'enfant.
- Des examens de contrôle pour les enfants U1 jusqu'au J1, des examens de dépistage en gynécologie, le dépistage annuel de cancer chez les femmes à partir de 20 ans et chez les hommes à partir de 45 ans, des examens médicaux généraux pour les personnes à partir de 35 ans (une fois tous les 2 ans)

- Des examens de contrôle dentaire semestriels pour les enfants et pour les jeunes de moins de 18 ans, une fois par an par la suite.

- La vaccination des enfants, vaccination des adultes contre le tétanos, la diphtérie et la polio.

Les ayant-droits obtiennent un formulaire de prestations médicales du bureau des affaires sociales qui sera présenté au médecin traitant. Ce formulaire est valable pour une durée d'un trimestre. Le bureau des affaires sociales est le garant des prestations médicales pour les demandeurs d'asile. Les bénéficiaires selon l'article 3 sont exclus du paiement supplémentaire.

Les bénéficiaires des prestations selon l'article 2 de la dite loi recevront une prestation médicale plus approfondie. Les tolérés sur le territoire national peuvent percevoir une meilleure prestation médicale après quatre ans de séjour. Seulement dans le cas où l'empêchement de leur retour n'est pas provoqué par un comportement personnel. Ces personnes doivent être assurées dans une caisse d'assurance-maladie comme les autres bénéficiaires de prestations sociales et recevront une carte d'assurance-maladie. Les caisses d'assurance-maladie évaluent les prestations médicales fournies avec les structures d'aide sociale.

Les bénéficiaires des prestations selon l'article 2 de la loi sur les prestations pour les demandeurs d'asile sont soumis à la réglementation du paiement supplémentaire. Ils doivent payer un supplément pour les visites chez le médecin, pour l'achat des médicaments et pour leurs hospitalisations. La réglementation des cas sociaux particuliers

s'applique aussi aux bénéficiaires cités plus haut.

Prestations médicales pour les bénéficiaires d'une aide sociale

Les bénéficiaires d'une aide sociale sont assurés lorsqu'ils reçoivent cette aide pour plus d'un mois. Ils obtiennent une carte d'assurance. Soit ils choisissent leur propre assureur ou bien le bureau d'aide sociale les oriente vers une caisse d'assurance. Ils sont soumis à la réglementation des paiements supplémentaires (voir chapitre 7 concernant les paiements supplémentaires). Les paiements supplémentaires ne doivent pas

dépasser 2% de l'aide sociale annuelle. Concernant les malades chroniques, il y a un plafond limité à 1%. Ce plafonnement est valable pour toute la famille. Si ce plafonnement est atteint par tous les membres de la famille, ces derniers sont libérés du paiement supplémentaire pour les prestations médicales. Les enfants de moins de 18 ans sont aussi libérés des paiements supplémentaires. Il est recommandé de garder toutes les factures. Quand ce plafonnement est atteint, demandez auprès de votre caisse d'être libéré de ce paiement supplémentaire pour le reste de l'année. Vous devez joindre à votre demande toutes les factures rassemblées. Le surpaiement vous sera remboursé.

F

Soins médicaux par le médecin de famille 4

En cas de maladie, consultez le médecin de famille. Ces derniers sont des spécialistes en médecine générale ou bien en médecine interne. Ils sont chargés de faire les auscultations de base. Si c'est nécessaire, ils vous orientent vers un spécialiste. Il est préférable de prendre un rendez-vous avec le médecin à l'avance. Dans des cas graves, il n'est pas nécessaire de prendre rendez-vous. A chaque visite chez votre médecin, au début du trimestre, vous devez présenter votre carte d'assurance ou bien le formulaire de prise en charge fourni par le bureau social. Vous devez vous acquitter de la somme de 10 Euros.

Les malades qui seront transférés par leur médecin chez un médecin spécialiste sont libérés de cette taxe. Cette taxe ne sera pas prélevée pour les examens de dépistage ainsi que pour les vaccinations préventives.

En règle générale un paiement supplémentaire de 10 Euros au maximum et de 5 Euros au minimum est prélevé.



Il y a cependant des clauses en cas de force majeure qui limitent les paiements dont doit s'acquitter le patient. Cette somme ne doit pas dépasser 2% du revenu brut. Pour les personnes atteintes d'une maladie chronique ce plafond est fixé à 1% du revenu brut. Une maladie est considérée comme chronique lorsqu'elle est soignée au moins pendant un an par un médecin, au moins une fois par trimestre.

Si vous exercez une profession et pour cause de maladie vous êtes incapable de travailler, vous avez besoin d'une attestation d'incapacité de travail délivrée par votre médecin qui doit être présentée au plus tard le troisième jour de votre maladie.

5 Soins dentaires



Des dents en bonne santé ont un effet direct sur notre bien-être et sur la santé de notre corps. Le contrôle dentaire régulier est indispensable pour dépister et soigner des maladies des gencives et la parodontose ainsi que des tumeurs. Les dentistes recommandent un examen de contrôle deux fois par an.

Celui qui a peur d'un traitement des dents doit en parler à son dentiste traitant.

Un brossage régulier deux fois par jour est important pour éviter des maladies dentaires.

Deux examens de contrôle par an sont gratuits pour les adultes. A côté de ces examens, le dentiste peut entreprendre gratuitement d'autres mesures des traitements de diagnostic et de prévention dont la radiographie, des examens des gencives et détartrage. Le malade doit payer la taxe de consultation de 10 Euros seulement si d'autres traitements sont nécessaires. Les enfants et les jeunes de moins de 18 ans sont généralement libérés du paiement de la taxe de consultation dentaire. Ces visites de contrôle faites au moins une fois par an sont enregistrées dans un cahier de bons points. Dans ces cas ils bénéficieront d'une subvention financière allant jusqu'à 30% lorsqu'il s'agit de remplacement de dents.

Celui qui souhaite de soins dentaires complémentaires doit en parler à son dentiste. Un plan des frais à payer sera conclu entre le dentiste et le patient.

Dans ces genres de cas, l'assuré et le dentiste établissent un contrat supplémentaire. L'assuré doit prendre en charge le supplément des coûts des soins complémentaires.

Prothèse dentaire

En cas de nécessité de prothèse il faut s'adresser à votre dentiste qui élabore un plan détaillé de traitement et de coûts qui sera transmis à votre caisse d'assurance pour accord. À partir du 1 janvier 2005 un nouveau système de subventions pour prothèses dentaires est entré en vigueur. La caisse d'assurance paye une subvention fixe pour toute prothèse sur laquelle vous avez porté votre choix. Informez-vous auprès de votre dentiste sur les prestations que peut prendre éventuellement votre caisse d'assurance. Vous prenez en charge une partie des coûts. Ceci est aussi valable pour les soins supplémentaires qui n'entrent pas dans le domaine des soins dentaires nécessaires.

Cette subvention augmentera de 20% lorsque le cahier de bons points est suivi sans interruption pendant 5 ans, et de 30% lorsqu'il est suivi pendant 10 ans. Cette subvention peut aller jusqu'à 65% des coûts concernant les soins dentaires nécessaires.

Les malades qui ont un revenu faible seront libérés de paiement. Les caisses d'assurance prennent seulement en charge les frais de soins dentaires nécessaires. Informez-vous auprès de votre caisse assurance-maladie au sujet des cas sociaux.

L'assurance pour les prothèses dentaires

A partir du 1er juillet 2005 vous versez chaque mois une cotisation qui s'élève à 0,9% du revenu brut pour l'assurance de vos prothèses dentaires. Ceux qui reçoivent une allocation de chômage II et les membres de leur famille sont exonérés de cette cotisation.

L'hospitalisation est ordonnée par le médecin de famille. Pour l'hospitalisation vous devez être en possession d'un certificat d'hospitalisation et d'une carte d'assurance. Les frais **d'hospitalisation et de transport sont pris en charge dans des cas particuliers.**

Quand:

- le demandeur est résident dans la ville où se trouve l'hôpital
- le demandeur n'est pas assuré
- le demandeur reçoit une aide sociale ou disposant d'un revenu insuffisant

Loi juridique:

- Accord d'aide aux soins médicaux selon la loi sociale en vigueur
- La demande doit être faite auprès du bureau d'aide social.

Documents nécessaires à joindre à la demande:

- En dehors des cas d'urgence, un certificat d'hospitalisation délivré par le médecin traitant doit être présenté à l'hôpital. Ce transfert vers l'hôpital doit être accordé par le bureau d'aide sociale.
- Une pièce d'identité
- Attestation de revenus
- Attestation de bénéficiaire de prestations sociales
- Contrat de location (loyer)
- Relevés de compte

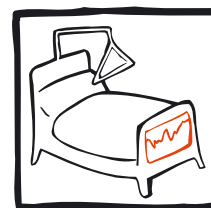
Dans des cas d'urgence vous devez consulter un médecin. Dans une situation très critique, le médecin doit vous soigner ou vous transférer vers l'institution médicale appropriée.

Prestations générales de l'hôpital

Les frais pour le traitement seront directement calculés avec les caisses d'assurance ou les fournisseurs de prestations sociales. Tous les soins sont calculés sur la base des tarifs d'hospitalisation et avec des taux forfaitaires.

Participation aux frais

Le législateur prévoit pour les membres des caisses d'assurance publiques une participation aux frais de l'hospitalisation. Ces frais s'élèvent à 10 Euros par jour pour une durée maximum de 28 jours par an.



Le service d'urgence

Lorsque vous avez besoin de soins urgents, de nuit ou en fin de semaine, vous pouvez appeler les urgences.

En cas d'accidents et dans des situations très graves, appelez le service d'urgence. Vous pouvez appeler ces numéros gratuitement.

Lors de ces appels précisez toujours les données suivantes:

- **Que** s'est-il passé?
- **Où** s'est-il passé?
- **Combien** de blessés, de malades y a-t-il?
- **Quel** genre de blessures, de blessés y a-t-il?

Attendez éventuellement d'autres questions. Vous trouvez les numéros de téléphones les plus importants dans l'annexe de ce document.

7 Les médicaments



Les médicaments, vous les obtiendrez que si ils sont prescrits par le médecin. Le patient doit payer une participation financière qui varie entre

10 euros au maximum et 5 euros au minimum.

Les médicaments non prescrits doivent être pris en charge totalement par les patients.

Exception: les enfants jusqu'à l'âge de 12 ans, nécessitant des médicaments destinés à soigner des maladies graves qui ne sont pas soumis à une ordonnance, reçoivent les médicaments gratuitement.

Chaque personne assurée doit, à partir de l'année 2004, participer au paiement des médicaments, des visites chez le médecin et aux frais d'hospitalisation.

Exception: les personnes à revenu faible et les personnes atteintes de maladies chroniques peuvent déposer une demande afin d'être exonéré de ces paiements.

Sont considérés comme malades chroniques les personnes:

1. se trouvant sous long traitement (une visite trimestrielle chez le médecin pour la même maladie)
2. nécessitant des soins continus du 2^e degré ou du 3^e degré
3. qui ont un degré d'handicap d'au moins de 60% ou bien une réduction de la capacité de travail d'au moins de 60%.
4. ayant besoin de soins médicaux permanents

Le paiement supplémentaire concernant ces personnes ne doit pas dépasser la limite de 1% du revenu total.

F

8 SIDA et HIV



Traitement et prévention

HIV: Virus de l'immunodéficience humaine

SIDA: Syndrome d'immunodéficience acquise

Le sida est un affaiblissement du système immunitaire du corps provoqué par le virus HIV. Le sida rend l'organisme sans défense contre beaucoup de microbes provoquant d'autres maladies. Cet affaiblissement provoque l'apparition d'autres maladies qui conduiront à la mort, si elles ne sont pas traitées. Pour cela, il est important de savoir

à temps, si on est porteur du virus ou pas. Les voies de contamination par le virus HIV sont le sang, le sperme et le lait maternel.

Le plus grand risque d'infection est le contact sexuel sans protection et l'utilisation d'une même seringue par plusieurs personnes droguées.

Pour les questions concernant le sida, vous pouvez consulter autant les médecins que les agences de santé publique et des bureaux d'aide et de conseil contre le sida (Voir la liste des adresses). En plus, il est vivement recommandé de faire un test de dépistage de la maladie du Sida, mais ceci reste une décision personnelle. Ce test ne doit

pas être fait sans votre accord. Pour exclure tout risque d'infection, le test devra se faire au plus tôt 3 mois après la dernière situation à risques. Les bureaux /conseil vous orientent sur les possibilités de prévention contre le HIV et sur les possibilités de traitement.

Les préservatifs appelés en allemand Kondom peuvent éviter l'infection ou la contamination. Les préservatifs peuvent être obtenus dans les pharmacies, les drogueries et les supermarchés.

Assistance en cas de violence contre les femmes et les filles 9

Les actes de violence sont des actes pénaux – indépendamment du fait s'ils ont eu lieu dans le domaine familial ou dans le domaine public. C'est pourquoi les actes de violence entre les membres d'une même famille et les couples sont traités de la même façon que les actes de violence commis en dehors du milieu familial. La poursuite pénale des actes de violence est aussi un élément important de prévention.

La violence contre les femmes et les jeunes filles peuvent concerner les délits suivants:

- Les injures
- viol, provocation sexuelle
- Violence à l'intérieur du foyer
- Maltraitance des enfants
- Détérioration matérielle
- Blessures corporelle
- Tentative de meurtre
- Menaces
- Atteinte à la liberté

La procédure pénale commence en règle générale par une plainte. Elle peut se faire par la personne concernée ou bien par une tierce personne verbalement ou par écrit au bureau de police, au parquet ou au tribunal d'instance. Indépendamment de votre pays d'origine, la loi de protection contre la violence révèle du droit allemand et s'applique à tous.

Que signifie cela pour vous?



- A cause du statut du droit de séjour, il est impérativement recommandé de chercher conseil auprès des bureaux/ conseil, auprès de la responsable du bureau des étrangers ou bien auprès des avocats.
- Vous n'avez rien à craindre en appelant la police. C'est pourquoi vous devez nécessairement le faire pour votre protection et celle de vos enfants et pour apporter des preuves. Une incarcération de l'auteur de l'acte de violence pour une durée de 10 jours n'aura aucune influence sur votre droit de séjour en Allemagne.
- Un refuge dans un centre d'accueil pour femmes n'aura aucune conséquence (voir notre liste d 'adresses).
- Si vous avez un droit de séjour, obtenu par mariage, vous pouvez – indépendamment de la durée du foyer familial en Allemagne – déposer des demandes d'aide selon l'article 1 et 2 de la loi de la protection contre la violence. Les demandes ont des conséquences sur le statut de droit de séjour seulement si la vie commune du couple est inexistante ou lorsque le couple est divorcé.
- Pour les femmes immigrées dont le titre de séjour dépend du mariage, elles doivent

documenter les blessures corporelles par un médecin pour pouvoir prouver la gravité de son cas.

- Si vous vivez dans un centre d'accueil pour réfugiés, vous avez la possibilité, en cas

de violence familiale, de vivre séparément. Pour votre protection, il est possible de transférer la personne concernée dans un autre centre d'accueil.

10 Psychothérapie

F



La psychothérapie est „une thérapie de l'état psychologique“.

Elle apporte une aide à toute personne souffrant psychologiquement et ayant de graves problèmes dans leur vie quotidienne et qui a des difficultés à les résoudre. Ces souffrances morales peuvent être le résultat de problèmes de couple, de sexualité et professionnels.

Dans ces cas une psychothérapie peut apporter aide.

Vous pouvez parler de vos problèmes dans un environnement confidentiel. Tenant compte du contexte particulier des conversations, entre autres la neutralité du thérapeute, vous pourrez mieux gérer vos conflits. Vous pouvez reconnaître mieux les causes de vos souffrances psychologiques que vous ignorez et que vous ne pouvez pas maîtriser vous-même.

Pour vous, il est important de savoir qu'il existe trois procédures de thérapie qui sont reconnues par les assurances de maladies en Allemagne:

- la thérapie psycho-analytique
- la psychothérapie approfondie
- la thérapie des comportements

Toutes les autres formes de thérapie comme la thérapie morphologique, le psychodrame, la thérapie familiale, la bioénergétique, la psychothérapie du corps etc. ne sont pas reconnues par les assurances-maladies. Par conséquent les frais de telles psychothérapies ne seront pas remboursés.

De même, il est important de savoir que le premier entretien avec le psychothérapeute est primordial. Si il y a manque de confiance, il est conseillé de visiter un autre spécialiste. Les deux premières heures de traitement seront considérées comme un essai. Pendant cette séance, le thérapeute élabore un diagnostic et donne des indications pour le traitement.

Après les premières séances d'essai, et avant que le psychothérapeute commence le traitement, vous devez consulter votre médecin de famille pour qu'il vous explique si vous avez une maladie organique qui nécessite aussi un traitement.

Le nombre d'heures du traitement dépend des méthodes de traitement appliquées. Le psychothérapeute autorisé à exercer la thérapie du comportement ou bien la psychothérapie approfondie peut prescrire un traitement allant jusqu'à 100 heures pour chaque patient. Un psychothérapeute autorisé à

exercer la thérapie psychoanalytique peut prescrire un traitement allant jusqu'à 300 heures par patient. Les caisses d'assurance prennent en charge les frais de ces traitements.

Les caisses de maladie publiques prennent en charge les frais de la psychothérapie uniquement s'il y a un problème psychique qui a valeur de maladie. Les adresses et les numéros de téléphone des psychothérapeutes, vous les trouverez dans l'annuaire téléphonique de votre lieu de résidence ou bien sur le site internet de l'association des médecins habilités par les caisses d'assurance (www.kvbb.de).

11 Aperçu sur les examens médicaux de prévention et les vaccinations

Dépistage du cancer

Examen	Âge	Sexe	Régularité	Remarques	Autres informations
Examen génital	A partir de l'âge de 20 ans	femmes	Une fois par an	<ul style="list-style-type: none"> - Examen ponctuel (par exemple questions sur Le saignement anormal) - Inspection du cervix - Frottis servicovaginale - Examen cytologique - Toucher vaginal 	Recommandations pour le dépistage du cancer Internet: www.g-ba.de
Examen de la prostate Examen génital	A partir de l'âge de 45 ans	hommes	Une fois par an	<ul style="list-style-type: none"> - Anamnèse ponctuelle - Inspection et toucher des organes génitaux extérieurs - le Toucher rectal - Toucher des zones du ganglion lymphatique 	
Examen de la peau et des seins	A partir de l'âge de 30 ans	femmes	Une fois par an	<ul style="list-style-type: none"> - Anamnèse ponctuelle (par exemple sur les questions concernant la transformation et les douleurs de la peau et aux seins) - Inspection et toucher des seins et des zones du ganglion lymphatique et aussi des conseils pour l'examen personnel 	
Examen dermatologique	A partir de l'âge de 45 ans	hommes	Une fois par an	En liaison avec l'examen de l'organe génital et de la prostate	
Examen du rectum et du gros intestin	A partir de l'âge de 50 ans	Femmes et hommes	Une fois par an	<ul style="list-style-type: none"> - Conseil - Toucher du gros intestin - Test de détection du sang occulte dans les selles (chaque année jusqu'à l'âge de 55 ans) 	
Examen endoscopique des intestins	A partir de l'âge de 55 ans	Femmes et hommes	2 examens de contrôle dans l'intervalle de 10 ans	<ul style="list-style-type: none"> - Séance-conseil - Deux examens endoscopiques des intestins dans l'intervalle de 10 ans ou un Test de détection du sang occulte dans les selles 	

Examen	Âge	Sexe	Régularité	Remarques	Autres informations
Mammographie	A partir de l'âge de 50 ans jusqu'à l'âge de 69 ans	femmes	Une fois tous les 2 ans	<ul style="list-style-type: none"> - examen dans une unité de Mammographie certifié - Information - Radiographie des seins à travers la mammographie 	Recommandations sur le dépistage précoce du cancer Internet: www.g-ba.de

Contrôle médical général

Examen	âge	sexe	régularité	Remarques	Autres informations
Contrôle général	A partir de l'âge de 35 ans	Femmes et hommes	Tous les 2 ans	Dépistage précoce des maladies fréquentes comme les maladies cardio-vasculaires, les maladies des reins, et du diabète. Ce contrôle comprend aussi les prestations suivantes: <ul style="list-style-type: none"> - Anamnèse, en particulier pour connaître le profil de risque - les examens cliniques (l'examen général du corps et contrôle de la tension) - les examens de l'urine et du sang - information sur les résultats des contrôles 	Recommandations sur les examens de santé Internet: www.g-ba.de

Les examens de prévention des dents

Examen	Âge	Sexe	Régularité	Remarques	Autres informations
L'examen des maladies des dents, de la bouche et de la mâchoire	- jusqu'à l'âge de 6 ans - de 6 ans jusqu'à 18 ans	Filles et garçons	- trois fois jusqu'à l'âge de 6 ans - une fois tous les six mois à partir de 6 ans	Estimation des risques des caries dentaires - conseil sur l'hygiène de la bouche - inspection buccale - motivation à la prophylaxie	Recommandations pour les Prévention et sur la prophylaxie individuelle Internet: www.kzbv.de
Examens de prévention des dents	A partir de l'âge de 18 ans	Femmes et hommes	Une fois tous les six mois	- examen détaillé - examen pour le cahier de bons points Ceci est aussi valable pendant la séance de détartrage (La caisse d'assurance publique prend en charge les frais de ces soins une fois seulement), pour la radiographie, l'examen de sensibilité réalisée Code du PSI	L'article 30 paragraphe 2 Alinéa 4 et 5 SGB V (jusqu'au 31.12. 2004 L'article 55 paragraphe 1 Alinéa 4 et 5)

Les examens de contrôle et de prévention pour les femmes enceintes

Examen	Autres informations
<p>Ces examens consistent à constater la grossesse et à accompagner médicalement les femmes enceintes pendant la grossesse et après l'accouchement. Des conseils seront donnés par rapport aux risques de la santé ou de la nutrition.</p> <p>Les médecins, les sage-femmes et les caisses de santé travaillent en coopération.</p> <p>Les prestations suivantes font aussi partie de ces examens:</p> <ul style="list-style-type: none"> - le contrôle des grossesses à risque - le diagnostic ultra-sonore - les examens de sérologie pour les infections - les examens et les conseils aux femmes au vu de l'accouchement 	<p>Recommandations pour la maternité</p> <p>Internet: www.g-ba.de</p>

Les examens pour les enfants et les jeunes

Les enfants et les jeunes jusqu'à l'âge de 18 ans sont exonérés de la taxe (*Praxisgebühr*). La caisse d'assurance publique prend en charge une série d'examens de dépistage précoces et de prévention chez les enfants et les jeunes. Les parents reçoivent un cahier d'examens et de contrôles médicale pour enfants juste après la naissance à l'hôpital ou chez le médecin dans lequel sont fixés les dates des examens et les examens à faire.

Examen	Âge	Sexe	Régularité	Remarques	Autres informations
Examens médicaux	Depuis la naissance jusqu'à l'âge de 6 ans	filles et garçons	Les mesures de dépistage précoce chez les enfants se font dans les premières 6 années après la naissance. Au total 9 examens de dépistage seront faits (U1 jusqu'à U9)	Le premier examen est effectué immédiatement après la naissance. Le développement corporel et mental de l'enfant sera contrôlé pendant cet examen. Les medecins examineront entre autres: - Les situations anormales après la période de la naissance - troubles du métabolisme chez le nouveau-né - troubles dans le développement et dans le comportement - les organes de sens, de respiration et de digestion - les dents, la mâchoire, la bouche -le squelette et la musculation	Recommandations pour la santé des enfants Internet: www.g-ba.de
Examens pour les jeunes	Entre l'âge de 13 ans et de 14 ans	filles et garçons	Un seul examen	Anamnèse entre autre sur: - troubles psychiques et comportements dangereux pour la santé (consommation de cigarettes, d'alcool et de la drogue), Problèmes scolaires Les examens de corps clinique: - la taille du corps - Problèmes de croissance du corps - les maladies du cou, des seins et des organes du ventre	Les examens de santé pour les jeunes Internet: www.g-ba.de

Les vaccinations

Les vaccinations de prévention peuvent être prises en charge par les caisses d'assurances-maladies selon leur propre réglementation. Les prestations pour les vaccinations sont différentes entre les caisses d'assurance. En règle générale, elles prennent en charge les frais de vaccination de prévention pour les nourrissons, les enfants et les jeunes. Elles prennent aussi en charge les frais des vaccinations. Les vaccinations de voyage ne sont pas prises en charge par les caisses d'assurances.

Vaccinations	Âge	Remarques	Autres informations
Les vaccinations de base pour les nourrissons, les enfants et les jeunes	Vaccinations recommandées pour chaque enfant	<ul style="list-style-type: none"> - Hépatite B, Diphtérie, Tétanos - Polio Vaccinations des adultes non immunisés - Haemophilus influenzae type B - La coqueluche - La rougeole - Les oreillons - La rubéole - La varicelle 	Le rapport fédéral sur santé, cahier 1 Les recommandations du STIKO Internet: www.rki.de
Les vaccinations renouvelées (ces prestations sont accordées selon le règlement des caisses d'assurance)	Vaccinations qui sont renouvelées chez les adultes ou qui doivent être rattrapées	<ul style="list-style-type: none"> - Diphtérie ((recommandé tous les dix ans) - Tétanos 	
Les vaccinations d'indications (ces prestations sont accordées selon le règlement des caisses d'assurance)	Vaccinations des personnes qui font partie des groupes à risque ou des personnes âgées	<ul style="list-style-type: none"> - Influenza (vaccin pour les personnes de 60 ans) - les vaccinations pneumocoques (vaccin pour les personnes à partir de 60 ans) - L'encéphalite - Haemophilus influenza de type B - Hépatite A et B - la rage - l'infection de méningite - Polio - la varicelle - la rubéole, - la coqueluche 	

Ochrona zdrowia jest zadaniem publicznej służby zdrowia landu Brandenburgia. W każdym okręgu znajduje się Urząd Zdrowia (*Gesundheitsamt*). Poszczególne oddziały Urzędów Zdrowia jak i godziny przyjęć (*Sprechstunden*) są wyszczególnione na stronach internetowych Urzędów Okręgowych (*Kreisverwaltung*). Do zadań Okręgowych Urzędów Zdrowia należy zapobieganie chorobom i propagowanie zdrowego stylu życia wśród mieszkańców okręgu. Ponadto istnieją specjalne oferty propagujące zdrowie wśród dzieci i młodzieży, oferty dla osób niepełnosprawnych, dla osób mających przewlekłe problemy ze zdrowiem lub osób będących w trudnej sytuacji społecznej. Najważniejsze poradnie Urzędów Zdrowia przedstawione są poniżej.

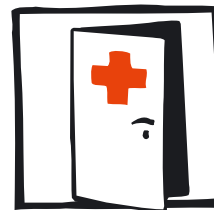
Służba zdrowia dla dzieci i młodzieży

Lekarze dziecięcy dokładają wszelkich starań, by dzieci Państwa rosły w zdrowiu. Szczególnie wówczas Urzędy Zdrowia służą poradą i pomocą, jeśli dziecko ma problemy zdrowotne, wykazuje zaburzenia w rozwoju, jest zagrożone niepełnosprawnością i wymaga szczególnej opieki. Lekarze dziecięcy Urzędów Zdrowia regularnie przeprowadzają badania dzieci i młodzieży w przedszkolach i szkołach (przy przyjęciu do szkoły a następnie w VI-tej i X-tej klasie). Celem tych badań jest wczesne wykrycie choroby, upośledzenia lub zakłóceń w rozwoju dziecka i zaordynowanie odpowiedniej terapii. Ponadto dzieci kierowane są na szczepienia lub też szczepienia przeprowadzane są na miejscu. Poradnictwo obejmuje wszelkie kwestie związane ze zdrowym odżywianiem się, z rozwojem ruchowym, z rozwojem mowy oraz pomoc dla dzieci chorych psychicznie, etc.

Stomatologiczna służba zdrowia dla młodzieży

Stomatolodzy Urzędu Zdrowia wspierają

Państwo w staraniach, by dzieci Wasze miały zdrowe zęby. Badania kontrolne obejmują dzieci i młodzież w wieku od 2 (po ukazaniu się pierwszych zębów u dziecka) do 16-stu lat i są przeprowadzane w przedszkolach i szkołach. W rezultacie tych badań informuje się Państwa i Pańskie dziecko o ewentualnej konieczności leczenia zębów, korekty zgryzu, o widocznych chorobach dziąseł. Skierowanie do stomatologa lub chirurga szczękowego przekazywane jest rodzicom pisemnie.



Higiena i medycyna środowiskowa

Głównym celem higieny i medycyny środowiskowej jest zapobieganie chorobom zakaźnym. Ważne jest, by choroby zakaźne takie jak gruźlica, żółtaczką zakaźną lub salmonella zostały wcześniej rozpoznane, by zapobiec dalszemu przenoszeniu się ich. Przed planowaną podróżą za granicę mogą Państwo zasięgnąć informacji o szczepieniach ochronnych, jak również zaszczepić się na miejscu.

Zgodnie z ustawą o ochronie przed infekcjami (*Infektionsschutzgesetz*) § 43 ustęp 1 nr 1 przeprowadzane są krótkie kursy dla osób pragnących podjąć pracę w branży spożywczej. Ukończenie takich kursów i otrzymanie tzw. świadectwa zdrowia (*Gesundheitszeugnis*) wymagane jest od osób, które zarobkowo produkują lub przetwarzają żywność lub też wprowadzają ją w obieg handlowy i mają przy tym bezpośrednio (poprzez dotyk rękoma) lub pośrednio (poprzez narzędzia) kontakt z żywnością.

Również osoby pracujące w kuchniach restauracyjnych, kantynach, kawiarniach lub innych ośrodkach gastronomicznych mają obowiązek ukończyć takie kursy. Osoby które mają kontakt jedynie z zapakowaną żywnością jak również kelnerki i kelnerzy, którzy

jedynie obsługują gości, nie potrzebują świadectwa zdrowia.

Opieka społeczno-psychiatryczna

Opieka społeczno-psychiatryczna oferuje pomoc i wsparcie

- dla osób mających problemy na tle psychicznym,
- dla osób uzależnionych,
- dla osób, u których występują choroby psychiczne związane z zaawansowanym wiekiem (np. alzheimer),
- dla osób przebywających w szpitalu i po opuszczeniu szpitala,
- dla rodziny osoby psychicznie chorej.

Ponadto opieka społeczno-psychiatryczna oferuje pomoc i służy radą w specyficznych kwestiach związanych z migracją, szczególnie osobom mającym problemy na tle psychicznym.

Poradnictwo jest bezpłatne a skierowanie do poradni nie jest konieczne. Pacjenci i ich problemy objęci są absolutną dyskrecją.

Urząd Zdrowia - neutralny rzeczoznawca

Urząd Zdrowia wydaje opinie, wystawia świadectwa i działa jako rzeczoznawca. Np. w sytuacji gdy osoba ubiegająca się o azyl stara się ze względów zdrowotnych o przeniesienie z ośrodka dla azylantów do

prywatnego mieszkania lub jeśli osoba ta wymaga szczególnej opieki, Urząd Opieki Społecznej (*Sozialamt*) zleca z reguły Urzędowi Zdrowia wydanie orzeczenia (*Begutachtung*) o ogólnym stanie zdrowia tej osoby lub ewentualnie o jej kondycji psychicznej. Wydanie takiego orzeczenia może być również zlecone Urzędowi Zdrowia przez Urząd do Spraw Obcokrajowców (*Ausländeramt*), jeśli urząd ten pragnie sprawdzić, czy w danym przypadku stan zdrowia konkretnej osoby faktycznie nie zezwala jej na odbycie podróży lub jeśli należy sprawdzić, czy faktycznie konieczne jest zablokowanie wydalenia z Niemiec danej osoby ze względu na jej zły stan zdrowia. Istotne jest, że lekarz z Urzędu Zdrowia wydający orzeczenie działa niezależnie. Jest to z reguły osoba doświadczona, która przeszła specjalne szkolenia.

Poradnia dla osób niepełnosprawnych

Poradnia dla osób niepełnosprawnych (*Behindertenberatungsstelle*) w Urzędzie Zdrowia oferuje szerokie poradnictwo osobom niepełnosprawnym, zagrożonym kalectwem jak również osobom będącymi prawnymi opiekunami osób niepełnosprawnych. Można tutaj uzyskać konkretne wsparcie, jeśli osoba niepełnosprawna nie radzi sobie w załatwianiu codziennych spraw.

PL

2 Ubezpieczenie zdrowotne



Osoby pracujące i żyjące w Niemczech muszą posiadać ubezpieczenie zdrowotne. Prawie 90% ludności w Niemczech ubezpieczona jest ustawowo (*gesetzliche Krankenversicherung*). Ubezpieczenie ustawowe pokrywa

wszystkie niezbędne świadczenia związane z chorobą lub macierzyństwem. Poza tym w przypadku choroby kasa chorych wypłaca pobory od 7 tygodnia choroby.

Kto jest ubezpieczony ustawowo?

Od 1 kwietnia 2007 wszyscy mieszkańcy podlegają obowiązkowemu ubezpieczeniu

zdrowotnemu. Osoby pracujące, których wynagrodzenie wynosi więcej niż 400 euro i mniej niż 47 700 euro (stan z roku 2007) mają ustawowy obowiązek ubezpieczenia w publicznej kasie chorych. Dotyczy to również osób przyuczających się do zawodu, emerytów, studentów, artystów i publicystów. Członkowie ich rodzin są współubezpieczeni, jeśli nie mają oni własnych dochodów lub jeśli dochód ich jest niewielki. Dzieci są współubezpieczone do określonego wieku. Ta granica wiekowa zależy od tego, czy dzieci się kształcą, czy też nie. Zasadniczo dzieci do 18 roku życia są ubezpieczone rodzinie (*familienversichert*). Każdy członek rodziny otrzymuje kartę ubezpieczeniową (*Versicherungskarte*). Wizyty lekarskie podlegają opłacie w wysokości 10 euro na kwartał, niezależnie od ilości tych wizyt w danym kwartale.

Składka ubezpieczeniowa stanowi określony procent dochodów. Procent ten jest różny w różnych kasach chorych. Połowę składki opłaca pracodawca lub w przypadku emerytów, zakład ubezpieczeń społecznych (*Rentenversicherungsträger*). Przy wyborze kasy chorych ważna jest nie tylko wysokość składki lecz również świadczenia, które w ramach ubezpieczenia dana kasa chorych pokrywa.

Osobom bezrobotnym oraz pobierającym tzw. zasiłek dla bezrobotnych II (*Arbeitslosengeld II*) składki na ubezpieczenie zdrowotne opłaca Federalny Urząd Pracy (*Bundesagentur für Arbeit*). Osoby te są ubezpieczone od dnia, w którym zaczęły pobierać świadczenia. Osoby pobierające takie świadczenia mają prawo do tych samych świadczeń ze strony kasy chorych jak wszystkie inne osoby ubezpieczone.

Dobrowolne ustawowe ubezpieczenie zdrowotne (*freiwillige gesetzliche Krankenversicherung*)

Osoby zatrudnione, zarabiające powyżej 47 700 euro (stan z roku 2007) mogą dobro-

wolnie ubezpieczyć się w jednej z publicznych kas chorych, jeśli płacili składki do publicznej kasy chorych przez przynajmniej 12 miesięcy lub w ciągu ostatnich pięciu lat przed wystąpieniem z kasy chorych, płacili składki przez co najmniej 24 miesiące.

Ubezpieczenie prywatne (*private Versicherung*)

Osoby pracujące na własny rachunek, jak również osoby, które nie muszą lub nie chcą ubezpieczyć się w publicznej kasie chorych, muszą ubezpieczyć się prywatnie. Pakiet świadczeń prywatnej kasy chorych ustalany jest indywidualnie. Wysokość składki zależy od stanu zdrowia i wieku danej osoby. Im gorszy stan zdrowia i im starsza osoba, tym wyższa składka. Jeśli stan zdrowia danej osoby jest bardzo zły, kasa chorych może odmówić jej całościowego pakietu ubezpieczeniowego. Od roku 2009 prywatne kasy chorych będą musiały zapewnić podstawowy pakiet świadczeń, odpowiadający pakietowi świadczeń publicznej kasy chorych, bez sprawdzania stanu zdrowia osób zainteresowanych. Osoby ubezpieczone prywatnie muszą najpierw same ponieść koszty świadczeń lekarskich i leków, które zostają im następnie refundowane przez kasę chorych.

Ubezpieczenie za granicą (*Versicherungsschutz im Ausland*)

Na podstawie umów międzynarodowych publiczne kasy chorych przejmują koszty świadczeń lekarskich za granicą. Dotyczy to zasadniczo krajów należących do Unii Europejskiej oraz innych krajów, z którymi zostały zawarte umowy o ubezpieczeniu socjalnym. Zanim udadzą się Państwo za granicę, powinni Państwo otrzymać w kasie chorych specjalny formularz na podróż (*Reise-Krankenschein*) lub dowiedzieć się o możliwościach dodatkowego ubezpieczenia na wypadek choroby za granicą (*Reisekrankenversicherung*).

3 Prawne regulacje dotyczące opieki medycznej dla migrantek i migrantów



Opieka medyczna na podstawie ustawy o azylantach

Osoby ubiegające się o azyl, obcokrajowcy mający tzw. pobyt tolerowany (*Duldung*), jak również osoby podlegające wydaleni z terenu Niemiec, mają prawo do opieki medycznej zgodnie z ustawą o azylantach (*Asylbewerberleistungsgesetz, AsylLG*). Dla osób uprawnionych do pobierania świadczeń według § 3 tej ustawy, zakres świadczeń opieki medycznej jest ograniczony. Opieka medyczna jest zapewniona tylko w ostrych stanach chorobowych i stanach bólowych.

Szczególne ograniczenia dotyczą protez zębowych. Są one zagwarantowane tylko w sytuacjach wyjątkowych, gdy np. z przyczyn zdrowotnych nie jest zalecane przesunięcie w czasie wstawienia protezy lub gdy zaniechanie wstawienia protezy może spowodować negatywne skutki np. choroby żołądka na skutek braku możliwości żucia pokarmu. To ograniczenie nie dotyczy leczenia próchnicy czy korzeni zębów.

W przypadku uchodźców pewne usługi medyczne są zapewnione bez ograniczeń. Są to usługi medyczne dla kobiet w ciąży oraz badania prewencyjne. Kobiety w ciąży mają nieograniczone prawo do badań prewencyjnych i usług medycznych związanych z porodem i pielęgnacją poporodową. Również szczepienia dla dzieci i dorosłych jak i pewne badania prewencyjne mogą być zagwarantowane bez konieczności występowania ostrego stanu chorobowego.

Osoby ubiegające się o azyl mają prawo do następujących badań prewencyjnych:

- badania prewencyjne podczas ciąży, usługi związane z porodem i pielęgnacją poporodową,
- badania dzieci U1 do J1, badania gineko-

logiczne wczesnego rozpoznania, coroczne badania wczesnego rozpoznania raka dla kobiet od 20-go roku życia i mężczyzn od 35-go roku życia, ogólne badania zdrowotne dla osób powyżej 35-go roku życia (co 2 lata),

- stomatologiczne badania prewencyjne dla dzieci i młodzieży poniżej 18-go roku życia (co pół roku) i po ukończeniu 18 lat (co rok),
- szczepienia dla dzieci, szczepienia przeciwko tężcowi, dyfterytowi i polio dla dorosłych.

Osoby ubiegające się o azyl, które otrzymują świadczenia na podstawie ustawy o azylantach, otrzymują z Urzędu Opieki Społecznej zaświadczenie, które należy przedłożyć lekarzowi. Zaświadczenie ważne jest przez jeden kwartał. Urzędy Opieki Społecznej są odpowiedzialne za zapewnienie opieki zdrowotnej dla osób ubiegających się o azyl, które nie są ubezpieczone w kasach chorych. Osoby otrzymujące świadczenia na podstawie § 3 ustawy o azylantach nie muszą uiścić dopłaty (*Zuzahlung*).

Osoby otrzymujące świadczenia na podstawie § 2 mogą korzystać z wielu usług medycznych. Również osoby z tzw. pobytem tolerowanym (*Geduldete*) mogą po czterech latach korzystać z wielu usług medycznych, o ile ich wyjazd jest niemożliwy z przyczyn, na które nie mają oni wpływu.

Osoby te, tak jak inne osoby otrzymujące świadczenia socjalne, powinny ubezpieczyć się w kasie chorych swojego wyboru i otrzymać kartę ubezpieczeniową. Kasy chorych rozliczają usługi medyczne z instytucjami, które wypłacają świadczenia socjalne.

Osoby upoważnione do pobierania świadczeń na podstawie § 2 ustawy o azylantach podlegają obowiązkowi dopłat. Również tu działają regulacje wyjątkowe.

Opieka medyczna dla osób otrzymujących zasiłek socjalny

Osoby otrzymujące zasiłek socjalny są ubezpieczone, jeśli zasiłek socjalny otrzymują dłużej niż 1 miesiąc. Osoby te otrzymują kartę ubezpieczeniową. Kto sam nie dokona wyboru kasy chorych, zostanie ubezpieczony w kasie chorych wybranej przez Urząd Opieki Społecznej. Osoby ubezpieczone obowiązują ustawowe reguły dotyczące dopłat (porównaj rozdz. 7, dopłaty).

Dopłaty nie mogą przekroczyć rocznie 2% ustawowego minimum socjalnego (*Sozialhilferegelsatz*) osoby otrzymującej najwyższe świadczenia w danym gospodarstwie domowym/ w danej rodzinie. Dla osób przewlekle chorych granica ta wynosi 1%. W przypadku gdy rodzinie ubezpieczona osoba (małżonka lub małżonek, pełnoletnie dziecko) jest

przewlekle chora, granica ta dotyczy całej rodziny stanowiącej jedno gospodarstwo. Jeśli suma dopłat uiszczonych przez wszystkich członków rodziny osiągnie tę granicę, osoby należące do tego gospodarstwa będą zwolnione z wszelkich dalszych dopłat.

Dzieci poniżej 18 roku życia są zwolnione z dopłat.

Zaleca się zachowywać kwity dokonanych dopłat. W momencie gdy w roku bieżącym zostanie osiągnięta granica 2% (lub 1% w przypadku osób przewlekle chorych), proszę złożyć w kasie chorych wniosek o zwolnienie z dopłat, które jest ważne do końca bieżącego roku. Kwity muszą być przedłożone razem z wnioskiem. Opłaty już dokonane, przewyższające ustaloną granicę, będą refundowane przez kasę chorych.

Opieka lekarza domowego 4

Opieka medyczna może być ambulatoryjna lub stacjonarna.

Jeśli Państwo zachorują, lekarz domowy jest z reguły pierwszą osobą, z którą powinni się Państwo skontaktować. Lekarze domowi to w większości przypadków lekarze ogólni lub interniści. Jako pierwsi badają oni pacjenta i ewentualnie kierują go do lekarzy specjalistów.

Przed pójściem do lekarza niezbędne jest ustalenie terminu wizyty. Jeśli z jakiegoś powodu nie możecie Państwo przyjść w ustalonym uprzednio terminie, koniecznie poinformujcie o tym odpowiednio wcześniej gabinet lekarski. Jeśli z powodu nagłego przeziębienia konieczna jest natychmiastowa wizyta lekarska, możecie Państwo udać się do

lekarza w godzinach przyjęć bez ustalania wcześniej terminu, należy jednak uwzględnić długi czas oczekiwania w kolejce.



W każdym kwartale, przy pierwszej wizycie lekarskiej, należy przedłożyć kartę ubezpieczeniową lub zaświadczenie z Urzędu Opieki Społecznej jak również uiścić opłatę w wysokości 10 euro u lekarza domowego lub specjalisty.

Jeśli od lekarza domowego dostaniecie Państwo skierowanie (*Überweisung*) do lekarza specjalisty, nie musicie uiszczać kolejnej opłaty u lekarza specjalisty. Pacjenci, którzy najpierw udają się do lekarza domo-

wego, by otrzymać skierowanie do specjalisty, płacą w każdym kwartale jednorazowo 10 euro u lekarza domowego. Za badania prewencyjne i badania wczesnego rozpoznania nie jest pobierana opłata.

Z reguły dopłaty do usług medycznych wynoszą 5 do 10 euro. Istnieje klauzula prawna, która ogranicza wysokość dopłat. Opłaty uiszczone w jednym roku nie mogą przekroczyć 2% rocznych dochodów brutto. Dla

osób przewlekle chorych granica ta wynosi 1%. Osoba przewlekle chora to osoba, która przynajmniej przez rok, co najmniej jeden raz w kwartale, wymaga medycznej opieki.

Osoby pracujące, które na skutek choroby nie mogą stawić się do pracy, potrzebują zwolnienie lekarskie (*Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung*). Zaświadczenie to należy dostarczyć najpóźniej trzeciego dnia choroby zarówno pracodawcy jak i kasie chorych.

5 Opieka stomatologiczna



Od zdrowych zębów zależy nasze dobre samopoczucie i nasz ogólny stan zdrowia. Regularne kontrole są ważne również z tego powodu, że pozwalają wczesnie rozpoznać i przeciwdziałać chorobom dziąseł, takim jak paradontoza czy tumor. Stomatolodzy zalecają przeprowadzanie kontroli jamy ustnej co pół roku.

Strach przed wizytą u dentysty jest nieuzasadniony, ponieważ dentysta przeprowadza leczenie zęba z dużą ostrożnością i możliwie bezboleśnie dla pacjenta. Kto jednak odczuwa strach przed leczeniem zęba, powinien koniecznie poinformować o tym dentystę, zanim rozpocznie się zabieg. Często już otwarta rozmowa pomiędzy lekarzem i pacjentem pomaga, by pacjent pozbył się takich lęków.

Regularna pielęgnacja zębów jest najważniejszym warunkiem, by zapobiec chorobom zębów. Co najmniej dwa razy dziennie powinno się przez przynajmniej trzy minuty starannie czyścić zęby.

Osoby dorosłe mogą odbyć dwa bezpłatne badania kontrolne w roku. Oprócz wprowadzającego badania zębów lekarz stomatolog może przeprowadzić dalsze, wolne od opłat badania diagnostyczne lub prewencyjne. Są to: prześwietlenie rentgenowskie, badania dziąseł i raz w roku usuwanie kamienia nazębnego. Tylko w przypadku, gdy niezbędne są dalsze badania, pacjent musi zapłacić 10 euro. Dzieci i młodzież do lat 18 są z reguły zwolnione od opłat. Badania kontrolne zębów opłacają się – osoby ubezpieczone ustawowo, które mogą udokumentować w specjalnym zeszycie (*Bonusheft*), że przynajmniej raz w roku przeprowadzały kontrolę zębów, otrzymują, w razie utraty zęba lub zębów, aż o 30 procent wyższą dopłatę do protezy zębowej. Wspomniany zeszycy można uzyskać u stomatologa.

Ten, kto pragnie skorzystać z szerszego zakresu usług dentystycznych niż ustawowo przewidziane niezbędne minimum, np. zamiast plombę amalgatowej (*Amalgamfüllung*) życzy sobie wypełnienie z tworzywa sztucznego (*Kunststofffüllung*), powinien poinformować o tym lekarza przed rozpoczęciem zabiegu.

W takim przypadku dentysta zawiera z pacjentem tzw. umowę o większych kosztach (*Mehrkostenvereinbarung*). W umowie tej osoba ubezpieczona deklaruje, że sama pokryje koszty droższych materiałów lub bardziej skomplikowanego leczenia.

Proteza zębowa

Utracony ząb musi zostać zastąpiony protezą. Protezy to korony (*Krone*), protezy klasyczne (*Prothese*) i mosty (*Brücke*). Zanim ząb zostanie zastąpiony protezą, niezbędna jest zgoda kasy chorych. W tym celu dentysta układa plan leczenia i kosztów (*Heil- und Kostenplan*), w którym wyszczególnione są m.in. badanie uzębienia oraz poszczególne etapy leczenia. Plan leczenia i kosztów jest następnie dostarczony kasie chorych. Kasa chorych sprawdza, czy proteza jest faktycznie niezbędna i wylicza wysokość dopłaty, którą musi uiścić osoba ubezpieczona.

Od 1 stycznia 2005 obowiązuje nowy system refundowania protez. Dopłaty czynione przez kasy chorych są stałe, niezależnie od tego na jaką protezę Państwo się zdecydowali. Proszę zasięgnąć informacji u stomatologa, które usługi pokrywa kasa chorych, a które nie. Część kosztów przejmują Państwo. Również za dodatkowe usługi, które wy-

chodzą poza ramy niezbędnego minimum, muszą Państwo sami płacić.

Ten, kto regularnie odwiedza gabinet dentystryczny, otrzymuje większą dopłatę do protezy. Jeśli wspomniany zeszyt prowadzony jest regularnie przez pięć lat, dopłata podwyższa się o 20%, przez dziesięć lat – o 30%. Dopłata ta może osiągnąć 65% kosztów koniecznej usługi. Dlatego też ważne jest, by regularnie prowadzić zeszyt.

Pacjenci z małymi dochodami są zwolnieni z dopłaty własnej. Kasy chorych przejmują tylko koszty niezbędnych usług.

Proszę zasięgnąć informacji w kasie chorych na temat regulacji wyjątkowych (*Härtefallregelungen*) przy zastępowaniu zęba protezą.

Ubezpieczenie na wypadek konieczności wstawienia protezy

Od 1 lipca 2005 w celu zapewnienia możliwości wstawienia protezy odprowadzana jest od Państwa dochodu składka w wysokości 0,9% dochodu brutto miesięcznie. Osób otrzymujących zasiłek dla bezrobotnych II i współubezpieczonych członków rodziny nie dotyczy dodatkowa składka.

PL

Wypadek i pobyt w szpitalu 6

Skierowanie do szpitala wystawia lekarz domowy. Muszą Państwo zabrać ze sobą kartę ubezpieczeniową, a przy zabiegu ambulatoryjnym skierowanie.

W następujących sytuacjach wyjątkowych następuje przejście kosztów leczenia w szpitalu i kosztów transportu do szpitala:

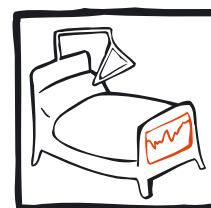
- wnioskodawca zameldowany jest w danym

miejscu i/ lub przebywa w nim,

- wnioskodawca nie jest ubezpieczony,

- wnioskodawca otrzymuje zasiłek i nie ma

wystarczająco wysokich dochodów.



Podstawa prawna: zapewnienie pomocy medycznej zgodnie z ustawodawstwem soc-

jalnym. Wniosek należy złożyć w Urzędzie Opieki Społecznej.

Niezbędne dokumenty przy składaniu wniosku:

- przed pójściem do szpitala należy przedłożyć w Urzędzie Opieki Społecznej skierowanie do szpitala wystawione przez lekarza domowego lub lekarza specjalistę (chyba że pobyt w szpitalu następuje na skutek wypadku lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia); skierowanie to musi otrzymać stempel Urzędu Opieki Społecznej (z reguły nie jako potwierdzenie ale jako zaświadczenie do wiadomości szpitala o przyznaniu świadczenia),
- dokument stwierdzający tożsamość,
- zaświadczenie o dochodach,
- zaświadczenie o posiadanym majątku lub oszczędnościach,
- zaświadczenie o pobieranym zasiłku,
- umowa najmu, ewentualnie zaświadczenie o wysokości aktualnie płaconego czynszu za mieszkanie i o wysokości zasiłku mieszkaniowego (*Wohngeld*),
- aktualne wyciągi z kont bankowych.

W razie doraźnej potrzeby (wypadek lub nagłe pogorszenie stanu zdrowia) mogą Państwo zwrócić się do dowolnego szpitala lub lekarza. W sytuacji zagrażającej życiu lekarz musi zagwarantować pierwszą pomoc lub skierować daną osobę w odpowiednie miejsce.

Świadczenia regularne (*Regelleistungen*)

Koszty leczenia stacjonarnego są rozliczane bezpośrednio z kasą chorych lub inną odpowiedzialną instytucją. Ogólne stawki pielęgnacyjne i ryczałty pokrywają wszystkie niezbędne usługi.

Koszty własne

Ustawodawca przewiduje, że osoby ubezpieczone ustawowo w kasach chorych pokrywają częściowo leczenie szpitalne. Koszt

ten to 10 euro za 1 dzień przez maksymalnie 28 dni roku kalendarzowego.

Pogotowie ratunkowe

Jeśli w nocy lub w weekend niespodziewanie potrzebujecie Państwo pomocy medycznej, możecie zadzwonić na dyżur szpitalny (*Notaufnahme eines Krankenhauses*) lub do lekarza dyżurnego (*Notarzt*). W razie wypadku i w sytuacjach zagrażających życiu proszę dzwonić do pogotowia ratunkowego (*Rettungsdienst*):

te numery telefoniczne są bezpłatne!

Po wybraniu numeru proszę podać następujące informacje:

- **Gdzie** ma miejsce wypadek?
- **Co** się wydarzyło?
- **Ilu** jest rannych / chorych?
- O obrażenia **jakiego rodzaju** chodzi?
- Następnie proszę **czekać** na dalsze pytania

Najważniejsze numery telefonów znajdują Państwo w załączniku.

Lekarstwa są dostępne tylko w aptece lub bezpośrednio u lekarza. Większość lekarstw można zakupić tylko na receptę lekarską. Lekarstwa takie zwane są **lekarstwami na receptę** (*verschreibungspflichtige Medikamente*). Lekarz wypisuje receptę, którą oddaje się w aptecę i otrzymuje się lekarstwa. Należy uiścić dopłatę. Wynosi ona maksymalnie 10 i co najmniej 5 euro.

Lekarstwa dostępne tylko w aptekach, które można zakupić bez recepty, opłacają Państwo sami.

Wyjątek: *dzieci do 12-go roku życia, zażywające lekarstwa dostępne bez recepty, niezbędne do leczenia ciężkich chorób i należące do standardowej terapii, otrzymują te lekarstwa bezpłatnie. O każdej porze dnia i nocy, co najmniej jedna apteka w okolicy ma dyżur.*

Każda osoba ubezpieczona musi (począwszy od 2004 roku) przekazywać 2% swojego rocznego zarobku brutto na dopłaty do lekarstw, środków pomocniczych i leczniczych, wizyt lekarskich i pobytów w szpitalu.

Wyjątek: *Gospodarstwa domowe o niskich dochodach lub przewlekle chore osoby mogą złożyć wniosek o zwolnienie z obowiązku płacenia tej składki.*

Przewlekle chora osoba to:

1. osoba znajdująca się pod stałą opieką lekarza (co najmniej jedna wizyta na kwartał z powodu tej samej choroby) lub
2. osoba, która wymaga pielęgnacji stopnia 2 lub 3 (*Pflegebedürftigkeit nach Stufe 2 oder 3*) lub
3. osoba będąca w co najmniej 60-ciu procentach niepełnosprawna lub osoba u której stwierdzono 60-cio procentową niezdolność do wykonywania zawodu lub
4. osoba wymagająca stałej medycznej opieki, gdyż w przeciwnym razie, według szacunku lekarza, nastąpi pogłębienie choroby, skrócenie długości życia lub trwałe pogorszenie jakości życia.



Oznacza to, że ograniczone stawki roczne wynoszą tu 1% całości zarobku.

Dlatego ważne jest, by zachowywać wszystkie kwity, począwszy od opłaty kwartalnej u lekarza, skończywszy na kwitach za lekarstwa kupione w aptecę. Gdy zostanie osiągnięta granica 1%, należy udać się do kasy chorych i tam zażądać zwolnienia z dalszych opłat do końca roku.

AIDS i HIV 8

Leczenie i prewencja

HIV: *Human Immunodeficiency Virus = ludzki wirus niedoboru (upośledzenia) odporności*

AIDS: *Acquired Immune Deficiency Syndrome = zespół nabytego upośledzenia odporności*

AIDS oznacza ciężkie osłabienie układu odpornościowego wywołane przez wirus HIV. AIDS czyni organizm podatnym na wiele wirusów, które w przypadku zdrowego człowieka są niegroźne. Nieleczone choroby wywołane



osłabieniem układu odpornościowego prowadzą do śmierci.

Dlatego niezmiernie ważne jest, by odpowiednio wcześnie się upewnić, że nie jest się zarażonym wirusem HIV. Zarażenie się wirusem HIV jest możliwe tylko poprzez krew i określone płyny wytwarzane przez organizm (nasienie, śluz pochwoy, mleko matki), które zawierają dużą ilość wirusów. Największe ryzyko niosą kontakty seksualne bez użycia prezerwatywy i wspólne używanie strzykawki przy przyjmowaniu narkotyków.

Jeśli mają Państwo pytania odnośnie HIV lub AIDS, mogą się Państwo zwrócić do Urzędów Zdrowia, poradni, czy instytucji pomagających osobom będącymi nosicielami wirusa HIV i ich rodzinom (lista z adresami w załączniku).

Tam, w poufnej atmosferze, można uzyskać informacje, czy w konkretnym przypadku zaszło ryzyko infekcji. Jeśli okaże się, że

faktycznie zaszło takie ryzyko, można przeprowadzić test stwierdzający obecność wirusa HIV. Decyzja należy tu do Państwa, test ten nie może być przeprowadzony bez Państwa wiedzy i zgody.

Jeśli faktycznie chcą Państwo mieć pewność, że nie zostali zarażeni wirusem HIV, test powinien być przeprowadzony najwcześniej trzy miesiące od ostatniej sytuacji, w której mogło dojść do zarażenia. Osoby pracujące w poradniach poinformują Państwo o możliwościach ochrony przed wirusem HIV i innych chorobach przenoszonych drogą płciową jak również o możliwościach uzyskania pomocy w konkretnym przypadku i o możliwościach leczenia.

Prezerwatywy mogą zapobiec przenoszeniu się wirusa drogą płciową. Można je kupić w supermarketach, drogeriach, aptekach, na wielu stacjach benzynowych i w specjalnych automatach.

PL

9 Pomoc dla kobiet i dziewcząt, które doznały przemocy



Przemoc jest przestępstwem podlegającym karze – niezależnie od tego, czy przemoc ma miejsce w domu, czy w miejscu publicznym.

Dlatego przemoc ze strony osób bliskich i rodziny traktuje się tak samo jak przemoc w miejscu publicznym. Ściganie przestępstwa jest ważne, by zapobiec przemocy na przyszłość. W ten sposób osobie dokonującej przemocy daje się do zrozumienia, że zachowanie jej nie jest społecznie tolerowane czy akceptowane.

Przemoc na kobietach i dziewczętach może dotyczyć m.in. następujących deliktów:

- obraza (*Beleidigung*)
- najście domu (*Hausfriedensbruch*)
- uszkodzenie przedmiotów (*Sachbeschädigung*)
- zmuszanie (*Nötigung*)
- grożenie (*Bedrohung*)
- pozbawienie wolności (*Freiheitsberaubung*)
- zmuszanie do czynów seksualnych (*sexuelle Nötigung*), gwałt (*Vergewaltigung*)
- znęcanie się nad podopiecznymi (dziećmi) (*Misshandlung von Schutzbefohlenen*)

- obrażenie cielesne, uszkodzenie ciała (*Körperverletzung*)
- usiłowanie mordu (*Mordversuche*), fizyczne znęcanie się mogące spowodować śmierć (*Totschlagsversuche*).

Ściganie przestępstwa zaczyna się od doniesienia o przestępstwie. Oznacza ono poinformowanie policji, prokuratury lub sądu o podejrzeniu o przestępstwie i może być dokonane nie tylko przez osobę poszkodowaną lecz przez każdą osobę – ustnie, telefonicznie lub pisemnie. W przypadku migrantów, obok ogólnych kwestii dotyczących wszystkich osób, należy uwzględnić dodatkowe kwestie prawne o dużym znaczeniu, które wynikają z prawnego statusu pobytowego. Niezależnie od kraju pochodzenia ustawa o ochronie przed przemocą (*Gewaltschutzgesetz*) zapewnia, że w każdym wypadku znajduje zastosowanie prawo Republiki Federalnej Niemiec.

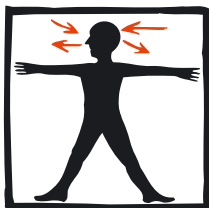
Co oznacza to dla Państwa?

- Ze względu na specyficzne zagadnienia prawa pobytowego koniecznie należy zasięgnąć rady w specjalnych poradniach (*Beratungsstelle*), u pełnomocnika do spraw obcokrajowców (*Ausländerbeauftragte*) lub u prawnika (*Rechtsanwalt*).
- Proszę nie obawiać się, że poinformowanie policji o przestępstwie obróci się na Państwa niekorzyść. Powinno się koniecznie poinformować policję po to, by chronić dzieci i siebie samego oraz by zabezpieczyć dowody. Również nakaz policyjny zobowiązujący oprawcę do opuszczenia wspólnego miejsca zamieszkania na 10 dni nie ma żadnego wpływu na Państwa prawo do pobytu w Niemczech.
- Pakże ucieczka do specjalnego domu dla kobiet (*Frauenhaus*) (adresy w załączniku) nie niesie ze sobą żadnego ryzyka, jeśli chodzi o prawo do pobytu w Niemczech.
- Jeśli Państwa prawo do pobytu jest warunkowane życiem w małżeństwie,

możecie Państwo – niezależnie od tego jak długo żyjecie w związku małżeńskim w Niemczech – złożyć specjalny wniosek na podstawie §§ 1 i 2 ustawy o chronie przed przemocą. Złożony wniosek ma dopiero wtedy wpływ na pobytowy status prawny Państwa, gdy wspólnota małżeńska ustaje i następuje rozwód.

- W wypadku migrantek bez własnego niezależnego statusu pobytowego szczególnie ważne jest dokumentowanie wszystkich obrażeń tak, żeby w razie potrzeby móc wykazać powagę zagrożenia w jakim znajduje się osoba poszkodowana. Osoby, które doznały przemocy, powinny bezzwłocznie wyszukać lekarza (podczas weekendu zgłosić się do lekarza dyżurnego) i udokumentować odniesione urazy.
- Jeśli ofiara przemocy i sprawca mieszkają w jednym mieszkaniu, istnieje możliwość odseparowania ofiary domowej przemocy od sprawcy. W ten sposób uniemożliwia się sprawcy wyszukanie osoby poszkodowanej i ponowne znęcanie się. W celu ochrony osoby poszkodowanej możliwe jest przeniesienie do innego mieszkania na terenie okręgu lub nawet do innego okręgu.

10 Psychoterapia



Psychoterapia jest „nauką o leczeniu duszy“. Psychoterapia oznacza fachową pomoc dla osób mających problemy na tle psychicznym (np. depresję – przyp. tłumacza). Osoby, które ze względu na *trudności, zaburzenia, symptomy, problemy* nie radzą sobie w życiu, i nie potrafią lub nie mogą same lub przy pomocy innych znajomych osób pokonać tych problemów, szukają porady psychoterapeutycznej. Cierpienia opisane tutaj mogą dotyczyć różnych dziedzin życia: partnerstwa, seksualnego pożycia, pracy i życia codziennego. Cierpienia te mogą przybierać różne formy.

Psychoterapia może pomóc!

W atmosferze dyskrecji pacjent opowiada psychoterapeucie o sobie i o swoich problemach. Rozmowa ta daje możliwość podzielenia się bolesnym doświadczeniem, wspomnieniami i strachem z drugą, zaufaną osobą. Poprzez warunki, w jakich odbywa się psychoterapia (m.in. stałe i regularne terminy, neutralność terapeuty) nieuświadomione wzorce konfliktowe mogą być świadomie przeanalizowane. Tak więc związki pomiędzy złym samopoczuciem i jego przyczynami mogą być rozpoznane. Z reguły pacjent, pomimo dobrej woli, nie jest w stanie sam, z własnej siły rozpoznać tych zależności i uczynić z tej wiedzy pożytek dla siebie.

Psychoterapia oznacza tym samym rozwój nowych rozwiązań i wzorców działania w obecnym życiu z samym sobą i innymi. To, że problemy na podłożu psychicznym oznaczają nie tylko pracę terapeutyczną lecz także mogą być źródłem nowych sił, jest ważnym doświadczeniem.

Źródło: Niemieckie Towarzystwo Psychoanalityczne (*Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft*)

Powinniście Państwo wiedzieć, że istnieją trzy sposoby przeprowadzania terapii, które w Niemczech są uznawane przez kasy chorych:

- terapia psychoanalityczna (*Psychoanalytische Therapie*)
- psychoterapia na bazie głębokiej psychologii (*tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie*)
- terapia zachowania (*Verhaltenstherapie*).

Wymienione trzy sposoby są, jeśli chodzi o skuteczność terapii, takie same. Dla pacjenta ważne jest omówienie z terapeutą, która metoda jest najlepsza w danej sytuacji. Wszystkie inne formy terapii, jak terapia kształtowania (*Gestalttherapie*), psychodrama (*Psychodrama*), terapia rodzinna (*Familientherapie*), terapia bioenergetyczna (*Bioenergetik*), psychoterapia ciała (*Körperpsychotherapie*), etc. nie są uznawane przez kasy chorych. Tym samym koszty przeprowadzenia tych terapii nie będą zwracane przez kasy chorych osobom ubezpieczonym ustawowo. Różnice pomiędzy poszczególnymi metodami to również różnice w ilości godzin terapeutycznych, niezbędnych by terapia odniosła skutek. Ilość godzin musi być również zatwierdzona przez kasę chorych. Z reguły psychoterapeuci z licencją terapii zachowania lub psychoterapii na bazie głębokiej psychologii mogą zatwierdzić w kasie chorych do 100 godzin terapii z jednym pacjentem. Psychoterapeuci posiadający licencję na przeprowadzanie terapii psychoanalitycznej mogą uznać do 300 godzin.

Obok formy terapii ważne jest, by pacjent już po pierwszej rozmowie czuł się dobrze z danym terapeutą. Jeśli po kilku godzinach terapii ciągle jeszcze nie macie Państwo zaufania do psychoterapeuty, powinniście poszukać innego. Dwie pierwsze godziny terapii określa się jako „próbne“ tzn. przygotowujące. Podczas tych spotkań terapeuta stawia diagnozę i w razie potrzeby wskazuje

metodę leczenia. Po odbyciu tych próbnych godzin u psychoterapeuty, jednakże zanim terapeuta rozpocznie faktyczną terapię, musicie Państwo udać się do lekarza np. lekarza domowego. Lekarz ten stwierdza, czy organizm Państwa jest zdrowy, czy nie musicie Państwo dodatkowo się leczyć.

Ustawowe kasy chorych przejmują koszty psychoterapii jedynie przy zaburzeniach psychicznych o podłożu chorobowym. Problemy życiowe, małżeńskie, poradnictwo wychowawcze nie są opłacane przez kasy chorych. Jak znaleźć odpowiedniego terapeuty? Żółte strony (*Gelbe Seiten*): adresy i numery telefoniczne psychoterapeutów znajdują Państwo w branżowej książce telefonicznej lub na stronie internetowej organizacji *Kassenärztliche Vereinigung* (www.kvbb.de).

11 Przegląd badań prewencyjnych i szczepień ochronnych

Wczesne rozpoznanie raka

rodzaj badania	wiek	pleć	częstotliwość	uwagi	dalsze informacje
badanie genitalii	od 20-go roku życia	kobiety	co roku	<ul style="list-style-type: none"> - wywiad lekarski (np. pytania o zaburzenia w krążeniu krwi, upławy) - inspekcja ujścia macicy - rozmaz i badania cytologiczne - ginekologiczne badanie dotykowe 	wskazówki na temat: jak wcześnie rozpoznać raka Internet: www.g-ba.de
badanie prostaty i genitalii	od 45-go roku życia	mężczyźni	co roku	<ul style="list-style-type: none"> - wywiad lekarski - inspekcja i badanie dotykowe zewnętrznych organów płciowych - badanie dotykowe prostaty - badanie dotykowe okolicznych węzłów chłonnych 	
badania piersi i skóry	od 30-go roku życia	kobiety	co roku	<ul style="list-style-type: none"> - wywiad lekarski (np. pytania o zmiany na skórze, zmiany w piersiach) - inspekcja oraz badanie dotykowe piersi i okolicznych węzłów chłonnych kończące się pouczeniem, jak przeprowadzić samobadanie 	
badania skóry	od 45-go roku życia	mężczyźni	co roku	- razem z badaniem genitalii i prostaty	
badanie jelita grubego i odbytnicy	od 50-go roku życia	kobiety i mężczyźni	co roku	<ul style="list-style-type: none"> - docelowe poradnictwo - badanie dotykowe odbytnicy - test na ukrytą krew w stolcu (co roku do 55-go roku życia) 	
wziernikowanie jelita	od 55-go roku życia	kobiety i mężczyźni	2 badania w odstępie 10-ciu lat	<ul style="list-style-type: none"> - docelowe poradnictwo - 2 badania w odstępie 10-ciu lat lub test na ukrytą krew w stolcu co 2 lata 	

rodzaj badania	wiek	pleć	częstotliwość	uwagi	dalsze informacje
mammografia	od 50-go do 69-go roku życia	kobiety	co 2 lata	<ul style="list-style-type: none"> - zaproszenie do specjalistycznej placówki posiadającej certyfikat - informacja - badanie rentgenowskie piersi metodą mammografii 	wskazówki na temat: jak wcześniej rozpoznać raka Internet: www.g-ba.de

Sprawdź swoje zdrowie

rodzaj badania	wiek	pleć	częstotliwość	uwagi	dalsze informacje
kontrola	od 35-go roku życia	kobiety i mężczyźni	co 2 lata	<p>Wczesne rozpoznanie często występujących chorób jak: choroby serca i układu krążenia, choroby nerek, cukrzyca (Diabetes melitus).</p> <p>Obejmuje następujące badania:</p> <ul style="list-style-type: none"> - wywiad lekarski, w szczególności rozpoznanie profilu ryzyka, - badania kliniczne (badanie ciała i badanie ciśnienia krwi), - badanie krwi i moczu, - omówienie wyników badań z pacjentem. 	wskazówki na temat: jak zachować zdrowie Internet: www.g-ba.de

Prewencyjne badania zębów

rodzaj badania	wiek	pleć	częstotliwość	uwagi	dalsze informacje
badania zębów, jamy ustnej i szczęki	- do 6-go roku życia - od 6-go do 18-go roku życia	dziewczeta i chłopcy	- 3 razy do 6-go roku życia - jeden raz w półroczu od 6-go roku życia	rozpoznanie ryzyka próchnicy - poradnictwo dot. higieny jamy ustnej - inspekcja jamy ustnej - motywowanie do profilaktyki	wytyczne dotyczące badań wczesnego rozpoznania i wskazówki dot. indywidualnej profilaktyki Internet: www.kzbv.de
badania prewencyjne zębów	- od 18-go roku życia	kobiety i mężczyźni	jeden raz w półroczu	- badanie wprowadzające - badanie w ramach specjalnego zeszytu (Bonusheft)	do 31.12.2004: § 30 ustęp 2 zdanie 4 i 5 SGB V (ustawodawstwo socjalne) (SGB = Sozialgesetzbuch) od 1.1.2005: § 55 ustęp 1 zdanie 4 i 5 SGB V

Badania prewencyjne w okresie ciąży

rodzaj badania	dalsze informacje
<p>Do badań prewencyjnych w okresie ciąży należy stwierdzenie ciąży jak również opieka medyczna podczas jej trwania i po porodzie. Pacjentka jest badana i udzielane jest jej poradnictwo, np. na temat konieczności szczególnej dbałości o zdrowie w okresie ciąży i przy zaniechaniu tego – o związanym z tym ryzykiem, również na temat odżywiania się w okresie ciąży.</p> <p>Lekarze, położne i kasy chorych działają tu razem.</p> <p>Do świadczeń prewencyjnych należą m.in.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - rozpoznanie i obserwacja ciąży ryzykownej, - diagnostyka ultradźwiękowa, - badanie serologiczne na obecność infekcji, - badanie i poradnictwo położnic. 	<p>wytyczne o macierzyństwie</p> <p>Internet: www.g-ba.de</p>

Badania dzieci i młodzieży

Dzieci i młodzież do 18-go roku życia są zwolnione z opłat za wizytę u lekarza. Ustawowe ubezpieczenie zdrowotne przejmuje koszty szeregu badań prewencyjnych i wczesnego rozpoznania u dzieci i młodzieży. Zaraz po przyjściu dziecka na świat, rodzice otrzymują w szpitalu lub u lekarza dziecięcego zeszyt badań dla dziecka, w którym jest dokładnie wyliczone, kiedy jakie badanie należy przeprowadzić.

rodzaj badania	wiek	pleć	częstotliwość	uwagi	dalsze informacje
badania typu U	Od momentu urodzenia do 6-go roku życia	dziewczęta i chłopcy	badania wczesnego rozpoznania u dzieci do 6-go roku życia obejmują razem 9 badań (od U1 do U9)	Pierwsze badanie ma miejsce bezpośrednio po przyjściu dziecka na świat. Badany jest rozwój ciała i rozwój psychiczny. Lekarze zwracają szczególną uwagę m.in. na: <ul style="list-style-type: none"> - zakłócenia w okresie noworodkowym, - wrodzone zakłócenia przemiany materii, - zakłócenia w rozwoju i zachowaniu dziecka, - narządy zmysłu, narządy oddechowe i narządy trawienne, - zęby, szczękę, jamę ustną, - szkielet i muskulaturę. 	Wskazówki dotyczące dzieci Internet: www.g-ba.de
badania typu J	pomiędzy 13 i 14 rokiem życia	dziewczęta i chłopcy	badanie	wywiad lekarski ze szczególnym zwróceniem uwagi na m.in.: <ul style="list-style-type: none"> - wyraźne psychiczne zakłócenia w rozwoju/ zachowaniu, - zachowanie zagrażające zdrowiu (palenie, spożywanie alkoholu, używanie narkotyków), - problemy w nauce; badania ciała, m.in.: <ul style="list-style-type: none"> - pobranie masy ciała, - stwierdzenie ewentualnych zaburzeń we wzroście i rozwoju cielesnym, - badanie organów gardłowych, klatki piersiowej i organów brzusznych. 	Badania zdrowia młodzieży Internet: www.g-ba.de

Szczepienia ochronne

Koszty szczepień ochronnych mogą być pokryte przez kasy chorych jako tzw. świadczenie statutowe (*Satzungsleistung*). Oznacza to, że regulacje dotyczące świadczeń kas chorych jeśli chodzi o szczepienia, nie są identyczne. Nawet jeśli nie można wychodzić z założenia, że kasa chorych automatycznie przejmie koszty szczepień zalecanych dla niemowląt, dzieci i młodzieży przez Stałą Komisję Szczepień (*STIKO = Ständige Impfkommission*), z reguły jednak ma to miejsce. Również koszty pewnych szczepień dla dorosłych są pokrywane przez kasę chorych. Nie są pokrywane koszty szczepień wyjazdowych.

szczepionka	grupa wiekowa	uwagi	dalsze informacje
szczepienia regularne dla niemowląt, dzieci i młodzieży	szczepienia, które zgodnie z zaleceniami Stałej Komisji Szczepień powinno otrzymać każde dziecko	<ul style="list-style-type: none"> - wirusowe zapalenie wątroby typu B - dyfteryt, tetanus - polio (paraliż dziecięcy), szczepienie regularne również dla dorosłych, którzy wykazują brak odporności - hemofilia typu B, koklusz - odra, świnka, różyczka - ospa wietrzna 	<p>Ogólnoniemiecki Raport Zdrowia, zeszyt 1, Zalecenia Stałej Komisji Szczepień</p> <p>Internet: www.rki.de</p>
szczepienia powtórne (różnie regulowane przez kasy chorych)	szczepienia, które służą odnowieniu odporności u dorosłych uprzednio już zaszczepionych lub szczepienia dorosłych, którzy nie zostali zaszczepieni wcześniej	<ul style="list-style-type: none"> - dyfteryt (zaleca się co 10 lat) - tetanus 	
szczepienia powtórne (różnie regulowane przez kasy chorych)	szczepienia dla osób w określonym wieku lub osób szczególnie zagrożonych i ich bliskich	<ul style="list-style-type: none"> - grypa (szczepienie standardowe dla osób powyżej 60-go roku życia) - zapalenie płuc (szczepienie standardowe dla osób powyżej 60-go roku życia) - zapalenie opon mózgowych - hemofilia typu B - wirusowe zapalenie wątroby typu A i B - wścieklizna - polio (paraliż dziecięcy) - ospa wietrzna - różyczka, koklusz 	

Zadatak javne zdravstvene službe u pokrajini Brandenburg je zdravstvena zaštita i očuvanje zdravlja stanovništva. Svaki okrug i grad u pokrajini Brandenburg ima po jednu zdravstvenu ustanovu. Zdravstvene ustanove, njihova savjetovališta te radno vrijeme dostupni su preko upravnih organa svakog okruga i na internetu. One daju poseban doprinos u sprečavanju bolesti, očuvanju i unapređenju zdravlja građana u okrugu. Uz to postoje i specijalne ponude za očuvanje zdravlja za djecu i mlade, za invalide i građane sa teškim zdravstveno-socijalnim problemima.

Najvažnija savjetovališta zdravstvenih ustanova su:

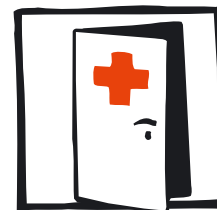
Dječja zdravstvena služba i zdravstvena služba za mlade

Dječji ljekari u zdravstvenoj ustanovi Vas žele podržati u nastojanju da Vam djeca po mogućnosti odrastaju i razvijaju se zdravo. Oni će Vam pružiti savjet i pomoći kada se kod Vašeg djeteta pojave zdravstveni problemi, znakovi razvojnog poremećaja ili invaliditeta i javi potreba za specijalnim tretmanima. Dječji ljekari zdravstvene službe vrše redovne sistematske zdravstvene preglede u vrtićima i školama (kada dijete podje u školu, te u 6. i 10. razredu). Cilj te ponude je da se blagovremeno otkriju razvojni poremećaji ili oboljenja kod Vaše djece i pravovremeno preduzmu adekvatne mjere liječenja i terapije. Za to se daju preporuke za vakcinaciju ili se vakcinacija vrši na licu mjesta u zdravstvenoj službi. Za sva pitanja vezana za očuvanje zdravlja postoji savjetovanje: ishrana, motorika, liječenja govornih mana, pomoć djeci sa psihičkim problemima itd.

Dječja zubarska služba

Dječji zubari u zdravstvenoj ustanovi pomažu Vašoj djeci u očuvanju i njegovanju zdravih zubi. Zubarski pregled se vrši u vrtićima i školama od djetetove 2. godine (kada prvi zubi počinju da rastu) do 16. godine

života. Pri tome dobijate informaciju da li su prisutna oboljenja zubi i desni ili postoje deformacije vilica. Po potrebi Vam se izdaju uputi za zubara ili stomatologa.



Higijena i preventivna zaštita od zaraznih bolesti

Osnovni zadatak službe je sprečavanje pojave i širenja infekcija. Kod zaraznih bolesti poput tuberkuloze, žutice, virusne gripe, trovanja salmonelom, najvažnije je da se one na vrijeme otkriju ne bi li se spriječilo njihovo dalje širenje. Prije putovanja u neku stranu zemlju možete saznati da li Vam je vakcinacija potrebna i obaviti je na licu mjesta u javnim zdravstvenim ustanovama.

Takodje se sprovodi preventivna zdravstvena zaštita za sve one koji traže zaposlenje u proizvodno prehrambenim djelatnostima na osnovu paragrafa 43, član 1 Zakona o preventivnoj zaštiti i vakcinaciji. Svi zaposleni koji rade u proizvodnji životnih namirnica ili indirektno dolaze u dodir sa njima, podliježu obavezi preventivnih mjera.

Preventivnu zaštitu dobijaju svi zaposleni u kuhinjama, restoranima, kantinama, kafeima, službama za zbrinjavanje i njegu. Konobarima, zaposlenima u uslužnim djelatnostima, kao i onima koji rade sa spakovanim životnim namirnicama ova zdravstvena potvrda nije potrebna.

Socijalno-psihijatrijska služba

Socijalno-psihijatrijska služba pruža pomoć

- ljudima u psihičkoj krizi
- ovisnicima od droge i alkohola
- psihički oboljelim starijim osobama (npr. alchajmerova bolest)
- pri bolničkom liječenju i nakon njega
- članovima porodice ljudi sa psihičkim problemima

Ova služba je na raspolaganju i svima koji zbog posljedica migracije imaju psihičke pro-

bleme. Njima se pruža specijalni tretman. Savjetovanje je besplatno i obavlja se uz najveću moguću diskreciju.

Zdravstvena ustanova – izdavanje atesta

Zdravstvena ustanova izdaje službena uvjerenja i potvrde i obavlja poslove vještačenja. Ukoliko podnosioci zahtjeva za azil na primjer, iz zdravstvenih razloga traže premještaj iz doma za azilante u privatni stan, ili ako im je neophodan specijalan zdravst-

veni tretman, potrebna im je potvrda od ljekara ili psihologa javne zdravstvene ustanove kako bi im socijalna služba odobrila zahtjev. Isto važi i u slučaju kada nadležni organi zatraže provjeru zdravstvenog stanja osoba pred protjerivanje, tj. provjera da li je u stanju da putuje i ako podnosioci zahtjeva za azil traže odlaganje protjerivanja iz zdravstvenih razloga. Važno je istaknuti da su ljekari u zdravstvenoj ustanovi nezavisni u svom poslu, specijalizovani i veoma iskusni.

2 Zdravstveno osiguranje



Osobe koje žive i rade u Njemačkoj moraju biti zdravstveno osigurane. Devedeset posto stanovnika su zakonom zdravstveno osigurani. Ako

se razbolite trebate na pregled kod ljekara ili u bolnicu, Vaše zdravstveno osiguranje snosi troškove pregleda. Ako zbog bolesti ne možete raditi, poslodavac plaća Vaše bolovanje šest sedmica. Nakon toga što znači od 7. sedmice primete jedno određeno vrijeme prihod od zdravstvenog osiguranja.

Ko je sve zakonski zdravstveno osiguran?

Od 1.4.2007 građani Republike Njemačke moraju biti obavezno zdravstveno osigurani. Obavezno zdravstveno osigurani su radnici i zaposleni čija su lična primanja iznad 400 eura i ispod 47.700 eura (godišnje). U to se svrstavaju takodje učenici, nezaposleni, penzioneri, studenti, umjetnici i publicisti. Članovi porodice koji takodje žive u Republici Njemačkoj imaju pravo na besplatno osiguranje ako nemaju lična primanja, odnosno ako su ta primanja nedovoljna. Djeca su samo do određene starosne dobi osigurana, a

to zavisi i od školovanja. Zakonom imaju sva djeca pravo na besplatno osiguranje do 18 godine uz roditelje.

Svaki član Vaše porodice dobit će zdravstvenu karticu takozvanu *Versicherungskarte*. Pri odlasku kod ljekara plaća se taksa u iznosu od 10 eura po kvartalu, nezavisno od toga koliko će pregleda biti obavljeno u ta tri mjeseca.

Osigurani plaćaju određeni mjesečni samodoprinos zdravstvenom osiguranju, čija visina zavisi od mjesečnog primanja. Ovaj samodoprinos je kod svakog zdravstvenog osiguranja različitog iznosa. Jedan dio plaćate Vi, drugi dio plaća Vaš poslodavac. Pri izboru zdravstvenog osiguranja trebate obratiti pažnju na visinu mjesečnog samodoprinos, kao i na usluge koje Vam nudi pojedino zdravstveno osiguranje.

Ustanova za rad (*Bundesagentur für Arbeit*) preuzima visinu samodoprinos za zdravstveno osiguranje za nezaposlene, kao i za osobe koje primaju dodatnu pomoć za život. Osobe koje žive od socijalne pomoći imaju pravo na podjednake usluge kao i ostali.

Slobodno biranje osiguranja

Radnici i zaposleni kod kojih su godišnja pri-

manja veća od 47.700 eura (stanje 2007), mogu se također osigurati kod državnog zdravstvenog osiguranja, ako su prije napuštanja državnog zdravstvenog osiguranja, najmanje 12 mjeseci bili osigurani kod istog, odnosno ako su u toku posljednjih pet godina sa prekidima bili državno osigurani najmanje 24 mjeseca.

Privatno osiguranje

Samostalni kao i zaposleni radnici, koji nisu osigurani kod jednog od državnih osiguranja, mogu se privatno osigurati. Visina samodoprinosu kod privatnog osiguranja zavisi od usluga koje koristite, kao i od starosti i zdravlja osigurane osobe. Kod starijih osoba, kao i kod osoba lošeg zdravstvenog stanja privatno osiguranje je skuplje. Privatno zdravstveno osiguranje može odbiti osobe kod

kjih postoji veći zdravstveni rizik. Od 2009 privatno zdravstveno osiguranje je obavezno ponuditi osnovne usluge, koje su na nivou državnog zdravstvenog osiguranja, bez provjere zdravstvenog stanja osiguranika.

Osobe koje su privatno osigurane preuzimaju sve troškove ljekarskih pregleda, kao i troškove lijekova. Nakon izvjesnog vremena ti troškovi će Vam biti vraćeni od Vašeg privatnog zdravstvenog osiguranja.

Osiguranje u inostranstvu

Ovo sve važi za države koje su članice Evropske Unije, kao i za države koje su sklopile ugovor o socijalnom osiguranju. Prije nego sto otputujete u neku od ovih država, posavjetujte se sa Vašim zdravstvenim osiguranjem. Ono će Vas informisati o svim mogućnostima ili Vam izdati karton za liječenje.

Pravna regulativa medicinske zaštite migranata/ica 3

Medicinska zaštita prema odredbama iz Zakona o socijalnim primanjima za azilante (AsylbLG)

Podnosioci zahtjeva za azil, stranci koji imaju Duldung i svi sa obavezom napuštanja zemlje, prema odredbama Zakona o azilu, imaju pravo na medicinsku zaštitu. Za one koji svoja prava ostvaruju preko člana 3 AsylbLG medicinska zaštita je ograničena. Medicinsko zbrinjavanje osigurano je samo u slučaju akutnih oboljenja i teških bolova.

Dalja ograničenja odnose se i na stavljanje vještačkih (umjetnih) zubi. Ono je predviđeno samo ukoliko je iz medicinskih razloga neodložno, da bi se izbjegle moguće pogubne posljedice kao npr. želudačnih oboljenja (nedovoljno lučenje kiseline). Ova ograničenja ne važe za ostale stomatološke tretmane,

kao što su liječenje karijesa i korijena zuba.

Nikakvih ograničenja nema u visini izdataka medicinske zaštite za trudne žene izbjeglice. One imaju neograničeno pravo na medicinsku zaštitu i njegu za vrijeme trudnoće, porodjaja i nakon njega. To se također odnosi i na preventivne mjere zaštite, vakcinacija djece i odraslih.



Podnosioci zahtjeva za azil imaju pravo na slijedeće medicinske usluge:

- medicinske preglede za vrijeme trudnoće, doprinose za porodjaj i njegu nakon porodjaja
- dječje ljekarske preglede U1 do J1, gineko-loške preglede, godišnje preglede u svrhu

HR
SCG
BIH

ranog otkrivanja mogućih kanceroznih oboljenja za žene od 20. godine, muškarce od 35. godine i opšti ljekarski pregled (na svake dvije godine)

- polugodišnji pregled kod zubara za djecu i mlade do 18. godine, a potom godišnji stomatološki pregled
- vakcinacija djece i vakcinacija odraslih protiv tetanusa, difterije i dječje paralize

Svi koji primaju pomoć na osnovu Zakona za socijalna primanja za azilante dobijaju od socijalne službe uput za ljekara čiji je rok važenja jedan godišnji kvartal. Medicinska zaštita podnosioca zahtjeva za azil koji nisu osigurani preko nekog osiguravajućeg zavoda je u nadležnosti socijalne službe.

Svi koji primaju socijalnu pomoć po osnovu paragrafa 3 nisu obavezni da plaćaju dodatne doprinose.

Primaoci pomoći na osnovu paragrafa 2 Zakona o socijalnim primanjima za azilante stiču prava na veće doprinose za zdravstvenu zaštitu. Takodje svi koji imaju Duldung, nakon tri godine boravka, stiču pravo na veća davanja dokle god postoji nemogućnost napuštanja zemlje iz objektivnih razloga.

Ova lica se, kao i svi koji primaju socijalnu pomoć, osiguravaju kod jednog, po svom izboru odabranog osiguranja i dobijaju karticu.

Svi koji ostvaruju prava na osnovu paragrafa 2 podliježu obavezi dodatnog plaćanja za zdravstvene usluge. Dodatne troškove za ljekarske preglede, lijekove i bolničko liječenje moraju sami da snose. Isto važi i za sve koji podliježu pravnoj regulativi za posebno teške slučajeve (Härtefallregelungen).

Medicinska zaštita za primaoce socijalne pomoći

Primaoci socijalne pomoći se zdravstveno osiguravaju nakon mjesec dana od početka primanja socijalne pomoći i dobijaju svoju

zdravstvenu karticu. Ukoliko neko ne nadje kasu osiguranja po svom izboru, socijalna služba ga onda osigurava preko kase koju nadje. Osiguranici podliježu zakonskoj regulativi dodatnog plaćanja (pogledati poglavlje 7 Dodatno plaćanje).

Dodatni troškovi liječenja ne smiju prijeći granicu od 2% ukupnih socijalnih davanja predviđenih budžetom. Za hronične bolesnike je gornja granica 1%. Ukoliko je jedan član porodice (bračni partner ili punoljetno dijete) hronično bolestan, granica se pomjera i određuje se prema ukupnim porodičnim primanjima. Ukoliko iznos dodatnih troškova za zdravstvene usluge svih članova porodice zajedno premašuje ovu granicu, oni se tada oslobadaju obaveze dodatnog plaćanja.

Djeca mlađa od 18 godina oslobodjena su dodatnog plaćanja.

Preporučuje Vam se da sve račune dodatnih troškova liječenja sačuvate i čim predju u toku godine predviđenu granicu (dakle, 2% i 1% za teške hronične bolesnike), odmah podnesite zahtjev kod kase osiguranja za oslobadjanje od plaćanja dodatnih troškova za ostatak godine. Račune prilažete uz zahtjev. Kasa će Vam nadoknaditi troškove za sve prekoračene iznose.

Liječenje može biti ambulantno ili stacionarno.

Kada se razbolite, ljekari opšte prakse su prvi kojima se obraćate za pomoć. Uglavnom su to ljekari opšte medicinske prakse ili internisti. Oni se brinu o osnovnoj zdravstvenoj zaštiti, pružaju Vam prvu medicinsku pomoć i izdaju upute za ljekare specijaliste.

Za ljekarski pregled potrebno je zakazati termin. Ukoliko na rezervisani termin ne možete da dodjete, obavijestite svog ljekara što prije i otkazite mu. Ako se razbolite i morate na pregled odmah, možete otići ljekaru bez zakazanog termina, s tim što ćete onda možda malo duže čekati.

Za svaki prvi odlazak na ljekarski pregled, bilo kod ljekara opšte prakse ili ljekara specijaliste, plaća se 10 eura doprinosa za jedan godišnji kvartal. Mora se pokazati kartica zdravstvenog osiguranja ili zdravstvena legitimacija socijalne službe.

Vaš ljekar Vam izdaje upute za ljekare specijaliste. Kod njih se dalje ništa više ne plaća. Plaća se samo pri prvoj posjeti ljekaru, je-

danput za jedan godišnji kvartal 10 eura.

Za preventivne zdravstvene preglede i vakcinaciju ovaj doprinos se ne plaća.



U osnovi za sve vrste doprinosa dodatno plaćanje dostiže iznos od 10 eura, najviši je 10 a najmanji 5 eura.

Specijalnom klauzulom u Zakonu je regulisano do koje mjere čovjek mora sam da plaća učešće za svoje liječenje. Godišnje ono ne smije da iznosi više od 2% osiguranikovog bruto prihoda, za teške hronične bolesnike 1%. Ozbiljna hronična bolest je svaka ona zbog koje čovjek najmanje jednom u godišnjem kvartalu i to duže od godinu dana mora da posjećuje ljekara.

Ukoliko ste zaposleni i zbog bolesti niste u stanju da izvršavate Vaše radne obaveze, potrebna Vam je potvrda od ljekara da ste radno nesposobni. Potvrda se daje poslodavcu i Vašem osiguranju. Mora se izvaditi najkasnije trećeg dana nakon što ste se razboljeli.

Liječenje zubi 5

HR
SCG
BIH

Zdravi zubi neposredno utiču na očuvanje našeg cjelokupnog zdravlja. Redovni stomatološki pregledi su neophodni da bi se pravovremeno ustanovila oboljenja zubi, desni i tumorna oboljenja kako bi se ona na vrijeme liječila. Stomatolozi zato preporučuju da se ide na kontrolu dva puta godišnje.

Bezrazložan je strah od zubara jer svaki stomatolog vodi jako računa da tretman bude što manje bolan, ako ne, i potpuno bezbolan. Ako Vaš strah prevlada, recite to Vašem zubaru prije nego li odete kod njega. Otvoreni i

iskreni razgovor ljekara sa pacijentima može da pomogne da se strah savlada.



Stalna njega zubi je najvažniji preduslov za izbjegavanje oboljenja. Zube treba prati najmanje dva puta dnevno po tri minuta.

Odrasli ne plaćaju dva zubarska pregleda u godini. Isto važi i za još neke stomatološke usluge vezane za ustanovljavanje dijagnoze i preventivnu zaštitu, kao što su snimanje na

rentgenu, pregled desni i jednom godišnje čišćenje kamenca. Samo u slučaju daljih intervencija pacijent mora da nadoknadi 10 eura doprinosu. Djeca i mladi do 18. godine su oslobođeni plaćanja ove nadoknade. Redovne kontrole kod zubara se isplate na duži rok jer svaki zakonski osiguranik koji najmanje jednom u godini ide na zubarsku kontrolu ispunjava bonus i ostvaruje pravo na 30% većih uplata u slučaju postavljanja umjetnih (vještačkih) zubi. Bonus knjižica može se uzeti kod zubara.

Ukoliko neko želi posebne stomatološke usluge čiji troškovi prevazilaze predviđene *medicinski neophodne*, kao što su npr. mjesto amalgamskih plombi, bijele plombe, morao bi se prvo sa svojim zubarem oko toga dogovoriti.

U tom slučaju zubar i osiguranik sklapaju dogovor o posebnom plaćanju kojim se osiguranik obavezuje da će sam snositi sve dodatne troškove liječenja.

Umjetni (vještački) zubi

Izvadjeni zub mora se vještački nadomjestiti. Vještački zubi su krune, proteze i mostovi. Prije njihovog namještanja osiguranje mora to da odobri. Zubar pravi proračun visine troškova svojih usluga i šalje ga Vašem zdravstvenom osiguranju koje provjerava neophodnost zubarske intervencije i određuje novčanu nadoknadu za nju.

Od 1.1.2005 važi novi sistem nadoknade za postavljanje zubi. Zdravstveno osiguranje plaća tačno ustanovljene iznose nezavisno od toga za koju ste se vrstu umjetnih zubi odlučili. Raspitajte se kod Vašeg zubara o tome koje doprinose osiguranje plaća a koje ne. Jedan dio troškova preuzimate sami. Sами plaćate svaku ekstra zubarsku uslugu koja ne spada u one neophodne.

Svako onaj ko redovno ide kod zubara dobija veći ustanovljeni doprinos za

stomatološke usluge. Ukoliko je bonus ispunjen u zadnjih pet godina, ovaj doprinos se povećava za 20%, a za deset godina za 30%. Novčani doprinos može pokriti 65% troškova za sve neophodne stomatološke usluge. Zbog toga je potrebno imati u vidu stanje Vašeg bonusa.

Pacijenti s malim primanjima su oslobođeni dodatnih plaćanja. Osiguranje preuzima troškove samo za najneophodnije intervencije. Raspitajte se kod svoje zdravstvene kase kakva regulacija važi za iznimne slučajeve zubarskih intervencija za postavljanje zubi.

Osiguranje za izradu umjetnih (vještačkih) zubi

Od 1. jula 2005 izdvaja se dodatni doprinos za osiguranje za umjetne zube u iznosu od 0,9% bruto mjesečnih primanja. Za sve koji primaju novčanu pomoć za nezaposlene II (Arbeitslosengeld II) i sve preko njih osigurane članove porodice ova posebna regulacija ne važi.

Bolničko liječenje i 6 urgentne intervencije

Uput za bolničko liječenje dobija se od ljekara opšte prakse. (*Verordnung von Krankenhauspflege*).

Sa sobom morate ponijeti karticu Vašeg osiguranja i uput za bolničko liječenje.

Pod određenim uslovima primanje u bolnicu i preuzimanje troškova bolničkog transporta je moguće ako:

- je podnosilac zahtjeva iz odgovarajućeg grada sa prijavljenim boravkom;
- nije zdravstveno osiguran;
- prima socijalnu pomoć ili ne raspolaže s dovoljno primanja i novčanih sredstava

Zakonska osnova: Garantovana bolnička pomoć na osnovu Zakona o socijalnim davanjima

Podnošenje zahtjeva (u neslužbenoj formi) socijalnoj službi

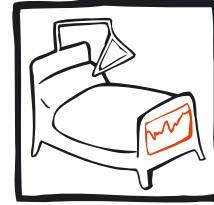
Za podnošenje zahtjeva za bolničko liječenje neophodno je priložiti:

- uput za bolničko liječenje ljekara opšte prakse ili specijaliste ovjeren u socijalnoj službi (što ne znači odobrenje od socijalne službe, već služi bolnici za kasnija traživanja za naplatu svojih usluga)
- lična dokumenta
- potvrda o ukupnim primanjima
- dokaz o eventualnom raspolaganju novčanim sredstvima
- potvrda o socijalnim primanjima
- ugovor o zakupu stana, koliko iznosi stanarina a koliko socijalna davanja za stanovanje
- izvod iz banke o aktuelnom stanju na računu

U hitnim slučajevima možete otići bilo kom ljekaru ili u bolnicu. U situacijama u kojima je život ugrožen ljekari moraju pružiti medicinsku pomoć ili uputiti na pravo mjesto gdje će adekvatna pomoć biti pružena.

Redovni doprinosi

Troškovi liječenja u stacionaru se obračunavaju direktno preko kase osiguranja. Sve ostale opšte usluge njege i paušali su uračunati u obavezni doprinos osiguranja.



Učešće u plaćanju bolničkog liječenja

Zakonodavac je odredio da svi osiguranici imaju obavezu dodatnog učešća u plaćanju bolničkog liječenja u visini od 10 eura dnevno za najduže 28 dana u godini.

Dežurna zdravstvena služba

Ukoliko Vam hitno zatreba pomoć ljekara noću ili nedjeljom, možete se obratiti dežurnoj službi za hitne slučajeve pri nekoj bolnici ili kod nekog od dežurnih ljekara.

U slučaju nesreće i neposredne opasnosti po život zovite hitnu pomoć.

Poziv na broj je besplatan!

Pri pozivu na broj hitne pomoći dajte sljedeće podatke:

- **Gdje** se nesreća dogodila?
- **Šta** se tačno desilo?
- **Koliko** je povrijeđenih ili bolesnih?
- **O kakvim** Povredama je riječ?
- **Sačekajte** i odgovorite na moguća dodatna pitanja Važni telefoni nalaze se u dodatku.

7 Lijekovi



Lijekovi se nabavljaju samo u apotekama ili direktno kod ljekara. Većina lijekova se dobija samo uz ljekarski recept.

To su takozvani **lijekovi na prepis**. Ljekar izdaje recept uz koji kupujete lijek u apoteci. Plaća se učešće najviše do 10 eura, a najmanje 5 eura.

Lijekove bez recepta plaćate sami.

Izuzetak je za djecu do 12 godina, lijekovi koji važe kao standardna terapija za teža oboljenja nabavljaju se besplatno bez ljekarskog recepta.

U najbližoj okolini uvijek radi barem jedna dežurna apoteka otvorena 24 sata.

Od 2004. godine svaki osiguranik mora da plaća 2% učešća od svog bruto prihoda za lijekove, ljekarske usluge i bolničko liječenje.

Izuzetak su: *Ljudi sa malim primanjima i hronični bolesnici mogu da podnesu zahtijev za oslobadjanje od obaveze plaćanja troškova liječenja.*

Hronični bolesnik je:

1. svako onaj kome je trajno potreban medicinski tretman (najmanje jedna posjeta ljekaru u jednom kvartalu zbog iste bolesti)
2. svako kome je potrebna posebna njega 2. i 3. stepena
3. svako onaj čiji su invalidnost i radna sposobnost najmanje 60%
4. svako kome je neophodna redovna medicinska pomoć i kome, po mišljenju ljekara, u suprotnom slučaju prijeti pogoršanje zdravstvenog stanja, kvaliteta života i ne dug životni vijek.

Za hronične bolesnike je iznos umanjenog izdvajanja 1% od bruto prihoda godišnje.

Važno je zato sačuvati sve račune za ljekarske usluge i recepte za kupljene lijekove jer, čim dostignu veći iznos od 1% predviđenog izdvajanja, možete ih odnijeti svom osiguranju koje će vas osloboditi daljih troškova do ostatka godine.

8 AIDS i virus HIV-a



Liječenje i preventivna zaštita

HIV: *Humanes Immunschwäche-Virus = humani imunodeficientni virus*

AIDS: *Acquired Immune Deficiency Syndrom = SIDA: Sindrom stečene imuno deficijencije*

SIDA je bolest koja se dobija preko virusa HIV-a i izaziva slabljenje čovjekovog imunološkog sistema. SIDA slabi sposobnost našeg organizma da se brani od mnogih bo-

lesti na koje je inače otporan. Oportunističke infekcije (zapaljenje pluća npr. ili kod žena infekcije polnih organa) koje napadaju ljudski organizam kada je njegov imunološki sistem oslabljen, mogu prouzrokovati smrt ukoliko se ne pruži adekvatna medicinska pomoć.

Veoma je važno zbog toga na vrijeme ustanoviti prisustvo HIV-a. Virus se prenosi preko tjelesnih tečnosti, uglavnom onih u kojima je najveća koncentracija virusa (krvi, sperme, vaginalnih sekreta, majčinog mlijeka). Dva najrizičnija oblika ponašanja za dobijan-

je virusa HIV-a su seksualni (polni) odnos bez zaštite kondoma i zajednička upotreba igala pri intravenoznom korišćenju droga.

Za sva pitanja vezana za virus HIV-a i SIDE možete se obratiti ljekarima javnih zdravstvenih ustanova i savjetovalištim za SIDU ili centrima za pomoć protiv SIDE.

Tamo se može saznati koliko je opravdana sumnja u postojanje infekcije i pri razjašnjenju otkloniti uvijek prisutnu nelagodu i strah. Ukoliko se utvrdi da realna mogućnost infekcije virusom HIV-a postoji, može se uraditi test i otkloniti nedoumica. Na Vama je da

slobodno odlučite hoćete li to uraditi ili ne. Test se ne može obaviti bez Vašeg znanja i pristanka.

Test je najbolje uraditi najmanje 3 mjeseca poslije posljednjeg vjerovatnog izlaganja HIV virusu. Savjetodavac će Vam pružiti sve informacije kako u vezi preventivne zaštite od infekcije HIV virusom tako i od svih drugih bolesti koje se prenose na sličan način, kao i svim mogućnostima liječenja i pomoći.

Kondomi su najbolja zaštita od infekcija. Mogu se kupiti u supermarketima, drogerijama, apotekama, benzinskim pumpama i na automatima.

Pomoć ženama i djevojčicama 9 žrtvama nasilja

Djela nasilja podliježu kazni nezavisno od toga da li su počinjena u privatnoj ili javnoj sferi. Nasilje bračnog partnera ili rodbine tretira se isto kao i nasilje počinjeno na javnom mjestu.

Kažnjavanje nasilja je bitan faktor u cilju njegovog suzbijanja i prevencije. Time se nasilnicima stavlja do znanja da je njihovo ponašanje društveno neprihvatljivo i da se ono neće tolerisati.

Nasilje nad ženama i djevojčicama podrazumijeva sva djela:

- verbalnog vrijeđanja
- prinudu na seks, silovanje
- uznemiravanja
- zlostavljanja nekih (djece)
- nanošenje materijalne štete
- nanošenje tjelesnih povreda
- prinude
- ubistvo i pokušaj ubistva
- prijetnje

- ograničavanje slobode kretanja



Po pravilu sudski postupak se pokreće nakon podnošenja krivične prijave. Prijavu može podnijeti ne samo žrtva, već bilo koje drugo lice, usmeno, telefonom ili pismeno, policiji, javnom tužiocu ili nadležnom sudu.

Za svakog stranca u Njemačkoj, pored opštih pravnih regulativa, od presudnog su značaja pravne odredbe vezane za njegov boravišni status. Bez obzira na to iz koje zemlje čovjek dolazi i kakvu boravišnu dozvolu ima, za njega važe odredbe njemačkog zakonodavstva.

Šta to za Vas znači?

- Preporučujemo pravno savjetovanje u savjetovalištim, kod advokata ili kod nad-

ležnih organa za strance zbog specifičnosti pravne regulative vezane za boravišni status.

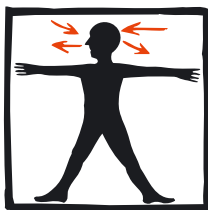
- Ne plašite se negativnih posljedica ukoliko morate da zovete policiju. Uradite to da zaštitite svoju djecu i sebe i kako bi omogućili izvodjenje dokaznog postupka
- Odlazak u žensku sigurnu kuću neće dovesti nidokakvih loših posljedica (pogledati u dodatku važne adrese)
- Ukoliko ste dobili boravišnu dozvolu na osnovu braka, možete nezavisno od dužine njegovog trajanja u Njemačkoj podnijeti zahtjev za njegovo produženje po osnovu paragrafa 1 i 2 Zakona o zaštiti od nasilja (u kućnoj zajednici). Zahtjev se uzima u razmatranje tek po prestanku života u za-

jednici sa nasilnim bračnim partnerom i razvodom braka

- Za migrantice koje nemaju neovisni boravišni status posebno je važno da imaju ljekarsku potvrdu o tjelesnim povredama kako bi mogle imati dokaz pred komisijom za teške slučajeve. Idite ljekaru (nedjeljom u dežurnu službu), neka Vas pregleda i napiše o kakvim se povredama radi
- U slučaju porodičnog nasilja u kolektivnom smještaju postoji mogućnost da se nasilnik fizički razdvoji od žrtve njegovim premještajem u drugi kolektivni smještaj u istom ili u nekom drugom okrugu. Nasilnik se tako sprečava da ponovo dodje do svoje žrtve.

10 Psihoterapija

HR
SCG
BIH



Psihoterapija je „liječenje duše“

Psihoterapija služi očuvanju čovjekovog duševnog zdravlja i pomaže ljudima sa psihičkim problemima. Ljudima je potrebna psihoterapija kada zbog raznih *tegoba, smetnji, simptoma*, nisu u mogućnosti sami ili uz pomoć svojih bližnjih da izadju na kraj sa svojim životnim problemima,.

Psihički problemi dolaze do izražaja i ispoljavaju se u raznim oblicima u svakom domenu čovjekovog života, u odnosu dvoje ljudi, seksualnosti, na radnom mjestu.

Psihoterapija pomaže!

U zaštićenom okruženju možete iznijeti sve svoje tegobe. Ostavlja Vam se prostora da progovorite o svojim bolnim iskustvima, strahovanjima, sjećanjima, dobrim i lošim

osjećajima. U datim okolnostima (tačno zakazani i redovni termini, neutralna pozicija terapeuta) čovjek može postati svjestan nesuglasica koje ima sa sobom i drugima, otkriti uzrok svojih tegoba, koje uz svo naprezanje i dobru volju ne može sam da pronadje i tako ih lakše savlada i podnese. Psihički problemi ne moraju biti i ostati samo duševna patnja, već su i izvor iz kojeg čovjek crpi i dobija novu snagu, i to je veoma važno i ohrabrujuće iskustvo.

Za Vas je bitno da znate da postoje tri vrste terapije koje su priznate od javnog osiguranja:

- psihoanaliza
- dubinska psihoanalitička terapija
- biheviistička terapija

Sve tri terapije izjednačene su po kvalitetu. Za pacijenta je važno da se prvo konsultuje

s terapeutom o tome koja mu terapija najviše odgovara. Sve druge vrste terapije poput Geštalt terapije, psihodrame, porodične terapije, bioenergije, psihofizičke terapije itd. javno osiguranje ne priznaje i ne pokriva troškove za njih.

Važno je znati da postoje razlike u broju sati psihoterapijskih tretmana koje javno osiguranje pokriva. U osnovi osiguranje pokriva 100 sati biheviorističke terapije i dubinske psihoanalitičke terapije, a za psihoanalizu pokriva i do 300 sati tretmana po korisniku. Važno je da pri prvom susretu s Vašim terapeutom steknete dobar osjećaj. Ukoliko se ne uspostavi odnos povjerenja, najbolje je da potražite drugog terapeuta. U oba slučaja ti prvi sati su *probni* i znače pripremu za psihoterapiju. Terapeut postavlja dijagnozu i daje svoje mišljenje o daljem tretmanu.

Nakon ili **prije** probnog sata kod psihoterapeuta, tj. prije početka tretmana, morali biste otići kod ljekara opšte prakse na pregled da vidi da li bolujete još od neke bolesti koja treba da se liječi.

Javno osiguranje preuzima troškove psihoterapije samo u slučaju ako se radi o psihičkom poremećaju označenom kao psihička bolest. Troškove psiho-socijalnog savjetovanja za bračne, životne i probleme vaspitanja osiguranje ne pokriva.

Kako naći odgovarajućeg psihoterapeuta/kinju? Žuti adresar (Gelbe Seiten): Adrese i telefoni nalaze se u adresaru za zanimanja mjesta u kome živite ili na stranicama Udruženja zdravstvenih osiguranja (www.kvbb.de).

11 Kratak pregled preventivne zaštite i vakcinacija

Pravovremeno otkrivanje malignih oboljenja

pregled	starosna dob	pol	koliko puta	odnosi se na	Više informacija
pregled polnih organa	od 20. godine starosti	za žene	jednom godišnje	<ul style="list-style-type: none"> - ciljana anamneza (npr. poremećaji menstrualnog krvarenja, odlivi) - pregled polnog organa - uzimanje uzorka tkiva za test na maligna oboljenja i laboratorijska ispitivanja - detaljni ginekološki pregled opipavanjem 	Rano otkrivanje malignih oboljenja-propisi i uputstva Internet: www.g-ba.de
pregled prostate pregled genitalnih polnih organa	od 45. godine starosti	za muškarce	jednom godišnje	<ul style="list-style-type: none"> - ciljana anamneza - pregled spoljašnjeg dijela polnih organa opipavanjem - pregled prostate - pregled limfnih čvorova opipavanjem 	
pregled grudi i kože	od 30. godine starosti	za žene	jednom godišnje	<ul style="list-style-type: none"> - ciljana anamneza (promjene/oboljenja grudi i kože) - pregled grudi i limfnih čvorova i davanje uputstava kako sami da se pregledate 	
kožni pregled	od 45 godine starosti	za muškarce	jednom godišnje	Vezan je sa pregledom prostate i polnih organa	
pregled debelog crijeva i rektuma	od 50 godine starosti	za žene i muškarce	jednom godišnje	<ul style="list-style-type: none"> - savjetovanje - pregled završetka debelog crijeva - laboratorijska analiza stolice u cilju otkrivanja prisustva krvi u stolici (jednom godišnje do 55. godine starosti) 	
rektoskopski pregled crijeva	od 55 godine starosti	za žene i muškarce	dva pregleda u razmaku od 10 godina	<ul style="list-style-type: none"> - savjetovanje - dvije rektoskopije crijeva u razmaku od dvije godine ili test na prisustvo krvi u stolici na svake dvije godine 	

pregled	starosna dob	pol	koliko puta	odnosi se na	Više informacija
mamografija – rentgensko snimanje	od 50. godine do 69. godine starosti	za žene	svake dvije godine	- poziv na snimanje u nadliježnu stanicu - informacije - rentgensko snimak dojke – mamografija	Rano otkrivanje malignih oboljenja-propisi i uputstva Internet: www.g-ba.de

Opšti zdravstveni pregledi

pregled	starosna dob	pol	koliko puta	odnosi se na	Više informacija
pregled	od 35. godine starosti	za žene i muškarce	svake dvije godine	Rano otkrivanje čestih bolesti: srčanih oboljenja, problema s pritiskom, bubrežnih oboljenja, šećerne bolesti (Dijabetes mellitus). Odnosi se na: - anamneze posebno za rizična oboljenja - klinička ispitivanja (pregled tijela sa mjerenjem pritiska) - analiza krvi i mokraće - tumačenje rezultata i savjetovanje	Rano otkrivanje malignih oboljenja-propisi i uputstva Internet: www.g-ba.de

Stomatološka zaštita – pregledi

pregled	starosna dob	pol	koliko puta	odnosi se na	Više informacija
zubarski pregled i pregled usta i vilice	- do 6. godine - od 6. do 18. godine	djevojčice i dječaci	- tri puta do 6. godine - jednom na pola kalendarske godine od 6. godine	Procjena opasnosti od karijesa - savjetovanje o higijeni - pregled usta - motivacija na profilaksu (njegu i higijenu zubi)	Rano otkrivanje zubnih oboljenja- propisi i uputstva individualna profilaksa- propisi i uputstva Internet: www.kzbv.de
stomatološka zaštita- pregled	od 18. godine	za žene i muškarce	jednom u godini	- sistematski pregledi - pregledi u okviru predviđenog bonusa ovo važi i za uklanjanje kamenca (ali samo jednom na račun kase osiguranja), rentgenski snimci, procjena kvaliteta zubi i njihove otpornosti ili primjena PSI kod-a	Paragraf 30, član 2, 4 i 5 dio SGB V (do 31.12.2004, od 1.1. 2005 paragraf 55, član 1, 4 i 5 dio)

Preventivna zdravstvena zaštita za vrijeme trudnoće

pregled	Više informacija
<p>Ustanovljavanje trudnoće; zdravstveni tretman za vrijeme trudnoće sve do porodjaja; pregledi i savjetovanje trudnica npr. o rizicima po njihovo zdravlje, ishrani; zajednički rad ljekara, babica, zdravstvenog osiguranja.</p> <p>U preventivnu zaštitu za vrijeme trudnoće spadaju izmedju ostalog:</p> <ul style="list-style-type: none"> - utvrđivanje rizika trudnoće i nadgledanje - postavljanje dijagnoze ultra-zvukom - serološke ispitivanja na infekcije - pregledi i savjetovanje porodilje 	<p>trudnoća- propisi i uputstva</p> <p>Internet: www.g-ba.de</p>

Zdravstveni pregledi djece i mladih

Djeca i mladi oslobođeni su plaćanja za zdravstvene preglede do svoje 18. godine. Osiguranje preuzima troškove za veliki broj preventivnih zdravstvenih mjera i rano otkrivanje oboljenja za djecu i mlade. Roditelji dobijaju po rođenju djeteta od dječjeg ljekara knjižicu u koju se bilježi kada su i koji pregledi obavljani.

pregled	starosna dob	pol	koliko puta	odnosi se na	Više informacija
U-pregledi	od rođenja do 6. godine	djevojčice i dječaci	Zdravstvene mjere u svrhu ranog otkrivanja oboljenja kod djeteta – ukupno devet pregleda (U1 do U9) do 6. godine	Prvi pregled neposredno po rođenju. Provjera psiho-fizičkog razvoja djeteta. Ljekari ustanovljavaju - smjetnje kod novorodjenčadi, problemi s disanjem, poremećaji pri rastu i razvitku Pregledaju se: - organi čula, disajni i probavni organi - zubi, vilica, usta - skelet i mišićna tkiva	Djeca – propisi i uputstva Internet: www.g-ba.de
J-pregledi	između 13. i 14. godine	djevojčice i dječaci	jedan pregled	Anamneza za: - poremećaje u psihičkom razvoju i ponašanju (pušenje, konzumiranje droga i alkohola, loš uspjeh u školi Klinički pregledi: - uvećanje tjelesne mase - poremećaj u rastu i razvoju - bolesti grla, grudni i unutrašnjih organa	Zdravstveni pregledi za mlade Internet: www.g-ba.de

Vakcinacije

Preuzimanje troškova za vakcinaciju nije jednako regulisano kod svake kase osiguranja. Svaka kasa samostalno određuje visinu uplata za vakcinaciju. Ovo se ne odnosi na vakcinaciju beba, djece i mladih na preporuku nadležne komisije za vakcinaciju (STIKO) čije troškove osiguranje automatski preuzima. Troškove mnogih vakcinacija za odrasle pokriva kasa osiguranja. Vakcinacije pred putovanje u neku drugu zemlju kasa ne plaća.

pregled	starosna dob	odnosi se na	Više informacija
redovna vakcinacija beba, djece i mladih	Vakcinacije koju treba da primi svako dijete po preporuci komisije STIKO	<ul style="list-style-type: none"> - hepatitis B, difterija, tetanus - Poliomyelitis (dječja paraliza) Redovna vakcinacija se obavlja i nad odraslima koji nemaju osnovnu imunološku zaštitu za: <ul style="list-style-type: none"> - Haemophilus influenzae (gripa) tipa B-infekcija - dječje bolesti (ospice) - zauške, rubeole, varičele 	Državni zdravstveni izvještaj, sveska 1 STIKO-preporuke Internet: www.rki.de
Obnovljene vakcinacije (različito regulisane kod svake kase osiguranja)	Obnovljene vakcinacije odraslih, za sve koji nemaju osnovnu imunološku zaštitu	<ul style="list-style-type: none"> - za difteriju (svakih 10 godina) - za tetanus 	
Indikativne vakcinacije (različito regulisane kod svake kase)	Vakcinacije u slučaju opasnosti od zaraze za odrasle i njihove članove porodice, posebno za ljude u starijoj dobi i one više podliježne riziku infekcije	<ul style="list-style-type: none"> - influenza (standardna vakcinacija za osobe starije od 60. godina) - pneumokokken (upala pluća) (standardna vakcinacija za osobe starije od 60.godina) - Enzephalitis (FSME) (zapaljenje mozga) - haemophilus influenza tip B (hib.)-infekcija - bjesnilo - meningokokken (meningitis)-infekcija - poliomyelitis(dječja paraliza) - varičele - rubeole - pertusis(veliki kašalj) 	



Защита и профилактика здоровья населения-это задача государственной службы здравоохранения земли Бранденбург. Каждый округ и каждый свободный (внеокружной) город земли Бранденбург обладает имеет ведомством здравоохранения. Консультационные отделы и приёмные часы ведомств здравоохранения доступны также в сети интернет через соответствующие окружные администрации. Они вносят свой вклад в профилактику, защиту и развитие здоровья граждан округа. Кроме того существуют специальные предложения по развитию здоровья для детей и молодёжи, инвалидов, а также граждан в тяжёлой ситуации, вызванной проблемами со здоровьем или социальными проблемами.

Служба здоровья детей и подростков

Детские врачи ведомства здравоохранения хотят поддержать Вас в стремлении вырастить Ваших детей более здоровыми. Однако, особую помощь они готовы оказать Вам, если Ваш ребёнок сталкивается с проблемами со здоровьем, необычными особенностями развития или, если ему угрожает инвалидность или требуется особая поддержка. Педиатры службы здоровья детей и подростков регулярно проводят обследования в детских садах и школах (при поступлении, в шестых и десятых классах). Цель этой услуги состоит в том, чтобы своевременно выявить у Ваших детей отклонения развития, заболевания или инвалидность и принять необходимые лечебно-терапевтические или же лечебно-педагогические меры. Кроме того, этими службами даются рекомендации по прививкам или же предлагаются прививки в учреждениях. Проводятся консультации по всем вопросам развития здоровья: питание, развитие

речи и движения, помощь для детей с психическими заболеваниями и т.д.

Подростковая зубоветренная служба

Зубные врачи Ведомства здравоохранения помогут Вам сохранить и улучшить здоровье зубов Ваших детей. Ранние обследования проводятся, начиная уже со второго года жизни, т.е. после прорезывания первых зубов, и до шестнадцати лет в детских садах и школах. При этом врачи сообщат Вам и Вашим детям, нуждаются ли зубы в лечении, имеют ли место нарушения положения зубов и челюстей или наблюдаются ли заболевания дёсен. Рекомендации обратиться к зубному врачу выдаются родителям в письменном виде.

Гигиена и экологическая медицина

Здесь главная задача состоит в предотвращении инфекционных заболеваний. Для предотвращения распространения заразных болезней, таких как туберкулёз, желтуха, грипп или сальмонеллёз, необходима своевременная диагностика. Перед запланированными выездами за рубеж граждане могут проконсультироваться о необходимых прививках, а также получить прививки во многих ведомствах здравоохранения.

Перед началом деятельности в сфере питания проводятся информационные мероприятия в соответствии с § 43, абз.1, № 1 Закона об инфекционной безопасности. Это разъяснение необходимо для граждан, которые профессионально производят, обрабатывают или вводят в товарооборот продукты питания, и при этом непосредственно (руками) или не напрямую (через предметы обихода) контактируют с ними.

Разъяснение необходимо также гражданам, которые также работают в кухнях ресторанов, баров, столовых, кафе и прочих учреждений или заняты в них

обслуживанием персонала. Граждане, которые работают исключительно с упакованными продуктами питания и официанты, занятые исключительно сервировкой не нуждаются в удостоверении здоровья.

Социально-психиатрическая служба

Социально-психиатрическая служба предлагает помощь

- гражданам с душевными расстройствами,
- гражданам с проблемами наркотической зависимости,
- гражданам с возрастными психическими заболеваниями (болезнь Альцгеймера и др.),
- во время стационарного лечения и после него,
- родственникам психически больных людей.

Кроме того, социально-психиатрическая служба предназначена для специфических вопросов связанных с миграцией, особенно, при психологических проблемах. Бесплатные консультации возможны без направления и проводятся строго конфиденциально.

Ведомство здравоохранения – экспертное учреждение

Ведомство здравоохранения предоставляет официальные удостоверения и свидетельства и действует в качестве экспертной комиссии. Если, например, лица в поиске политического убежища ходатайствуют о переезде из временного общежития в частную квартиру по медицинским причинам или, если им требуются специальное медицинское обслуживание, то социальные ведомства, как правило, подключают ведомство здравоохранения для медицинской или психологической экспертизы. Это происходит также тогда, когда Ведомство по

делам иностранцев проверяет допустимость переезда (перелёта) по медицинским причинам или когда по причине здоровья имеет место препятствие высылке беженца. Важно, что врач-эксперт ведомства здравоохранения не подчиняется каким-либо директивам. Он обладает специальной квалификацией и опытом.

Консультация для инвалидов

Консультация для инвалидов в Ведомстве здравоохранения предоставляет широкие консультации инвалидам, лицам с угрозой инвалидности, а также их опекунам и родственникам. Здесь известны все местные органы социального обеспечения и гражданин получает поддержку, если он в результате своей инвалидности не в состоянии организовать повседневную помощь.

Страхование здоровья.

Тот, кто живёт и работает в Германии, обязан застраховать своё здоровье. 90% всего населения пользуются услугами обязательного страхования, которое оказывает все необходимые медицинские услуги, связанные с болезнью и материнством. Кроме того, служба обязательного страхования будет выплачивать заработную плату в случае, если продолжительность болезни превысит срок в 7 недель.

Кто пользуется услугами обязательной службы страхования?

С первого апреля 2007 года всё население обязано застраховать своё здоровье. Рабочие и служащие, имеющие доход в пределах от 400 до 47700 евро (по состоянию на 2007 год), должны быть застрахованы службой обязательного страхования. К данной категории лиц относятся также учащиеся, получающие профессиональное образование, пособие по безработице, пенсионеры, студенты, работники искусства и публицисты. Родственники застрахованного лица, проживающие в Германии, в случае небольшого дохода или полного его отсутствия, пользуются услугами страхования бесплатно. Дети до определённого возраста также пользуются услугами совместной страховки. Возрастная граница для детей определяется началом их профессионального образования. Обычно дети, до достижения восемнадцатилетнего возраста, пользуются семейной страховкой. Каждый член семьи имеет собственную карточку страхования здоровья. Все ежеквартальные визиты к врачу оплачиваются единовременно в размере 10 евро, независимо от частоты и количества визитов. Взнос за страхование здоровья вычисляется в процентном отношении от заработной платы. Размеры взносов, в зависимости от служб страхования, различны. Половину взноса оплачивает работодатель или страховщик пенсионного страхования.

При выборе страховщика здоровья важным является не только размер взносов, а также предоставляемые им услуги.

Для безработных, получающих алименты и пособия по безработице взносы за страхование здоровья оплачивает федеральное агентство по трудоустройству. Начало действия страховки определяется началом получения пособия по безработице. Получатели социальных пособий пользуются такими же медицинскими услугами, как и все остальные, застраховавшие своё здоровье.



Добровольное обязательное страхование здоровья.

Рабочие и служащие, имеющие доход, превышающий 47700 евро (по состоянию на 2007 год), могут добровольно страховать своё здоровье в любой службе страхования, если они минимум 12 месяцев или за последние 5 лет в течении 24 месяцев не меняли страховщика.

Частное страхование здоровья.

Предприниматели, а также рабочие и служащие, которые не застрахованы в порядке добровольного обязательного страхования здоровья, должны оформить персональную страховку. Услуги, предоставляемые приватным страхованием здоровья, оказываются на основании индивидуальных тарифов. Величина взносов зависит от состояния здоровья и возраста страхователя. Чем выше эти показатели, тем дороже страхование. Частные службы страхования могут отказать в своих услугах людям, имеющим повышенный риск нарушения здоровья. Начиная с 2009 года, страховщики по «основному тарифу» будут предлагать услуги, которые идентичны услугам обязательного страхования и без дополнительных проверок состояния здоровья. Лица, пользующиеся услугами

частного страхования, сами оплачивают медицинские услуги и медикаменты. Израсходованные на лечение средства будут возвращены страховщиком.

Страхование за рубежом.

В рамках межгосударственных соглашений лечение за рубежом оплачивается службами обязательного государственного

страхования. Это правило действует во всех государствах Европейского союза, а также в ряде других стран, с которыми заключён договор о социальном страховании. Прежде, чем Вы отправитесь за рубеж, Вам следует обратиться к Вашему страховщику с просьбой о выдаче Вам бюллетня на срок путешествия или о возможности получения полиса.

3 Правовое урегулирование медицинского обслуживания мигрантов



Медицинское обслуживание по закону о помощи лицам с правом убежища

Претенденты на убежище, иностранцы с условным разрешением на пребывание, а также лица, обязанные покинуть страну, имеют право на медицинское обслуживание по Закону о помощи лицам с правом убежища. В соответствии с § 3 Закона о помощи лицам с правом убежища медицинское обслуживание для лиц, обладающих правом на получение услуг, ограничено. Услуги по медицинской помощи предоставляются только в случае острых заболеваний или острой боли.

Особые ограничения действуют в отношении зубного протезирования. Зубные протезы предоставляются только в исключительных случаях, если это необходимо по медицинским показаниям, или, если при невыполнении лечения пациенту грозят вредные последствия, например, желудочные заболевания, вызванные

недостаточной жевательной способностью. Это ограничение не распространяется на зубоортопедическую помощь, как, например, лечение кариеса или корней зубов.

Некоторые медицинские услуги, однако, оказываются всем беженцам без ограничений. Сюда относятся услуги помощи беременным и профилактические обследования. Беременные обладают неограниченным правом на профилактические обследования и услуги по приёму родов и послеродовому уходу. Прививки для детей и взрослых и некоторые другие профилактические услуги могут также быть оказаны при отсутствии острого заболевания.

Претенденты на убежище пользуются правом на следующие профилактические обследования:

- Профилактические обследования беременных, услуги по принятию родов и послеродовой уход

- Детские обследования от U1 до J1, гинекологические обследования по ранней диагностике, ежегодные обследования по ранней онкологической диагностике для женщин с 25 и мужчин с 45 лет, общие медицинские обследования с 35 лет (каждые 2 года)
- Полугодовые профилактические зубоврачебные обследования для детей и подростков до 18 лет, после 18 лет – ежегодные обследования
- Детские прививки, прививки от столбняка, дифтерии и полиомиелита для взрослых

Претенденты на убежище, пользующиеся услугами по Закону о помощи лицам с правом убежища, получают в службе социального обеспечения справку члена медицинской кассы, которую они предъявляют врачу. Справка действительна 3 месяца. Ответственность за предоставление услуг медицинской помощи претендентам на убежище, которые не застрахованы кассой медицинского страхования, лежит на службе социального обеспечения.

Лица, пользующиеся услугами по § 3, не вносят дополнительной платы.

Лица, пользующиеся услугами по § 2, Закона о помощи лицам с правом убежища пользуются обширным спектром медицинских услуг. Лица, обладающие условным правом на пребывание, после четырёхлетнего пребывания также имеют право на улучшенное медицинское обслуживание в том случае, если их выезду препятствуют не зависящие от них причины.

Эти лица страхуются, как и другие получатели социальной помощи, кассой медицинского страхования по их выбору и получают карточку медицинского стра-

хования. Кассы медицинского страхования ведут расчёты за оказание медицинской помощи с учреждениями оказания социальной помощи.

Лица, обладающие правом на получение услуг по § 2 Закона о помощи лицам с правом убежища, подлежат правилам доплаты за оказание услуг. Они должны вносить доплату при посещении врача, за лекарства и стационарное обслуживание, а также в обычных принятых случаях. Также на них распространяются правила урегулирования непредвиденных бедственных положений.

Медицинское обслуживание получателей социальной помощи

Получатели социальной помощи являются застрахованными, если они получают социальное пособие дольше одного месяца. Они получают карточку медицинского страхования. Лица, не выбравшие кассу медицинского страхования самостоятельно, страхуются службой социального обеспечения в какой-либо кассе. Для застрахованных лиц действуют постановления о доплате в установленных законом размерах. (См. пункт 7. Доплата). Доплата за 1 год не должна превышать 2% от установленного размера социальной помощи на лицо, оплачивающее расходы по домашнему хозяйству. Для хронических больных максимальная доплата составляет 1%. Если застрахованный член семьи (один из супругов, ребёнок) хронически болен, то эта максимальная величина доплаты распространяется на всех членов семьи. В случае, если общая доплата всех членов семьи достигает этой величины, то все члены семьи от дальнейшей доплаты за медицинское обслуживание освобождаются.

Дети до 18 лет освобождены от доплаты.

Мы рекомендуем сохранять все чеки за доплату по медобслуживанию. Как только в текущем году максимальная величина доплаты будет достигнута (2% или 1% для тяжело хронически больных), необходимо подать заявление на осво-

бождение от доплаты в Вашу кассу медицинского страхования на оставшийся год. Чеки необходимо предъявить вместе с заявлением. Оплаченные взносы выше установленной границы будут возвращены кассой медицинского страхования.

4 Обслуживание домашним врачом



Медицинское обслуживание может производиться амбулаторно или стационарно.

В случае заболевания Ваш домашний врач, как правило, первое лицо, к которому Вам следует обратиться. Домашние врачи большей частью врачи общей практики или терапевты. Они предоставляют первоначальное обслуживание, т.е. оказывают медицинскую помощь и при необходимости направляют пациента к соответствующему специалисту.

Для того, чтобы попасть на приём к врачу, необходимо договориться о времени приёма. Если Вы не можете прийти в установленное время, то Вам необходимо своевременно отменить посещение. Если Вам необходимо попасть к врачу по причине неожиданного заболевания, то Вы можете прийти в приёмные часы и без звонка, но тогда Вам, возможно, предстоит долгое время ожидания.

На каждом первом посещении врача в квартале Вам необходимо предоставить врачу карточку медицинского страхования или справку из службы социального обеспечения, а также оплатить сбор в размере 10 евро у домашнего врача.

Пациенты, направленные к специалисту

их домашним врачом, не платят дополнительного сбора. Пациенты, посещающие вначале домашнего врача и получающие от него направление на обследование, платят сбор только единожды в квартал в размере 10 евро. За обследования, профилактические осмотры и прививки сбор не взимается.

В принципе за все услуги взимается плата в размере 10% от стоимости услуг: максимум 10 евро, минимум 5 евро.

Однако, в Положении об исключительно тяжёлых ситуациях действует статья, ограничивающая личное финансовое участие. Годовое личное участие застрахованных не должно превышать 2% годового дохода брутто. Для тяжело хронически больных лиц действует максимальная граница в 1% годового брутто дохода. Болезнь считается тяжёлой хронической, если она требует лечения как минимум 1 раз в квартал на протяжении, по крайней мере, одного года.

Если вы работаете и в результате заболевания теряете трудоспособность, Вам необходима справка о нетрудоспособности от Вашего врача. Эта справка должна быть передана как работодателю, так и Вашей кассе медицинского страхования не позднее трёх календарных дней от начала заболевания.

Здоровье зубов непосредственно отражается на нашем общем самочувствии и здоровье всего организма. Регулярные обследования полости рта необходимы также для ранней диагностики и своевременного лечения заболеваний дёсен, таких как пародонтит или опухоли. Зубные врачи рекомендуют обследования два раза в год.

Бояться посещения зубного врача не стоит, так как зубной врач стремится сделать любое лечение зубов как можно менее болезненным или даже совершенно безболезненным. Тот, кто всё-таки боится лечения зубов, перед приёмом должен обязательно предупредить об этом зубного врача. Часто доверительный и открытый разговор пациента с врачом помогает побороть такие страхи.

Регулярный уход за зубами – важное средство предотвращения заболеваний зубов. По крайней мере, два раза в день каждый должен найти по три минуты времени, чтобы тщательно почистить зубы.

Для взрослых два зубоврачебных обследования в год предоставляются бесплатно. Помимо тщательного обследования врач может проводить иные меры диагностики и профилактики без необходимости для пациента оплачивать амбулаторный сбор. Сюда относится рентген, обследование дёсен и удаление зубного камня один раз в год. Только если потребуются дальнейшее лечение, пациенту необходимо будет заплатить амбулаторный сбор 10 евро. Дети и подростки освобождены от амбулаторного сбора до 18 лет. Зубоврачебные обследования в перспективе несут и материальную выгоду, т.к. застрахованные в органах обязательного медицинского страхования, предоставившие в свидетельство о ежегодных зубоврачебных обследованиях

книжку бонусов, имеют право на увеличение выплат кассы при необходимости зубного протезирования до 30%. Книжку бонусов можно получить у зубного врача.



Пациент, желающий более дорогостоящего обслуживания, чем это предусматривает по закону *медицинская необходимость*, например, вместо пломбы из амальгамы предпочитает пломбу из дорогих материалов, должен обсудить это с врачом до начала лечения. В таких случаях врач заключает с застрахованным пациентом т.н. договор о дополнительных затратах. В этом договоре пациент выражает согласие самостоятельно нести расходы по лечению связанные с дополнительными затратами.

Зубное протезирование

Если всё же зуб необходимо удалить, то он должен быть заменён искусственным зубным протезом. К зубным протезам относятся коронки, мосты и протезы. Перед началом лечения по зубному протезированию необходимо получить согласие кассы медицинского страхования. Для этого зубной врач составляет план лечения и затрат, где перечислены, например, результаты обследования ротовой полости и отдельные шаги лечения.

План лечения и затрат передаётся в кассу медицинского страхования. Касса проверяет необходимость протезирования и вычисляет выплату застрахованному лицу.

С 1.1.2005 действует новая система выплат на протезирование зубов. Кассы медицинского страхования выплачивают установленные доплаты независимо от того, какой вид протеза Вы выберете. Поэтому получите у врача информацию о том, какие услуги касса оплачивает, а какие нет. Часть стоимости Вы берёте на

себя. Дополнительное обслуживание, не являющееся необходимым по медицинским показаниям, также необходимо оплачивать самостоятельно.

Посещавший регулярно зубного врача пациент получает более высокую доплату. Если книжка бонусов непрерывно заполнена на предыдущие 5 лет, то установленная доплата увеличивается на 20%, а через 10 лет – на 30%. Эта доплата может покрывать до 65% стоимости необходимого обслуживания. Поэтому важно внимательно относиться к непрерывному ведению книжки бонусов.

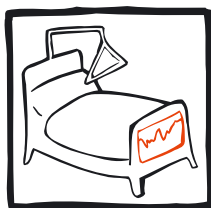
Пациенты с низким доходом освобождаются от собственной доли. Кассы меди-

цинского страхования берут на себя эти расходы только в размере стоимости необходимой медицинской помощи. Получите информацию о регламентации исключительных случаев в отношении протезирования в Вашей кассе медицинского страхования.

Страхование зубного протезирования

С 1 июля 2005 года за обеспечение зубного протезирования с Вас взимается взнос в размере 0,9% от ежемесячного дохода брутто. На получателей пособия по безработице II и застрахованных вместе с ними членов семьи дополнительный взнос не распространяется.

6 Стационарное лечение



Направление на больничное лечение выписывает домашний врач (*Положение о стационарном обслуживании*). Вы должны иметь при себе карту медицинского страхования и справку о направлении при амбулаторной операции.

Оплата расходов по транспортировке больного и больничных расходов происходит при особых условиях, если:

- Заявитель прописан в данном населённом пункте или находится там.
- Заявитель не имеет медицинского страхования.
- Заявитель пользуется постоянной помощью на поддержание необходимого жизненного уровня или не

обладает достаточным доходом или состоянием.

Правовое основание: предоставление медицинской помощи в соответствии с Кодексом социального обеспечения населения. Заявление должно быть подано в службу социального обеспечения в свободной форме.

Для подачи заявления необходимы следующие документы:

- Помимо экстренных случаев перед лечением в больнице должно быть предоставлено выданное домашним врачом направление на стационарное лечение. На направлении должна быть поставлена печать службы социального обеспечения (как правило, не в качестве разрешения, а для подтверждения того,

что стационарное обслуживание будет оплачено службой)

- Документ, идентифицирующий личность
- Свидетельство о совокупном доходе
- Свидетельство о состоянии и сберегательных вкладах при наличии такового
- Свидетельство о получении социальной помощи
- Договор об аренде жилья, либо справка об арендной плате и пособии на квартплату
- Выписки из текущих банковских счетов

В экстренной ситуации Вы можете обратиться в любую больницу и к любому врачу. В ситуации угрозы жизни и здоровью врачи обязаны помочь Вам или направить Вас к специалисту.

Обычные услуги

Расчёты за стационарное обслуживание производятся непосредственно со страховой кассой или с лицом несущим издержки. Все необходимые виды обслуживания покрываются установленными размерами платы за уход и за конкретные случаи.

Собственное финансовое участие

Для лиц, застрахованных на основании обязательного медицинского страхования, закон предусматривает личное участие в оплате стационарного обслуживания. Размер доплаты составляет на сегодня 10 евро в день на протяжении не более 28 дней календарного года.

Скорая медицинская помощь

Если Вам срочно необходима медицинская помощь ночью или в выходной день, Вы можете позвонить в неотложную службу помощи больницы или службу скорой медицинской помощи.

В случае аварии или ситуации с угрозой жизни обращайтесь в службу спасения:

Эти номера Вы можете набрать бесплатно!

Позвонив, Вы должны дать следующую информацию:

- **Где** это произошло?
- **Что** произошло?
- **Сколько** человек получили повреждения или больны?
- **Какие** повреждения или заболевания имеют место?
- **Дождитесь** ответных вопросов оператора. Необходимые номера телефонов Вы найдёте в приложении.

Лекарства 7

RUS

В Бранденбурге можно купить лекарства только в аптеке или у врача. Большую часть лекарств Вы можете приобрести только по рецепту врача.

Такие лекарства называются **verschreibungspflichtige Medikamente (лекарства, отпускаемые только по**

рецепту врача). Врач выписывает рецепт. Рецепт предъявляется в аптеку, и пациент получает лекарство. Для этого пациент должен оплатить часть стоимости лекарства.



Доплата может составлять от 5 до 10 евро.

Лекарства и средства лечения, которые продаются в аптеках без рецепта, Вы должны оплатить самостоятельно.

Исключение: Дети до 12-го года жизни, получают лекарства, отпускаемые без рецепта врача, бесплатно, если они необходимы в качестве стандартной терапии для лечения тяжёлой болезни.

В любое время дня и ночи вблизи от Вас работает, по крайней мере, одна дежурная аптека.

С 2004 года каждый застрахованный доплачивает за обследования у врача, стационарное лечение, лекарства и специальные средства до 2% его годового брутто дохода.

Исключение: Малоимущие семьи и хронически больные лица имеют право ходатайствовать об освобождении от доплаты.

Хронически больными считаются следующие лица:

1. Лица, находящиеся на постоянном лечении (минимум одно обследование у врача в квартал по причине одной и той же болезни)

2. Потребность в уходе по 2. или 3. категории ухода

3. Категория инвалидности, по крайней мере, 60% или ограничение работоспособности, по крайней мере, на 60%

4. Постоянное медицинское обслуживание необходимо, так как в противном случае, пациенту угрожает ухудшение болезни, понижение качества жизни или понижение ожидаемой продолжительности жизни.

В этих случаях пониженная доплата в год составит 1% совокупного дохода.

Поэтому необходимо сохранить чеки, начиная с амбулаторного сбора и заканчивая рецептами, затем вычислить, когда 1% от годового дохода будет достигнут, и обратиться в Вашу кассу медицинского страхования с требованием освобождения от доплаты до конца года.

8 СПИД и ВИЧ

RUS



Лечение и профилактика

ВИЧ: Вирус Иммунодефицита Человека = вирус ослабленного иммунитета

СПИД: Синдром Приобретённого Иммунодефицита

СПИД – это тяжёлое, вызванное ВИЧ, ослабление иммунитета человека. СПИД делает организм беспомощным против многих возбудителей болезней, с которыми здоровый организм легко справился бы. Вызванные слабостью иммунитета болезни (оппортунистические инфекции) без лечения приводят в конечном итоге к смерти.

Поэтому очень важно вовремя узнать о заражении ВИЧ. Инфекция человека ви-

русом может произойти только через определённые выделения тела (кровь, сперма, выделения влагалища, материнское молоко), в которых содержится высокая концентрация вируса. Наиболее высок риск заражения при незащищённых половых контактах и при совместном использовании шприцов для введения наркотиков.

По вопросам, связанным с ВИЧ и СПИДом, Вы можете обратиться к врачам и в городские организации здравоохранения, консультации и организации по помощи при СПИДе. (Адреса в приложении).

Там можно узнать, существовала ли опасность заражения, задавать интересные вопросы, говорить о страхах и неприятных чувствах. Если в ходе консультации выяснится, что существовал

реальный риск заражения ВИЧ, то ВИЧ-тест поможет внести ясность. Делать тест на ВИЧ или нет – Ваше свободное решение. Тест не может быть проведён без Вашего ведома и согласия.

Если Вы хотите полностью исключить вероятность возможного заражения ВИЧ, то тест должен быть проведён не ранее чем через 3 месяца после последней ситуации риска заражения. Кроме того, консультант может рассказать о способах защиты от ВИЧ (и других болезней, передающихся половым путём) точно также как и о предложениях помощи и медицинских методах лечения.

Презервативы (кондомы) могут предотвратить инфекцию ВИЧ. Вы можете приобрести презервативы в аптеках, супермаркетах, на бензоколонках и в автоматах.

Помощь при насилии над женщинами и девушками 9

Акты насилия – наказуемые акты, независимо от того, производятся они в домашней обстановке или в общественном месте. Поэтому насилие со стороны родственников или партнёров должно преследоваться также как насилие в общественных местах. Уголовное преследование насилия – необходимый элемент предотвращения будущего насилия, так как нарушитель должен понять, что общество не терпит и не приемлет его поведение.

Насилие над женщинами и девушками может касаться в основном следующих правонарушений:

- Оскорбление
- Нарушение неприкосновенности жилища
- Нанесение материального ущерба
- Принуждение
- Угроза
- Лишение свободы
- Сексуальное принуждение, изнасилование
- Истязание опекаемых лиц (детей)
- Нанесение телесных повреждений
- Попытка преднамеренного и непреднамеренного убийства



RUS

Возбуждение уголовного дела начинается, как правило, с заявления в органы правопорядка. Заявление является сообщением о подозрении и может быть подано не только потерпевшим (потерпевшей), но и любым другим лицом устно, письменно или по телефону в органы полиции, прокуратуры или окружные суды. Помимо всеобщих правовых вопросов для мигрантов имеют значение правовые вопросы, вытекающие из правового статуса пребывания мигранта. Независимо от страны происхождения, по Закону о противодействии насилию в любом случае будет применяться уголовное и гражданское право Германии.

Что это значит для Вас?

- В связи с особой проблематикой права пребывания убедительно рекомендуется обратиться за консультацией (в службы консультации, к уполномоченным по делам иностранцев или адвокатам)
- Вам не грозят никакие негативные последствия в случае вызова полиции. Поэтому при необходимости непременно вызывайте полицию, чтобы защитить Вас и Ваших детей и обеспечить надёжные доказательства. Полицейское десятидневное предупреждение правонарушителю также не повлияет на Ваш правовой статус пребывания.

- Приют в женском доме (см. адреса в приложении) также не несёт никаких негативных последствий.

- Если Ваше право пребывания связано с наличием брака, то Вы в праве – независимо от продолжительности брака в Германии – подавать заявление по §§ 1 и 2 Закона о противодействии насилию. Заявления повлияют на правовой статус пребывания только тогда, если супружеский союз окончательно прекратиться и брак будет расторгнут.

- В случае лиц без независимого статуса пребывания чрезвычайно важно, чтобы все травмы были засвидетельствованы врачом, для того чтобы при необходимости была возможность доказать исключительность ситуации (проявления особой жестокости). Найдите врача (в выходные: неотложную медицинскую помощь), чтобы Ваши травмы были засвидетельствованы.

- Если Вы живёте в общежитии, то существует возможность в случае проявления бытового насилия отделить Вас от лица применившего насилие, чтобы это лицо не имело впредь возможности вновь угрожать Вам. Для Вашей защиты возможен перевод данного лица в другое общежитие округа или же в другой округ.

10 Психотерапия



Психотерапия это „лечение души“.

Это профессиональная помощь людям с душевными недугами или вызванными ими расстройствами. Люди, которые плохо справляются

с жизнью в результате их *трудностей, симптомов, расстройств, проблем* и не могут их разрешить одни или с помощью близких людей, обращаются за психотерапевтической помощью.

Душевное расстройство может отражаться на любой сфере нашей жизни, в

отношениях с партнёром, сексуальности, на работе и в отношении к жизни самым разнообразным образом.

Психотерапия может помочь!

В атмосфере защищённости Вы можете рассказать о Ваших проблемах. Тем самым Вы получаете возможность позволить (в том числе и себе) думать и говорить о болезненном опыте, страшных мыслях или воспоминаниях, положительных или отрицательных чувствах и импульсах. Благодаря особым условиям беседы (в т.ч. регулярные встречи в определённое время, нейтральность терапевта) подсознательные схемы конфликтов могут быть осознанно обработаны. Таким образом, могут быть найдены связи между нарушением и его причинами, которые Вы не могли бы найти и перенести самостоятельно и справиться с ними простым усилием воли. Психотерапия, таким образом, охватывает выработку новых решений и способов действия в обхождении с другими и с самим собой. Душевная болезнь-это не только душевная работа. Она может быть и источником новой энергии – в этом важный и придающий сил опыт.

Источник: Немецкое психоаналитическое общество.

Для Вас важно знать, что существуют 3 вида терапии, которые признаны органами обязательного медицинского страхования в Германии:

- психоаналитическая терапия
- глубинно-психологическая психотерапия
- терапия поведения

Эти три метода равны по качеству. Для пациента важно обсудить вместе с терапевтом, какой из методов лучше подходит в конкретном случае. Все остальные формы терапии как, например,

гештальт-терапия, психодрама, семейная терапия, биоэнергетика, телесная терапия, не признаны кассами медицинского страхования. Поэтому расходы на такие виды психотерапии не возмещаются застрахованным лицам органами обязательного медицинского страхования.

Различным психотерапевтическим методам соответствует также и определённое необходимое количество часов лечения, оплачиваемое кассами медицинского страхования. В целом психотерапевты с правом применения глубинно-психологической психотерапии и терапии поведения, как правило, имеют право на оплату до 100 часов на пациента, а терапевты с правом психоанализа – до 300 часов на пациента.

Также важно, чтобы Вы хорошо чувствовали себя, начиная с первой беседы с терапевтом. Если с первых контактов не установится доверительное отношение с терапевтом, то Вам лучше обратиться к другому психотерапевту.

Первые две встречи с терапевтом называются *пробными* или подготовительными встречами. Во время этих встреч терапевт ставит диагноз и при необходимости назначает лечение.

После пробных встреч с психотерапевтом-психологом, но до того, как терапевт начнёт сам курс лечения, Вы должны обратиться к врачу, например, к Вашему домашнему врачу. Он должен установить наличие возможного физического заболевания организма, которое возможно нуждается в дополнительном медицинском лечении.

Кассы обязательного медицинского страхования берут на себя расходы на психотерапию исключительно в случае *болезненного* психического нарушения, консультации по вопросам воспитания, брака и жизненным вопросам не входят в оплачиваемые кассами услуги. Как найти подходящего терапевта? Жёлтые стра-

ницы: адреса и телефоны Вы найдёте в профессиональном разделе телефонной книги Вашего места жительства или на

странице Объединения врачей признанных страховыми кассами в интернете. (www.kvbb.de)

11 Обзор профилактических обследований и прививок

Ранняя диагностика рака

Обследование	Возраст	Пол	Частота	Примечания	Дополнительная информация
Обследование половых органов	Начиная с 20 лет	Женщины	ежегодно	<ul style="list-style-type: none"> - целенаправленный анамнез (например, вопросы о нарушениях менструального цикла, выделениях) - обследование шейки матки - мазок и цитологическая экспертиза - гинекологическая пальпация 	<p>Рекомендации по ранней онкологической диагностике</p> <p>Интернет: www.g-ba.de</p>
Обследование простаты и половых органов	Начиная с 45 лет	Мужчины	ежегодно	<ul style="list-style-type: none"> - целенаправленный анамнез - обследование и пальпация внешних половых органов - пальпация простаты - пальпация местных лимфатических узлов 	
Обследование груди и кожи	Начиная с 30 лет	Женщины	Ежегодно	<ul style="list-style-type: none"> - целенаправленный анамнез (например, вопросы об изменениях и жалобах связанных с кожей и грудью) - обследование и пальпация груди и местных лимфатических узлов, а также консультация по самостоятельному обследованию 	
Обследование кожи	Начиная с 45 лет	Мужчины	Ежегодно	Совместно с обследованиями простаты и половых органов	

RUS

Обследование	Возраст	Пол	Частота	Примечания	Дополнительная информация
Обследование толстого и прямого кишечника	Начиная с 50 лет	Женщины и мужчины	Ежегодно	<ul style="list-style-type: none"> - целенаправленная консультация - пальпация прямого кишечника - анализ на скрытую кровь в стуле (ежегодно до 55 лет) 	Рекомендации по ранней онкологической диагностике Интернет: www.g-ba.de
Эндоскопия кишечника	Начиная с 55 лет	Женщины и мужчины	Два раза с промежутком в 10 лет	<ul style="list-style-type: none"> - целенаправленная консультация - две эндоскопии кишечника с промежутком в 10 лет или анализы на скрытую в стуле кровь каждые 2 года 	
Маммография – скрининг	Начиная с 50 лет и до 69 лет	Женщины	Раз в два года	<ul style="list-style-type: none"> - приглашение в сертифицированный центр скрининга - информация - рентген груди при помощи маммографии 	

Общее обследование здоровья

Обследование	Возраст	Пол	Частота	Примечания	Дополнительная информация
Проверка	С 35-ти лет	Мужчины и женщины	Раз в два года	Ранняя диагностика распространённых болезней, таких как заболевания сердца и системы кровообращения, почек, сахарный диабет. Включены, например, следующие услуги: <ul style="list-style-type: none"> - анамнез, в особенности составление профиля риска - клинические исследования (обследования организма включая измерение давления) - исследования мочи и крови - консультация по результатам 	Руководство по общему обследованию здоровья Интернет: www.g-ba.de

RUS

Профилактическое обследование зубов

Обследование	Возраст	Пол	Частота	Примечания	Дополнительная информация
Обследование на заболевания зубов, ротовой полости и дёсен	-до 6-ти лет -с 6-ти до 18-ти лет	Девочки и мальчики	три раза до 6-ти лет один раз в год после 6-ти лет	Оценка риска кариеса - Консультация по гигиене рта - Обследование ротовой полости - мотивация к профилактике	Руководство по ранней диагностике и индивидуальной профилактике Интернет: www.kzbv.de
Профилактические обследования зубов	С 18-ти лет	Мужчины и женщины	Один раз в полугодие	- Подробное обследование - Обследование, предусмотренное книжкой бонусов. Действительно также, если во время того же приёма проводится удаление зубного камня (но только один раз за счёт кассы медицинского страхования), рентгенография, тестирование зубной чувствительности или определяется код PSI.	§ 30 абз.2 строка 4 и 5 Социального кодекса V (до 31.12.2004, с 1.1.2005 § 55 абз.1 строка 4 и 5)

Профилактические обследования для беременных

Обследование	Дополнительная информация
<p>К уходу за беременными относятся тест на беременность, а также уход во время беременности и после родов. При этом беременная обследуется и получает консультации. Например, о рисках для здоровья и питания. Врачи, акушеры и кассы медицинского страхования должны сотрудничать.</p> <p>К профилактическим услугам относятся, например:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Диагностика и наблюдение за беременностями группы риска - Ультразвуковые исследования - Серологические исследования на инфекции - Обследования и консультации роженицы. 	<p>Руководство по материнству</p> <p>Интернет: www.g-ba.de</p>

Детские и подростковые обследования

Дети и подростки младше 18-ти лет освобождены от амбулаторного сбора. Органы обязательного медицинского страхования берут на себя ряд услуг по профилактике и ранней диагностике детей и подростков. Родители получают сразу после рождения ребёнка в больнице или у детского врача список необходимых детских обследований, в котором точно указано, когда и какие обследования необходимо сделать.

Обследование	Возраст	Пол	Частота	Примечания	Дополнительная информация
Обследования „U“	С рождения до возраста 6-ти лет	Девочки и мальчики	Меры по ранней диагностике в первые шесть лет жизни охватывают всего девять обследований (с «U1» по «U9»)	Первое обследование проводится сразу после рождения ребёнка. В ходе обследований врачи оценивают физическое и психическое развитие ребёнка и обращают внимание, в том числе, на следующее: <ul style="list-style-type: none"> - Отклонения в развитии новорожденного - Врождённые нарушения обмена веществ - Нарушения развития и поведения - Органы чувств, дыхания и пищеварения - Зубы, дёсны, рот - Скелет и мускулатура 	Руководство по детским обследованиям Интернет: www.g-ba.de
Обследования „J“	Между 13-м и 14-м годом жизни	Девочки и мальчики	Одно обследование	Анамнез в т.ч. на: <ul style="list-style-type: none"> - Особенности психического развития/ отклонения поведения - Опасное для здоровья поведение (курение, употребление алкоголя и наркотиков) - Проблемы школьной успеваемости Клинико-физическое обследование, в т.ч.: <ul style="list-style-type: none"> - Измерения роста, веса и т.п. - Нарушения роста и развития организма - Заболевания органов шеи, груди и внутренних органов. 	Обследование здоровья подростков Интернет: www.g-ba.de

RUS

Прививки

Прививки могут покрываться кассами обязательного медицинского страхования в качестве так называемых уставных услуг. Это значит, что услуги различных касс по прививкам не идентичны. Несмотря на то, что нельзя исходить из автоматического покрытия расходов по прививкам, рекомендуемым Постоянной прививочной комиссией грудным детям, детям и подросткам, как правило, эти расходы покрываются. Оплачиваются кассами страхования также и некоторые прививки для взрослых. Не оплачиваются прививки, необходимые в путешествиях.

Обследование	Возраст	Примечания	Дополнительная информация
Обязательные прививки для грудных детей и подростков	Прививки, необходимые каждому ребёнку в соответствии с рекомендациями Прививочной комиссии (СТИКО)	<ul style="list-style-type: none"> - Гепатит В - Дифтерия - Столбняк - Полиомиелит (Детский паралич). Обязательная прививка также для непривитых взрослых) - Haemophilus influenzae (НІВ) инфекция типа В - Коклюш - Скарлатина, паротит (свинка), краснуха - Ветряная оспа 	<p>Федеральная информация по здравоохранению. Выпуск 1. Рекомендации СТИКО (Постоянной прививочной комиссии)</p> <p>Интернет: www.rki.de</p>
Повторные прививки (Регламентация в уставах различных касс медицинского страхования разная)	Прививки, которые делаются взрослым повторно, или при отсутствии детской прививки	<ul style="list-style-type: none"> - Дифтерия (рекомендуется каждые 10 лет) - Столбняк 	
Прививки, прописываемые врачом (Различная регламентация в уставах касс медицинского страхования)	Прививки при повышенной опасности, и лицам определённых групп риска или возрастных групп	<ul style="list-style-type: none"> - Грипп (Стандартная прививка для лиц старше 60-ти лет) - Пневмококковая инфекция (Стандартная прививка для лиц старше 60-ти лет) - Весенний менингоэнцефалит - Haemophilus influenza (НІВ) инфекция типа В - Гепатит А и В - Бешенство - Инфекция менингококка - Полиомиелит (детский паралич) - Ветряная оспа - Краснуха - Коклюш 	

Dịch vụ y tế công cộng ở bang Brandenburg 1

Bảo vệ cũng như chăm sóc sức khỏe cho người dân là trách nhiệm của bộ phận dịch vụ y tế công cộng ở bang Brandenburg. Mỗi tỉnh, thành phố đều có một sở y tế. Các sở y tế thông tin về thời gian tiếp khách cũng như phạm vi tư vấn của mình qua các cơ quan hành chính trong địa bàn quản lý và cả trên Internet. Họ góp phần quan trọng vào việc phòng ngừa, duy trì cũng như củng cố sức khỏe cho người dân trong địa bàn. Ngoài ra còn có các dịch vụ hỗ trợ y tế đặc biệt dành cho trẻ em, thanh thiếu niên, người tàn tật và những người trong hoàn cảnh xã hội khó khăn cũng như trong tình trạng sức khỏe kém.

Những dịch vụ tư vấn quan trọng nhất được giới thiệu trong phần dưới đây:

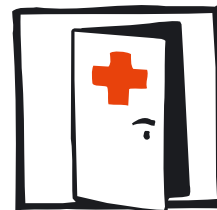
Dịch vụ y tế dành cho trẻ em và thanh thiếu niên

Các bác sĩ nhi khoa ở sở y tế hỗ trợ các bạn trong việc tạo điều kiện cho con cái các bạn được lớn lên khỏe mạnh. Họ tư vấn cũng như giúp đỡ các bạn, đặc biệt trong trường hợp con cái các bạn có các vấn đề về sức khỏe, có các biểu hiện khác thường trong quá trình phát triển, có nguy cơ bị tàn tật hay cần có sự hỗ trợ đặc biệt. Các bác sĩ nhi của dịch vụ y tế dành cho trẻ em và thanh thiếu niên tiến hành kiểm tra sức khỏe thường xuyên ở các trường mẫu giáo và trường học (nhập học lớp 1, lớp 6 và lớp 10). Mục đích của việc kiểm tra sức khỏe này nhằm sớm phát hiện những rối loạn trong quá trình phát triển hay bệnh tật ở con cái các bạn để có các biện pháp chữa trị hay giáo dục kịp thời. Ngoài ra các bác sĩ còn hướng dẫn về tiêm phòng hay tổ chức tiêm phòng trực tiếp tại trường. Tất cả các thắc mắc về chăm sóc sức khỏe cũng như về dinh dưỡng, hỗ trợ cử động và ngôn ngữ, hỗ trợ cho trẻ chậm phát triển về thần kinh v.v. đều được tư vấn.

Dịch vụ nha khoa cho thanh thiếu niên

Các nha sĩ của sở y tế hỗ trợ các bạn trong

việc chăm sóc răng cho con cái các bạn. Răng được kiểm tra ngay từ năm tuổi thứ 2 (sau khi những chiếc răng đầu tiên bắt đầu mọc) đến năm tuổi thứ 16 tại các mẫu giáo và trường học. Bạn và con bạn sẽ được thông báo xem răng có cần phải chữa trị hay không, răng và hàm có bị tật không, hay lợi có bị viêm không. Các hướng dẫn về điều trị sẽ được bác sĩ răng hàm mặt thông báo cho phụ huynh bằng văn bản.



Vệ sinh và y tế môi trường

Nhiệm vụ chính của lĩnh vực này là phòng ngừa các bệnh truyền nhiễm. Quan trọng là các bệnh truyền nhiễm như lao, bệnh vàng da, cúm siêu vi trùng, các bệnh đường ruột do vi khuẩn Salmonelle gây ra phải được phát hiện kịp thời để có thể ngăn chặn sự lây truyền. Người dân có thể tìm hiểu về các biện pháp tiêm phòng cần thiết trước khi đi du lịch nước ngoài cũng như có thể đi tiêm phòng tại nhiều sở y tế.

Theo § 43, khoản 1, phần số 1 trong luật chống truyền nhiễm, mỗi người trước khi làm việc lần đầu tiên trong lĩnh vực lương thực thực phẩm đều phải qua một khóa đào tạo. Khóa đào tạo này dành cho những người làm nghề sản xuất, chế biến và buôn bán lương thực thực phẩm và qua đó có tiếp xúc trực tiếp (bằng tay) hoặc gián tiếp với lương thực thực phẩm.

Những người làm việc trong bếp ở các quán ăn, nhà hàng, căng-tin, quán cà phê hay ở các dịch vụ khác cũng như những người phục vụ ăn uống tập thể cũng cần qua một khóa học. Riêng người làm việc với thực phẩm đã đóng gói hay bồi bàn chỉ phục vụ khách thì không cần giấy chứng nhận về sức khỏe.

Dịch vụ tâm lý xã hội

Dịch vụ tâm lý xã hội hỗ trợ và giúp đỡ:

- những người bị khủng hoảng tinh thần,

- những người có vấn đề về nghiện,
- những người bị bệnh tâm lý tuổi già (như lãng trí),
- trong và sau thời gian nằm viện,
- người nhà của bệnh nhân mắc bệnh về thần kinh.

Ngoài ra dịch vụ tâm lý xã hội còn tư vấn các vấn đề liên quan đến nhập cư, đặc biệt trong các vấn đề tâm lý. Sự tư vấn này hoàn toàn miễn phí, không cần giấy giới thiệu của bác sĩ và được giữ kín tuyệt đối.

Sở y tế - nơi giám định trung lập

Sở y tế cấp các văn bằng, giấy chứng nhận và hoạt động với tư cách nhà giám định. Ví dụ như trong trường hợp người tị nạn rời khỏi trại và chuyển vào một căn hộ riêng do điều kiện sức khỏe hoặc cần có các biện

pháp y tế đặc biệt thì sở xã hội yêu cầu sở y tế giám định y khoa và tâm lý. Trường hợp này cũng xảy ra nếu sở ngoại kiều cần kiểm tra khả năng đi lại do các điều kiện sức khỏe hoặc trong trường hợp có trở ngại cho việc trực xuất do các lý do về sức khỏe. Quan trọng là các bác sĩ giám định của sở y tế làm việc khách quan. Họ được đào tạo đặc biệt và có nhiều kinh nghiệm.

Dịch vụ tư vấn cho người tàn tật

Dịch vụ tư vấn cho người tàn tật của sở xã hội tư vấn rộng rãi cho người tàn tật, người có xu hướng bị tàn tật cũng như thân nhân của họ. Tại đây người dân được biết đến nhiều tổ chức nuôi dưỡng cũng như được hỗ trợ trong trường hợp người đó do bị tàn tật không có khả năng sắp xếp cuộc sống hàng ngày.

2 Bảo hiểm y tế

Bảo hiểm y tế

Ai sống và làm việc tại Đức đều phải tham gia bảo hiểm y tế. Gần 90% dân số đóng bảo hiểm y tế nhà nước. Bảo hiểm y tế nhà nước chi trả tất cả các dịch vụ y tế thiết yếu trong trường hợp bị bệnh cũng như trong thời gian sinh nở. Ngoài ra bảo hiểm y tế còn tiếp tục trả lương cho người bệnh kể từ tuần bị bệnh thứ 7.

Ai phải đóng bảo hiểm y tế nhà nước?

Kể từ ngày 1.04.2007 tất cả mọi người đều phải tham gia bảo hiểm y tế. Công nhân và nhân viên có thu nhập nhiều hơn 400 Euro nhưng ít hơn 47.700 Euro (năm 2007) phải tham gia bảo hiểm y tế nhà nước. Nằm trong số này bao gồm cả học sinh học nghề, người nhận trợ cấp thất nghiệp, hưu trí, sinh viên, nghệ sỹ và người làm nghề xuất bản. Thành viên trong gia đình cư trú tại Đức

cũng được bảo hiểm cùng, nếu những người này không có thu nhập hoặc thu nhập thấp. Trẻ em được cùng bảo hiểm đến một độ tuổi nhất định. Giới hạn tuổi phụ thuộc vào việc trẻ có còn đi học hay không. Thông thường trẻ em tham gia bảo hiểm gia đình đến năm 18 tuổi. Mỗi thành viên trong gia đình được nhận một thẻ bảo hiểm. Tiền lệ phí phòng khám khi đi khám bác sĩ mỗi quý là 10 Euro, không phụ thuộc vào số lần đi khám trong thời gian này.

Lệ phí bảo hiểm được tính theo phần trăm lương. Mức đóng bảo hiểm giữa các quỹ bảo hiểm khác nhau cũng khác nhau. Một nửa lệ phí bảo hiểm được trả bởi chủ lao động hoặc quỹ bảo hiểm hưu trí. Quan trọng trong việc lựa chọn quỹ bảo hiểm không chỉ ở mức đóng lệ phí mà còn ở hiệu suất của từng quỹ bảo hiểm.

Đối với người thất nghiệp, người nhận trợ cấp thất nghiệp II và người nhận tiền sinh hoạt thì sở lao động chịu trách nhiệm trả tiền bảo hiểm. Bảo hiểm chỉ bắt đầu tính từ ngày đầu tiên người đó nhận tiền trợ cấp. Người nhận trợ cấp xã hội được hưởng các chế độ như người tham gia đóng bảo hiểm.

Bảo hiểm y tế nhà nước tự nguyện

Công nhân và nhân viên có thu nhập nhiều hơn 47.700 Euro (năm 2007) có thể tự nguyện tham gia bảo hiểm y tế nhà nước, nếu trước khi ra khỏi bảo hiểm đã đóng ít nhất là 12 tháng liên tục hoặc 24 tháng trong vòng 5 năm cho một quỹ bảo hiểm.

Bảo hiểm tư nhân

Người làm việc độc lập, công nhân và nhân viên không tự nguyện tham gia bảo hiểm y tế nhà nước phải đóng bảo hiểm tư nhân. Hiệu suất của các quỹ bảo hiểm tư nhân được ấn định theo từng mức cá nhân. Lệ phí bảo hiểm được tính theo tình trạng sức khỏe của người tham gia bảo hiểm ở tuổi người đó bắt đầu gia nhập quỹ bảo hiểm.

Tuổi gia nhập càng cao thì lệ phí bảo hiểm cũng càng cao. Các quỹ bảo hiểm tư nhân có thể từ chối những người có độ rủi ro cao về sức khỏe. Từ năm 2009 các quỹ bảo hiểm này phải đưa ra một "mức cơ sở" phù hợp với biểu hiệu suất của bảo hiểm y tế nhà nước, không cần kiểm tra tình trạng sức khỏe của người tham gia bảo hiểm. Những người tham gia bảo hiểm tư nhân phải tự trả tiền khám chữa bệnh và tiền thuốc men trước, sau đó sẽ được quỹ bảo hiểm tư nhân hoàn lại.

Bảo hiểm ở ngoài nước

Trong khuôn khổ các quy định song phương giữa các nước thì các quỹ bảo hiểm nhà nước sẽ chi trả các khoản điều trị ở nước ngoài. Điều này có hiệu lực đối với các nước trong cộng đồng chung châu Âu cũng như ở các nước tham gia hiệp ước về bảo hiểm xã hội.

Trước khi ra nước ngoài, bạn nên làm việc với quỹ bảo hiểm của bạn để được cấp phiếu bảo hiểm hoặc được thông tin về các khả năng bảo hiểm y tế du lịch.

Những quy định pháp lý trong việc 3 chăm sóc y tế cho người nhập cư

Chăm sóc y tế theo luật đối với người xin tị nạn

Người xin tị nạn, người nước ngoài với giấy phép cư trú tạm thời cũng như người bắt buộc phải xuất cảnh có quyền đòi hỏi được chăm sóc y tế theo luật dành cho người xin tị nạn. Việc chăm sóc y tế cho những đối tượng này bị hạn chế theo điều 3 luật dành cho người xin tị nạn. Chỉ trong các trường hợp bệnh cấp tính hoặc bị đau đớn thì việc chăm sóc y tế mới được thực hiện.

Việc thay răng giả bị hạn chế đặc biệt. Chỉ trong những trường hợp ngoại lệ như trong

trường hợp do các lý do về y tế mà không thể lui lại hoặc nếu không tiến hành điều trị ngay thì sẽ gây ra nhiều hậu quả như đau dạ dày do thiếu

khả năng nhai thì việc làm răng giả mới được tiến hành. Hạn chế này không liên quan đến việc điều trị răng như điều trị sâu răng hoặc điều trị chân răng.

Một số chế độ y tế nhất định được áp dụng rộng rãi cho người xin tị nạn. Trong đó có



chế độ cho phụ nữ mang thai và chế độ khám phòng chống bệnh. Phụ nữ mang thai được khám phòng chống bệnh cũng như được hưởng các chế độ chăm sóc và các chế độ trong quá trình sinh nở. Việc tiêm phòng cho người lớn và trẻ em cũng như việc khám phòng chống bệnh được tiến hành kể cả khi không có dấu hiệu bị bệnh cấp tính.

Người xin tị nạn có quyền được khám phòng chống bệnh như sau:

- Khám phòng chống bệnh trong thời gian mang thai, hưởng chế độ trong quá trình sinh nở và chế độ chăm sóc sau khi sinh
- Khám bệnh cho trẻ em từ U1 đến J1, khám và phát hiện sớm bệnh phụ khoa, khám và phát hiện sớm bệnh ung thư cho phụ nữ từ 20 tuổi và nam giới từ 45 tuổi, khám sức khỏe thông thường cho người từ 35 tuổi (2 năm 1 lần)
- Khám nha khoa nửa năm 1 lần cho trẻ em và thanh thiếu niên dưới 18 tuổi, sau đó mỗi năm 1 lần
- Tiêm phòng cho trẻ em, tiêm phòng chống uốn ván, bạch hầu và bại liệt cho người lớn

Những người hưởng chế độ theo luật dành cho người xin tị nạn nhận phiếu bảo hiểm y tế từ sở xã hội và đưa phiếu này cho bác sĩ. Phiếu bảo hiểm có giá trị 3 tháng. Các sở xã hội chịu trách nhiệm trong việc bảo đảm chăm sóc y tế cho những người xin tị nạn không được bảo hiểm bởi các quỹ bảo hiểm.

Những người hưởng chế độ theo § 3 không phải trả các khoản tiền phụ thu.

Người hưởng chế độ theo § 2 luật dành cho người xin tị nạn được hưởng các chế độ y tế đa dạng. Những người có giấy phép cư trú tạm thời có thể yêu cầu được hưởng các chế độ tốt hơn sau 4 năm nếu người đó chưa xuất cảnh được do các nguyên nhân khách quan.

Những người này được bảo hiểm như

người nhận trợ cấp xã hội ở một quỹ bảo hiểm do họ tự chọn và được nhận một thẻ bảo hiểm. Quỹ bảo hiểm thanh toán các chi phí y tế với nơi trả trợ cấp xã hội.

Người hưởng chế độ theo § 2 luật dành cho người xin tị nạn phải trả tiền phụ thu. Họ phải trả tiền phụ thu khi đi khám bác sĩ, tiền thuốc, tiền phụ thu nằm viện và các khoản phụ thu khác. Các quy định về các trường hợp khó khăn cũng có giá trị đối với các đối tượng này.

Chăm sóc y tế đối với người nhận trợ cấp xã hội

Những người nhận trợ cấp xã hội được bảo hiểm y tế nếu họ nhận trợ cấp xã hội từ 1 tháng trở lên. Họ được nhận một thẻ bảo hiểm. Những ai không tự chọn quỹ bảo hiểm thì sở xã hội sẽ chọn cho họ một quỹ bảo hiểm. Những người được bảo hiểm phải đóng tiền phụ thu theo luật định (xem chương 7 tiền phụ thu).

Tiền phụ thu hàng năm không được quá 2% số tiền trợ cấp xã hội cho người chủ gia đình. Đối với bệnh mãn tính thì mức cao nhất là 1%. Nếu một thành viên của gia đình (vợ hoặc chồng, con đã thành niên) có tham gia bảo hiểm y tế gia đình và bị bệnh mãn tính thì giới hạn này có giá trị cho toàn bộ gia đình. Trong trường hợp các khoản phụ thu của tất cả thành viên trong gia đình đạt đến giới hạn này thì tất cả các thành viên trong gia đình được miễn các khoản phụ thu y tế tiếp theo.

Trẻ em dưới 18 tuổi được miễn tất cả các khoản phụ thu.

Các hóa đơn trả tiền phụ thu nên được cất giữ lại. Khi đạt đến mức giới hạn trong năm (2% hoặc 1% đối với phần lớn các bệnh mãn tính) thì bạn làm đơn tại quỹ bảo hiểm xin miễn các khoản phụ thu cho phần còn lại của năm. Các hóa đơn phải đi kèm với đơn xin. Những khoản đã trả quá với giới hạn sẽ được quỹ bảo hiểm hoàn lại.

Chăm sóc y tế qua bác sỹ gia đình | 4

Việc chăm sóc y tế có thể qua nội trú hoặc ngoại trú.

Khi bạn bị ốm thì thông thường người liên lạc đầu tiên của bạn là bác sỹ gia đình. Bác sỹ gia đình phần lớn là bác sỹ đa khoa hoặc nội khoa. Họ chịu trách nhiệm trước hết cho việc chăm sóc cơ bản, nghĩa là cho việc điều trị ban đầu và nếu cần thiết thì chuyển bệnh nhân đến bác sỹ chuyên ngành thích hợp.

Bạn cần có một lịch hẹn vào giờ làm việc của bác sỹ. Nếu bạn không đến được theo lịch đã hẹn thì bạn phải báo hủy kịp thời. Trong trường hợp bạn phải đi khám bác sỹ do bị bệnh đột ngột, bạn có thể đến vào giờ làm việc của bác sỹ mà không cần hẹn trước, nhưng có khả năng bạn sẽ phải đợi lâu.

Trong lần đi khám đầu tiên của một quý bạn phải trình thẻ bảo hiểm hoặc phiếu khám bệnh do sở xã hội cấp và phải trả lệ phí phòng khám là 10€ cho bác sỹ gia đình (hoặc bác sỹ chuyên ngành).

Bệnh nhân do bác sỹ gia đình chuyển cho bác sỹ chuyên ngành không phải trả lệ phí phòng khám cho bác sỹ chuyên ngành. Bệnh nhân đến khám bác sỹ gia đình và được giới thiệu tiếp đến bác sỹ khác chỉ

phải trả tiền lệ phí phòng khám là 10€ trong một quý. Đối với việc khám phòng chống bệnh và khám phát hiện bệnh sớm cũng như tiêm phòng thì bệnh nhân không phải trả lệ phí phòng khám.



Đối với tất cả các việc chăm sóc y tế thì lệ phí phụ thu thông thường là 10€, nhiều nhất là 10€ và ít nhất là 5€.

Ngoài ra có các quy định đối với trường hợp đặc biệt mà theo đó hạn chế khoản tiền cá nhân phải tự trả. Khoản tiền người tham gia bảo hiểm tự phải trả không được vượt qua 2% thu nhập toàn phần. Đối với những người bị bệnh mãn tính trầm trọng thì giới hạn này là 1% thu nhập toàn phần. Một bệnh được coi là mãn tính trầm trọng nếu người mắc bệnh đó trong vòng ít nhất là 1 năm phải điều trị bác sỹ ít nhất là mỗi quý một lần.

Nếu bạn là người đang có việc làm mà do bệnh tật bị mất khả năng làm việc thì bạn cần có một giấy chứng nhận không có khả năng lao động của bác sỹ. Giấy chứng nhận này bạn phải nộp cho chỗ làm việc cũng như cho quỹ bảo hiểm chậm nhất là vào ngày bị bệnh thứ 3.

Chăm sóc nha khoa | 5

Răng khỏe mạnh tác động trực tiếp đến tâm trạng cũng như sức khỏe của cơ thể chúng ta. Chính vì vậy việc kiểm tra răng miệng thường xuyên là việc làm tất yếu vì qua đó mà các bệnh về răng lợi như viêm lợi và viêm bọng răng được phát hiện và chữa trị kịp thời. Các nha sỹ khuyên bạn nên đi khám răng mỗi năm 2 lần.

Sự sợ hãi khi đi khám bác sỹ nha khoa là

không cần thiết, vì bác sỹ nha khoa với các khả năng của mình sẽ chữa trị răng cho bạn một cách ít đau đớn nhất, thậm chí không gây đau. Tuy nhiên, nếu bạn cảm thấy mình sợ khám răng thì nên nói điều đó với bác sỹ trước khi được điều trị. Thông thường, một cuộc nói



chuyện thoải mái và thân mật giữa bác sĩ và bệnh nhân sẽ làm giảm bớt những nỗi sợ hãi này.

Việc chăm sóc răng thường xuyên là điều kiện quan trọng nhất trong việc phòng chống các bệnh răng hàm. Ít nhất là 2 lần một ngày mỗi người nên dành 3 phút để đánh răng thật kỹ.

Mỗi năm người lớn được khám miễn phí 2 lần. Ngoài việc kiểm tra bác sĩ nha khoa còn thực hiện các biện pháp hữu hiệu nhằm chẩn đoán và phòng chống bệnh mà bạn không phải trả lệ phí phụ thu. Trong số đó phải kể đến việc kiểm tra bằng tia Rơn-ghen, kiểm tra lợi và mỗi năm lấy cao răng một lần. Chỉ đối với các điều trị cần thiết tiếp theo bệnh nhân mới phải trả lệ phí phòng khám là 10€. Trẻ em và thanh thiếu niên dưới 18 tuổi được miễn tất cả các khoản lệ phí phòng khám. Việc đi kiểm tra ở phòng khám nha khoa có lợi lâu dài cả về kinh tế, vì những người tham gia bảo hiểm nhà nước mà được ghi trong cuốn điểm cộng là có đi khám răng ít nhất 1 lần trong năm thì được nhận đến 30% tiền hỗ trợ thêm nếu người đó cần làm răng giả. Cuốn điểm cộng bạn có thể nhận được qua nha sĩ của bạn.

Những ai muốn được chăm sóc tốn kém hơn so với mức "chăm sóc y tế cần thiết" mà luật quy định như thay vì dùng hỗn hợp thủy ngân kim loại mà dùng hỗn hợp nhựa trong việc hàn răng thì nên thỏa thuận với bác sĩ nha khoa trước khi điều trị.

Trong trường hợp này thì bác sĩ nha khoa và người tham gia bảo hiểm thỏa thuận khoản tiền mà bệnh nhân phải đóng thêm. Trong bản thỏa thuận này, người tham gia bảo hiểm cam kết tự mình trả khoản tốn kém thêm cho việc điều trị.

Răng giả

Trong trường hợp một cái răng bị rụng thì nó sẽ được thay thế bằng một bộ phận răng

giả. Vành răng và cầu răng cũng được tính là bộ phận răng giả thay thế. Trước khi việc làm răng giả được tiến hành cần phải có sự đồng ý của quỹ bảo hiểm. Để làm được việc đó thì bác sĩ nha khoa phải lập một kế hoạch chữa trị cũng như chi phí, trong đó có liệt kê kết quả khám nghiệm răng và các bước điều trị.

Bản kế hoạch chữa trị và chi phí được gửi đến quỹ bảo hiểm. Quỹ bảo hiểm kiểm tra việc cần thiết phải làm răng giả và tính tiền hỗ trợ cho người tham gia bảo hiểm.

Từ ngày 01.01.2005 hệ thống hỗ trợ mới bắt đầu có hiệu lực. Quỹ bảo hiểm trả một khoản tiền hỗ trợ nhất định, không phụ thuộc vào loại răng nào mà bạn lựa chọn. Vì thế bạn phải tự tìm hiểu qua nha sĩ xem quỹ bảo hiểm trả cho những dịch vụ nào và loại nào thì không được trả. Bạn phải tự trả một phần các khoản chi phí. Đối với tất cả các dịch vụ nằm ngoài việc chăm sóc y tế cần thiết thì bạn đều phải tự trả.

Những ai thường xuyên đi khám răng thì nhận được khoản hỗ trợ cố định cao hơn. Nếu cuốn điểm cộng được điền đầy đủ trong 5 năm thì khoản hỗ trợ tăng thêm 20%, sau 10 năm thì thêm 30%. Khoản hỗ trợ này có thể đến 65% tổng số chi phí cho việc chăm sóc y tế cần thiết. Chính vì lý do này mà cuốn điểm cộng cần được điền đầy đủ và liên tục.

Bệnh nhân có thu nhập thấp thì được miễn phần phải tự trả. Quỹ bảo hiểm chỉ trả phần chi phí cho những chăm sóc y tế cần thiết. Bạn nên tìm hiểu thêm thông tin ở quỹ bảo hiểm của bạn về các trường hợp đặc biệt khó khăn trong vấn đề làm răng giả.

Bảo hiểm cho răng giả

Từ ngày 01.07.2005 bạn phải trả cho bảo hiểm răng giả là 0,9% thu nhập toàn phần hàng tháng. Người nhận tiền trợ cấp thất nghiệp II và thân nhân tham gia bảo hiểm gia đình không phải trả khoản này.

Điều trị nội trú và trường hợp khẩn cấp | 6

Việc chuyển bệnh nhân vào bệnh viện được thông qua bác sĩ gia đình ("Quy định về chăm sóc ở bệnh viện"). Bạn phải mang theo thẻ bảo hiểm và trong trường hợp phẫu thuật ngoại trú phải có phiếu chuyển giao.

Việc trả các khoản lệ phí bệnh viện và đi lại cho người bệnh chỉ được thực hiện dưới các điều kiện đặc biệt, nếu:

- Người làm đơn đăng ký nhân khẩu hoặc sinh sống ở thành phố đó.
- Người làm đơn không được bảo hiểm y tế.
- Người làm đơn nhận trợ cấp sinh hoạt hoặc không có đủ thu nhập và/hoặc tài sản.

Cơ sở pháp lý: Giúp đỡ người bệnh theo luật xã hội.

Việc đặt đơn được thực hiện ở sở xã hội không theo mẫu.

Những giấy tờ cần thiết cho việc đặt đơn:

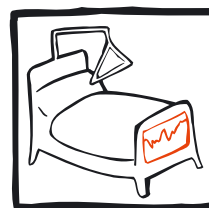
- Ngoài các trường hợp khẩn cấp thì cần phải có giấy chuyển vào viện do bác sĩ gia đình hoặc bác sĩ chuyên ngành cấp trước khi nhập viện. Giấy này phải được sở xã hội đóng dấu (thông thường không có giá trị như giấy chấp thuận mà chỉ đóng vai trò chứng nhận cho thông báo về việc chuyển giao sự chăm sóc y tế đến bệnh viện).
- Giấy tờ tùy thân
- Chứng minh toàn bộ thu nhập
- Chứng minh tài sản hoặc tài sản tiết kiệm nếu có
- Chứng minh về các hiệu suất xã hội
- Hợp đồng thuê nhà cũng như chứng minh về tiền thuê nhà hiện tại và tiền sinh hoạt
- Trích giao dịch tài khoản hiện tại

Trong các trường hợp khẩn cấp bạn được phép vào khám tại bất cứ bệnh viện cũng như bác sĩ nào. Trong trường hợp bị đe dọa đến tính mạng thì các bác sĩ phải điều trị cho bạn hoặc chuyển bạn đến nơi điều trị thích hợp.

Các chế độ theo quy định

Chi phí cho việc điều trị nội trú được tính trực tiếp với quỹ bảo hiểm hoặc nơi có trách nhiệm thanh toán.

Trong đó bao gồm tất cả các chế độ cần thiết cho việc chăm sóc thông thường và chi phí trọn gói cho từng trường hợp.



Chi phí tự trả

Luật pháp quy định mỗi thành viên của các quỹ bảo hiểm nhà nước phải chịu một phần chi phí. Trong thời điểm hiện tại là 10€/ngày và nhiều nhất là 28 ngày mỗi năm.

Dịch vụ khẩn cấp

Nếu bạn cần được điều trị cấp bách vào ban đêm hoặc cuối tuần thì bạn có thể gọi điện đến bộ phận tiếp nhận cấp cứu của một bệnh viện hoặc gọi bác sĩ khẩn cấp.

Trong các trường hợp bị tai nạn hay bị nguy hiểm đến tính mạng thì bạn gọi đến dịch vụ cấp cứu.

Bạn có thể gọi đến các số điện thoại này miễn phí!

Khi gọi đến các số điện thoại này bạn cần phải đưa ra các thông tin sau đây:

- Xảy ra **ở đâu?**
- **Việc gì** xảy ra?
- **Bao nhiêu người** bị thương/bị bệnh?
- Bị thương/bị bệnh **như thế nào?**
- Bạn phải **chờ** người ta hỏi lại. Bạn có thể tìm thấy các số điện thoại quan trọng nhất ở phần phụ lục.

7 Thuốc điều trị



Trong bang Brandenburg thuốc men chỉ có bán tại các hiệu thuốc hoặc trực tiếp ở chỗ bác sỹ. Phần lớn các loại thuốc men bạn chỉ có thể nhận được qua đơn bác sỹ.

Những thứ thuốc này được gọi là thuốc phải có đơn. Bác sỹ viết đơn thuốc. Bệnh nhân mang đơn thuốc đến hiệu thuốc và nhận được thuốc ở đây.

Để nhận được thuốc bệnh nhân phải tự trả một phần, nhiều nhất là 10€ và ít nhất là 5€. Thuốc men và dược phẩm chỉ có bán ở hiệu thuốc mà không cần đơn thuốc thì bạn phải tự trả tiền.

Ngoại lệ: Trẻ em đến 12 tuổi mà cần thuốc không cần đơn để điều trị một bệnh nghiêm trọng dưới dạng trị liệu thì được nhận thuốc miễn phí.

Có ít nhất một hiệu thuốc trong khu vực làm dịch vụ trong trường hợp khẩn cấp cả ngày và đêm.

Từ năm 2004 mỗi người tham gia bảo hiểm phải tự trả 2% toàn bộ thu nhập trong năm cho phần phụ thu về thuốc men, dược phẩm cũng như đi khám bác sỹ và nằm viện.

Ngoại lệ: Những hộ gia đình thu nhập thấp và những người bị bệnh mãn tính có thể làm đơn xin miễn nghĩa vụ trả tiền.

Một người được coi là bị bệnh mãn tính nếu:

1. người đó cần phải được điều trị y tế lâu dài (đi khám bác sỹ ít nhất là 1 lần trong 1 quý về cùng một bệnh) hoặc
2. có nhu cầu phải được chăm sóc theo mức chăm sóc 2 hoặc 3, hoặc
3. bị tàn tật ít nhất là 60% hoặc bị hạn chế khả năng lao động ít nhất là 60%, hoặc
4. phải được chăm sóc y tế thường xuyên, nếu không, theo đánh giá của bác sỹ có thể làm bệnh trầm trọng thêm, giảm tuổi thọ hoặc gây ảnh hưởng lâu dài đến chất lượng cuộc sống.

Điều đó có nghĩa là phần phải tự trả giới hạn ở mức 1% tổng thu nhập trong năm.

Chính vì vậy quan trọng là việc lưu giữ tất cả các hóa đơn từ lệ phí phòng khám đến đơn thuốc, sau đó tính lại cho đến khi đạt đến 1% và ra quỹ bảo hiểm xin được miễn các khoản trả thêm đến hết năm.

8 AIDS và HIV



Chữa trị và phòng chống

HIV: *Humanes Immunschwäche-Virus* = Vi-rút làm giảm khả năng miễn dịch của con người

AIDS: *Acquired Immune Deficiency Syndrome* = Hiệu ứng suy giảm miễn dịch mắc phải

Aids là sự suy giảm nghiêm trọng hệ thống miễn dịch của cơ thể do vi-rút HIV gây ra. Aids làm cho cơ thể không có khả năng chống lại nhiều tác nhân gây bệnh mà một người khỏe mạnh dễ dàng kháng cự lại được. Do sự suy giảm hệ thống miễn dịch trong cơ thể mà các bệnh mắc phải (các bệnh truyền nhiễm) cũng gây tử vong nếu không được điều trị.

Chính vì vậy mà việc xác định kịp thời người bị nhiễm HIV là rất quan trọng. Người bị

nhiễm HIV chỉ có thể lây truyền sang người khác qua các chất lỏng nhất định trong cơ thể có chứa nhiều vi-rút (máu, tinh dịch, chất bài tiết trong âm đạo, sữa mẹ). Nguy cơ lây truyền lớn nhất là qua quan hệ giới tính không được phòng ngừa và qua việc dùng chung ống tiêm khi sử dụng ma túy.

Nếu bạn có khúc mắc về HIV và Aids thì bạn có thể liên lạc với các bác sĩ hoặc các cơ sở y tế trong thành phố hay các điểm tư vấn và hỗ trợ về AIDS (xem danh mục địa chỉ ở phần phụ lục).

Tại đó bạn có thể tìm hiểu xem có nguy cơ bị lây truyền hay không cũng như có thể đề cập đến các cảm giác sợ hãi và không an tâm. Nếu trong quá trình tư vấn mà xác định được là nguy cơ lây nhiễm thực sự tồn tại

thì bạn có thể làm xét nghiệm HIV. Việc xét nghiệm hay không hoàn toàn phụ thuộc vào quyết định của bạn. Xét nghiệm HIV sẽ không được tiến hành nếu không có sự đồng ý của bạn.

Nếu bạn muốn xác định xem mình có bị nhiễm HIV hay không thì nên làm xét nghiệm sớm nhất là 3 tháng sau lần nghi có khả năng bị lây truyền cuối cùng.

Ngoài ra chuyên gia tư vấn còn hiểu biết về các khả năng phòng chống HIV (và các bệnh lây truyền qua quan hệ giới tính khác) cũng như về các trợ giúp hay các khả năng điều trị y học.

Bao cao su có thể ngăn ngừa việc lây truyền HIV. Bạn có thể mua bao cao su tại siêu thị, các cửa hàng dược phẩm, hiệu thuốc, tại nhiều trạm xăng và ở các máy tự động.

Trợ giúp trong vấn đề bạo lực chống 9 phụ nữ

Bạo lực là hành vi phạm pháp - không phân biệt trong phạm vi gia đình hay ở nơi công cộng. Chính vì vậy mà bạo lực do họ hàng hay do bạn đời gây ra cũng bị xử lý như bạo lực trong phạm vi công cộng. Việc xử lý các hành động bạo lực là một yếu tố cơ bản cho việc ngăn chặn bạo lực trong tương lai vì qua đó mỗi kẻ gây bạo lực thấy rằng hành động do anh ta gây ra không được xã hội khoan dung và chấp nhận.

Bạo lực đối với phụ nữ có thể liên quan trước hết đến các hành vi sau:

- Nhục mạ
- Xâm phạm tình dục, cưỡng hiếp
- Vi phạm quyền bất khả xâm phạm về nhà ở
- Ngược đãi người được bảo trợ (trẻ em)
- Làm hư hại tài sản

- Gây thương tích về cơ thể
- Cưỡng bức
- Mưu toan giết người
- Đe dọa
- Cướp đoạt quyền tự do



Thông thường việc tố tụng hình sự bắt đầu với đơn khiếu nại. Đơn khiếu nại là thông báo về một nghi ngờ và có thể do người bị hại hoặc do bất cứ người nào khác chuyển đến cơ quan công an, công tố hoặc tòa án bằng miệng, qua điện thoại hoặc bằng văn bản. Bên cạnh các quy định pháp lý có giá trị chung cho tất cả mọi người còn có các quy định bổ sung cho người nhập cư liên quan đến hiện trạng cư trú. Trong mọi trường hợp thì luật chống bạo lực được thi

hành theo luật pháp Đức, không phụ thuộc vào quê hương của người nhập cư.

Điều đó có ý nghĩa như thế nào đối với bạn?

- Do vấn đề đặc biệt của luật cư trú mà việc tìm một nơi tư vấn là rất cần thiết (có thể ở trung tâm tư vấn, bộ phận phụ trách người nước ngoài hay luật sư).
- Bạn không phải lo sợ sẽ bị bắt lợi nếu bạn gọi điện cho công an. Vì vậy đó cũng là việc bạn nên làm nhằm bảo vệ con cái bạn, bảo vệ chính bản thân bạn đồng thời để bảo đảm các bằng chứng. Ngay cả việc chỉ ra thủ phạm trong 10 ngày cũng không ảnh hưởng gì đến quyền cư trú của bạn.
- Việc lánh nạn vào nhà dành cho phụ nữ (xem phần địa chỉ) cũng không gây bất lợi gì cho bạn.
- Nếu quyền cư trú của bạn phụ thuộc vào tình trạng hôn nhân thì bạn có thể làm đơn

theo §§1 và 2 luật chống bạo lực - không phân biệt thời gian kết hôn ở Đức. Đơn này chỉ có tác động lên tình trạng cư trú tại thời điểm cuộc sống hôn nhân hoàn toàn chấm dứt hoặc ly dị.

- Đối với người nhập cư không được phép cư trú độc lập thì điều đặc biệt quan trọng là phải được bác sỹ ghi chép lại tất cả các thương tích để trong các trường hợp đặc biệt nghiêm trọng có thể làm bằng chứng chứng minh. Bạn hãy tìm một bác sỹ (vào cuối tuần: dịch vụ cấp cứu) và đề nghị bác sỹ ghi chép lại các thương tích.
- Nếu bạn sống trong một tập thể thì trong trường hợp bạo lực gia đình bạn có thể được tách ra khỏi kẻ gây bạo lực. Như thế kẻ bạo hành sẽ bị cản trở không tiếp tục làm hại bạn được. Để bảo vệ bạn người ta có thể chuyển những người liên quan đến tập thể khác trong hoặc ngoài tỉnh.

10 Tâm lý trị liệu



Tâm lý trị liệu là biện pháp "điều trị tinh thần".

Đó là việc hỗ trợ chuyên ngành đối với người bị bệnh về tâm lý hay bệnh do tâm lý gây ra. Những người do có các "khó khăn", "rối loạn", "triệu chứng" hay các "vấn đề" trong cuộc sống mà khó có thể xử lý được và không thể tự mình hay với sự giúp đỡ của người thân giải quyết được các vấn đề này thì tìm đến sự hỗ trợ qua tâm lý trị liệu. Các bệnh về tâm lý có thể tìm thấy trong mọi phạm vi cuộc sống con người, trong quan hệ lứa đôi, trong tình dục, trong việc làm cũng như trong các cảm nhận cuộc sống. Các bệnh về tâm lý rất đa dạng.

Tâm lý trị liệu có thể giúp đỡ bạn!

Trong không gian cần mật bạn có thể kể về bản thân cũng như về các vấn đề của mình. Như vậy, một không gian sẽ được mở ra cho bạn mà trong đó các kinh nghiệm đau đớn, các cảm giác cũng như hồi tưởng đầy sự sợ hãi, các cảm xúc hay các động lực dù tốt dù xấu được đưa vào câu chuyện. Thông qua các điều kiện đặc biệt của các cuộc nói chuyện (như lịch hẹn cố định và thường xuyên, sự khách quan của nhà trị liệu) mà các xung đột vô ý thức được xử lý một cách có ý thức. Bạn có thể nhận ra mối liên quan giữa các rối loạn và nguyên nhân của nó, những điều mà bình thường bạn không thể tự mình nhận ra, chịu đựng và xử lý được. Tâm lý trị liệu qua đó bao gồm cả việc phát

triển các giải pháp mới cũng như xây dựng các mẫu hành động trong cách xử sự của người bệnh với bản thân và với người khác. Việc một bệnh tâm lý không chỉ là một hoạt động của thần kinh mà còn có thể là một nguồn năng lực mới có ý nghĩa đặc biệt quan trọng.

Nguồn: Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft (Hiệp hội tâm lý trị liệu Đức)

Điều quan trọng đối với bạn là cần phải biết có 3 phương pháp trị liệu được các quỹ bảo hiểm công nhận tại Đức:

- Trị liệu phân tâm học
- Tâm lý trị liệu chuyên sâu
- Liệu pháp hành vi

Ba phương pháp này có chất lượng ngang nhau. Quan trọng đối với bệnh nhân là phải cùng bàn bạc với nhà trị liệu xem phương pháp nào là phù hợp nhất trong từng trường hợp. Các phương pháp trị liệu khác như trị liệu hình thức, kích tâm lý, trị liệu gia đình, dùng năng lượng tự nhiên, trị liệu cơ thể v.v. không được các quỹ bảo hiểm công nhận. Do đó người tham gia bảo hiểm không được nhận chi phí cho các phương pháp trị liệu này.

Sự khác biệt về số giờ điều trị cần thiết mà quỹ bảo hiểm cho phép là một trong số các khác biệt giữa các phương pháp trị liệu. Về cơ bản, các nhà trị liệu có giấy phép hoạt

động về liệu pháp hành vi hay trị liệu chuyên sâu được thanh toán đến 100 giờ cho mỗi bệnh nhân, các nhà trị liệu phân tâm học đến 300 giờ.

Cảm giác của bạn ngay từ cuộc nói chuyện đầu tiên với nhà trị liệu cũng quan trọng như việc chọn phương pháp trị liệu. Nếu trong những cuộc hẹn đầu tiên mà bạn không cảm thấy tin tưởng ở nhà trị liệu thì bạn nên tìm đến nhà trị liệu khác.

Hai giờ điều trị đầu tiên được gọi là "giờ thử nghiệm", nghĩa là thời gian chuẩn bị. Trong thời gian này, nhà trị liệu đưa ra các chuẩn đoán cũng như các chỉ dẫn điều trị.

Sau các giờ thử nghiệm và trước khi nhà trị liệu bắt đầu chính thức điều trị cho bạn thì bạn phải đến bác sĩ, chẳng hạn như bác sĩ gia đình của bạn. Bác sĩ sẽ khám xem bạn có bị bệnh mà cần phải được điều trị thêm hay không.

Các quỹ bảo hiểm nhà nước chỉ trả chi phí cho việc trị liệu bởi các rối loạn tâm lý "mang tính chất bệnh tật". Các tư vấn về cuộc sống, hôn nhân, giáo dục không được tính vào các chế độ của quỹ bảo hiểm. Làm thế nào để tìm được nhà trị liệu phù hợp? Bạn có thể tìm địa chỉ và số điện thoại của các nhà trị liệu trong cuốn niên giám điện thoại những trang vàng nơi bạn ở, trong phần niên giám điện thoại theo ngành hoặc trên trang chủ của hiệp hội bác sĩ cho người tham gia bảo hiểm (www.kv.de).

11 Khái quát về kiểm tra sức khỏe và tiêm phòng bệnh

Phát hiện sớm ung thư

Kiểm tra	Tuổi	Giới tính	Thời gian	Chú thích	Thông tin tiếp theo
Kiểm tra bộ phận sinh dục	từ 45 tuổi	phụ nữ	hàng năm	<ul style="list-style-type: none"> - tìm hiểu tiền sử bệnh (như hỏi về rối loạn kinh nguyệt, khi hời) - kiểm tra cổ tử cung - thử ung thư và kiểm tra tế bào - kiểm tra phụ khoa bằng phương pháp nắn 	Quy định về phát hiện ung thư sớm Internet: www.g-ba.de
Kiểm tra tiền liệt tuyến Kiểm tra bộ phận sinh dục	từ 45 tuổi	nam giới	hàng năm	<ul style="list-style-type: none"> - tìm hiểu tiền sử bệnh - kiểm tra và khám phần ngoài của cơ quan sinh dục - khám tuyến tiền liệt - kiểm tra bằng phương pháp bấm khu vực bạch huyết 	
Kiểm tra ngực và da	từ 30 tuổi	phụ nữ	hàng năm	<ul style="list-style-type: none"> - tìm hiểu tiền sử bệnh (như hỏi về các sự thay đổi/sự khó chịu về da và ngực) - kiểm tra và khám phần ngực cũng như khu vực bạch huyết và hướng dẫn tự kiểm tra 	
Kiểm tra da	từ 45 tuổi	nam giới	hàng năm	cùng với kiểm tra phụ khoa/tiền liệt tuyến	
Kiểm tra đại tràng và thực tràng	từ 50 tuổi	phụ nữ và nam giới	hàng năm	<ul style="list-style-type: none"> - tư vấn - kiểm tra phần cuối ruột bằng phương pháp bấm - thử máu trong phân (hàng năm đến 55 tuổi) 	
Soi đường ruột	từ 55 tuổi	phụ nữ và nam giới	2 lần kiểm tra cách nhau 10 năm	<ul style="list-style-type: none"> - tư vấn - soi ruột 2 lần, cách nhau 10 năm hoặc thử máu trong phân 2 năm 1 lần 	
Chụp X-quang vú	từ 50 đến 69 tuổi	phụ nữ	2 năm 1 lần	<ul style="list-style-type: none"> - mời đến một bộ phận chiếu được chứng nhận - thông tin - chụp X-quang vú bằng tia rơn-ghen 	

Kiểm tra sức khỏe

Kiểm tra	Tuổi	Giới tính	Thời gian	Chú thích	Thông tin tiếp theo
Kiểm tra toàn bộ sức khỏe	từ 35 tuổi	phụ nữ và nam giới	2 năm 1 lần	Phát hiện sớm các bệnh thường gặp như: bệnh tim mạch, thận, tiểu đường. Trong đó bao gồm: - tiền sử bệnh, đặc biệt là thống kê các trường hợp nhiều rủi ro - kiểm tra y tế (kiểm tra cơ thể và đo áp huyết) - xét nghiệm máu và nước tiểu - tư vấn về kết quả xét nghiệm	Quy định về kiểm tra sức khỏe Intênt: www.g-ba.de

Kiểm tra phòng chống bệnh nha khoa

Kiểm tra	Tuổi	Giới tính	Thời gian	Chú thích	Thông tin tiếp theo
Kiểm tra các bệnh về răng, miệng và hàm	-đến 6 tuổi -từ 6 đến 18 tuổi	nam và nữ	-3 lần cho đến năm 6 tuổi -từ 6 tuổi trở lên nửa năm 1 lần	Đánh giá khả năng bị sâu răng - tư vấn về vệ sinh miệng - kiểm tra vùng miệng - thúc đẩy việc phòng ngừa	Quy định về phát hiện bệnh sớm và phòng ngừa cá nhân Internet: www.kzbv.de
Kiểm tra phòng chống bệnh nha khoa	từ 18 tuổi	phụ nữ và nam giới	nửa năm 1 lần	- các xét nghiệm tiếp theo - kiểm tra trong khuôn khổ cuốn điểm cộng Điều này cũng có giá trị trong trường hợp việc lấy cao răng (chỉ được quỹ bảo hiểm nhà nước thanh toán 1 lần), việc xét nghiệm bằng tia rơn-ghen, việc kiểm tra sự nhạy cảm được tiến hành trong cùng một buổi hay PSI-Code được lưu lại.	§ 30, khoản 2, câu 4 và 5 SGB V (đến 31.12.2004, từ 01.01.2005 § 55, khoản 1, câu 4 và 5)

Kiểm tra phòng chống bệnh trong thời gian mang thai

Kiểm tra	Thông tin tiếp theo
Sự chăm sóc và phòng ngừa trong thời gian mang thai bao gồm cả việc xác định sự mang thai cũng như chăm sóc trong thời gian mang thai và sau khi sinh nở. Trong đó, phụ nữ mang thai cần phải được kiểm tra và tư vấn, chẳng hạn như về sức khỏe và dinh dưỡng. Các bác sỹ, người đỡ đẻ và quỹ bảo hiểm cùng làm việc với nhau. Các hiệu suất chăm sóc gồm có: - nhận biết và giám sát các trường hợp mang thai có vấn đề - siêu âm - kiểm tra các bệnh truyền nhiễm qua huyết thanh - xét nghiệm và tư vấn cho người ở cũ	Quy định về thời kỳ sinh sản Internet: www.g-ba.de

Kiểm tra sức khỏe trẻ em và thanh thiếu niên

Trẻ em và thanh thiếu niên dưới 18 tuổi không phải trả lệ phí phòng khám. Các quỹ bảo hiểm nhà nước thanh toán chi phí cho tất cả các biện pháp nhằm phát hiện bệnh sớm và phòng chống bệnh cho trẻ em và thanh thiếu niên. Ngay sau khi trẻ ra đời, bố mẹ nhận được một quyền theo dõi sức khỏe cho trẻ tại bệnh viện hoặc ở chỗ bác sỹ nhi, trong đó liệt kê đầy đủ khi nào trẻ phải đi khám và khám về việc gì.

Kiểm tra	Tuổi	Giới tính	Thời gian	Chú thích	Thông tin tiếp theo
Các kiểm tra loại U	Từ khi sinh ra đến 6 tuổi	nam và nữ	Các biện pháp khám phát hiện bệnh sớm trong 6 năm đầu tiên bao gồm 9 lần kiểm tra (U1 đến U9)	Lần kiểm tra đầu tiên được tiến hành ngay sau khi trẻ ra đời. Trẻ được kiểm tra về sự phát triển của cơ thể và trí não. Các bác sỹ chú trọng vào: - các rối loạn trong thời kỳ mới sinh - rối loạn về trao đổi chất bẩm sinh - rối loạn về phát triển và thái độ - các giác quan, cơ quan hô hấp và tiêu hóa - răng, hàm, miệng - xương và cơ	Quy định cho trẻ em Internet: www.g-ba.de
Các kiểm tra loại J	Từ 13 đến 14 tuổi	nam và nữ	1 lần kiểm tra	Tiền sử bệnh: - các phát triển đáng ngờ về thần kinh/rối loạn về hành động, hành động có hại cho sức khỏe (sử dụng thuốc lá, rượu, ma túy, các vấn đề về kết quả học tập) Kiểm tra sức khỏe: - lấy số đo cơ thể - các rối loạn trong quá trình lớn và phát triển - các bệnh ở cổ, ngực và bụng	Kiểm tra sức khỏe thanh thiếu niên Internet: www.g-ba.de

Tiêm phòng bệnh

Tiêm phòng chống bệnh có thể được quỹ bảo hiểm thanh toán như một hiệu suất theo điều lệ. Điều đó có nghĩa là các hiệu suất của các quỹ bảo hiểm về việc tiêm phòng bệnh được quy định không giống nhau. Quy tắc này có hiệu lực kể cả đối với tiêm phòng ngoài những loại tiêm phòng cho trẻ sơ sinh, trẻ em, thanh thiếu niên ủy ban tiêm phòng thường trực (STIKO) quy định mà các quỹ bảo hiểm phải tự động thanh toán. Nhiều loại tiêm phòng cho người lớn cũng được thanh toán. Riêng tiêm phòng cho việc du lịch không được chi trả.

Kiểm tra	Tuổi	Chú thích	Thông tin tiếp theo
Tiêm phòng theo quy định cho trẻ sơ sinh, trẻ em và thanh thiếu niên	Tiêm phòng mà mỗi trẻ được nhận theo lời khuyên của STIKO	<ul style="list-style-type: none"> - viêm gan B - bạch hầu - uốn ván - bại liệt (tiêm phòng cho cả người lớn nếu người đó chưa được tiêm phòng) - lây nhiễm do vi khuẩn Haemophilus influenzae loại B - ho gà - sởi, quai bị, phong chẩn - thủy đậu 	Báo cáo sức khỏe liên bang, quyển 1 Lời khuyên của STIKO Internet: www.rki.de
Tiêm phòng bổ sung (các quỹ bảo hiểm khác nhau có các quy định khác nhau)	Tiêm phòng lại cho người lớn hoặc cho người chưa được tiêm phòng	<ul style="list-style-type: none"> - bạch hầu (cứ 10 năm nên tiêm lại 1 lần) - uốn ván 	
Tiêm phòng theo chỉ định (các quỹ bảo hiểm khác nhau có các quy định khác nhau)	Tiêm phòng cho người trong trường hợp nguy cơ mắc bệnh cao và thân nhân của người đó trong độ tuổi và nhóm rủi ro nhất định	<ul style="list-style-type: none"> - cúm (tiêm phòng cơ bản cho người từ 60 tuổi) - viêm phổi (tiêm phòng cơ bản cho người từ 60 tuổi) - viêm não qua vi-rút FSME - lây nhiễm do vi khuẩn Haemophilus influenzae loại B - viêm gan A và B - bệnh dại - viêm não - bại liệt - thủy đậu - phong chẩn, -ho gà 	

12 Adressenverzeichnis

D



Notrufnummern
Emergency Telephone
Numbers
Numéros d'appels
d'urgence
Važni telefoni

Numery pogotowia ratunkowego

Экстренная помощь

Các số gọi khẩn cấp

110 (kostenlos und rund um die Uhr)

Polizeinotruf

Emergency call to the Police

Numéro d'urgence de la police

Policja

Policijska dežurna služba

Полиция

Công an

112 (kostenlos und rund um die Uhr)

Feuerwehrrotruf

Emergency call to the Fire Brigade

Numéro d'urgence pour sapeurs-pompiers

Straż pożarna

Vatrogasna služba

Пожарная охрана

Cứu hỏa

030 19240

Giftnotruf

Poisoning emergency call

Numéro d'urgence en cas d'empoisonnement

Pogotowie na wypadek zatrucia

Toksikologija

Отравления

Cấp cứu độc dược

0800 11 10 111 (kostenlos rund um die Uhr)

0800 11 10 222 (kostenlos rund um die Uhr)

Telefonseelsorge

Pastoral care crisis line

Numéros dans les cas de détresse

Telefon zaufania

Telefon za pomoć ljudima u psihi...koj krizi

Телефон доверия

Điện thoại chăm sóc tinh thần

Gesundheitsämter im Land Brandenburg

Local Health Offices in the State
of Brandenburg

Les agences de santé publique à
Brandebourg

Urzędy Zdrowia w landzie Brandenburgia

Zdravstvene službe u Brandenburg-u

Органы здравоохранения земли

Бранденбург

Các sở y tế trong bang Brandenburg

Landesgesundheitsamt

Wünsdorfer Platz 3

15838 Wünsdorf

Tel.: 033702 71100

Landkreis Barnim

Am Markt 1, Haus C

16225 Eberswalde

Tel.: 03334 2141606

Landkreis Dahme-Spreewald

Schulweg 13

15711 Königs Wusterhausen

Tel.: 03375 262145

Beethovenweg 14

15913 Lübben

Tel.: 03546 201784

Landkreis Elbe-Elster

Grochwitzer Straße 20

04916 Herzberg/Elster

Tel.: 03535 463-100/101/107 oder 117

Kirchhainer Straße 38a

03238 Finsterwalde

Tel.: 03531 5026455

Landkreis Havelland

Forststraße 45, Haus A

14712 Rathenow

Tel.: 03385 5517101

Goethestraße 59/60
14641 Nauen
Tel.: 03321 4035341

Landkreis Märkisch-Oderland

Puschkinplatz 12
15306 Seelow
Tel.: 03346 850627

Klosterstraße 14
15344 Strausberg
Tel.: 03341 354189

Landkreis Oberhavel

Havelstraße 29
16515 Oranienburg
Tel.: 03301 601752

Landkreis Oberspreewald-Lausitz

Großenhainer Straße 62
01968 Senftenberg
Tel.: 03573 8704301

Landkreis Oder-Spree

Liebknechtstraße 21/22
15848 Beeskow
Tel.: 03366 351-531oder -530

Trebuser Straße 60
15517 Fürstenwalde
Tel.: 03361 5993412

Landkreis Ostprignitz-Ruppin

Neustädter Straße 44
16816 Neuruppin
Tel.: 03391 688-0 oder -263

Rheinsberger Straße 18
16909 Wittstock
Tel.: 03394 465109

Landkreis Potsdam-Mittelmark

Steinstraße 14
14806 Belzig
Tel.: 033841 91297

Lankeweg 4
14513 Teltow
Tel. 03328 318180

Landkreis Prignitz

Wittenberger Straße 45
19348 Perleberg
Tel.: 03876 713500

Landkreis Spree-Neiße

Heinrich-Heine-Straße 1
03141 Forst (Lausitz)
Tel.: 03562 986153-01 oder -00

Landkreis Teltow-Fläming

Am Nuthefließ 2
14943 Luckenwalde
Tel.: 03371 6083801

Straße der Jugend 63
14974 Ludwigsfelde
Tel.: 03378 803608

Landkreis Uckermark

Karl-Marx-Straße 1
17291 Prenzlau
Tel.: 03984 701153

Berliner Straße 123
16303 Schwedt
Tel.: 03332 208137

Stadtverwaltung Brandenburg

Neuendorfer Straße 89
14770 Brandenburg an der Havel
Tel.: 03381 585-301 oder -300

Stadtverwaltung Cottbus

Puschkinpromenade 25
03044 Cottbus
Tel.: 0355 6123210

Stadtverwaltung Frankfurt (Oder)

Leipziger Straße 53
15232 Frankfurt (Oder)
Tel.: 0335 5525302

Stadtverwaltung Potsdam

Jägerallee 2
14469 Potsdam
Tel.: 0331 2892351

**HIV/Aids Schwerpunktpraxen/
Ärzte, Beratungsstellen**
Surgeries / physicians and advice
centres specializing in (placing main
emphasis on) HIV/AIDS

**Cabinets Médicaux spécialisés pour
le sida, bureaux de conseil**
Poradnie, gabinety lekarskie i lekarze wy-
specjalizowani w dziedzinie HIV i Aids

**Zdravstvene ordinacije za
HIV/Sidu/Ljekari, savjetovališta**
Медицинские кабинеты, врачи,
консультирующие по вопросам
ВИЧ/СПИДа.

**Các phòng khám, bác sỹ, trung tâm tư
vấn chuyên về HIV/Aids**

Klinikum „Ernst von Bergmann“**OA Dr. Güthoff**

Infektionsambulanz und Schwerpunktpraxis
In der Aue 59-61
14480 Potsdam
Tel.: 0331 2418343

Klinikum Frankfurt (Oder) GmbH

Müllroser Chaussee 7
15202 Frankfurt (Oder)
Tel.: 0335 5480

Karl-Thiem-Klinikum Cottbus

Thiemstraße 111
03050 Cottbus
Tel.: 0355 460

Schwerpunktarzt**Dr. Markus**

Leipziger Straße 18
15232 Frankfurt (Oder)
Tel.: 0335 558980

AIDS-Hilfe Potsdam e.V.

Kastanienallee 27
14471 Potsdam
Tel.: 0331 95130851
Beratungstelefon: 0700 44533331

Belladonna e.V.

Heinrich-Hildebrandt-Straße 22
15232 Frankfurt (Oder)
Tel.: 0335 534988

AIDS-Beratung des DRK

Neue Parkstraße 18
14943 Luckenwalde
Tel.: 03371 625737

Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
Health services for children and youths
Le service de santé public pour jeunes
et enfants

Służba zdrowia dla dzieci i młodzieży
Zdravstvene ustanove za djecu i mlade
Служба здравоохранения для детей
и подростков

**Dịch vụ y tế dành cho trẻ em và thanh
thiếu niên**

ist den 18 Gesundheitsämtern des Landes
angegliedert

Kinder- und Jugendnotdienste
(täglich von 0-24.00 Uhr erreichbar)

Kinder- und Jugendnotdienst

„Fluchtpunkt“
Puschkinallee 14
14469 Potsdam
Tel.: 0331 295498

Schutzstelle

Bettina-von-Arnim-Straße 1
15711 Königswusterhausen
Tel.: 03375 257834

Inobhutnahme

R.-Breitscheid-Straße 16
16816 Neuruppin
Tel.: 03391 659615/-612

Kinder- und Jugendnotdienst

Thiemstraße 39
03050 Cottbus
Tel.: 0800 4786111

Kinder- und Jugendnotdienst

Haus des Kindes
Berliner Straße 27
17291 Prenzlau
Tel.: 03984 866157

Kinder- und Jugendnotdienst

Leipziger Straße 39
15236 Frankfurt (Oder)
Tel.: 0335 5654130

„Bei uns zu Hause“

Valentina-Tereschkowa-Straße 2
15236 Frankfurt (Oder)
Tel.: 0335 535931

**Kinder- und Jugendnotdienst +
Claeringgruppe für Kinder & Jugendliche**

Maxim-Gorki-Straße 25
15890 Eisenhüttenstadt
Tel.: 03364 418914

Kinder- und Jugendnotdienst

Krisennotdienst
Lindenweg 1
14913 Jüterbog
Tel.: 0800 4567809 oder 03372 42020

Kinder- und Jugendnotdienst

Neuendorfer Str. 17
14776 Brandenburg an der Havel
Tel.: 03381 220124

Inobhutnahme/Krisenintervention

Friedrich-Ebert-Straße 31
14548 Caputh
Dortustraße 45
Geschäftsstelle SHBB
14467 Potsdam
Tel.: 033209 20369

**kostenfreie Telefonnummern des
Kinder- und Jugendschutzbundes**

nord-östliche Landesteile:
Tel.: 0800 5 578336
süd-westliche Landesteile:
Tel.: 0800 1110333 (Mo-Fr 15-19 Uhr)

Frauenhäuser/-schutzwohnungen**Women's refuges /****flats were women can find shelter****Centres de refuge spécialisés pour****femmes, maisons de refuge****pour femmes****Domy dla kobiet, domy ochronne dla****kobiet****Sigurne zenske kuće****Приюты и убежища для женщин****Các nhà/căn hộ bảo vệ phụ nữ**

Brandenburg a. d. Havel Tel.: 03381 301327

Cottbus Tel.: 0355 712150

Eberswalde Tel.: 03334 360222

Eisenhüttenstadt Tel.: 03364 43786

Finsterwalde Tel.: 03531 703678

Frankfurt (Oder) Tel.: 0335 6840000

Fürstenwalde Tel.: 03361 57481

Guben Tel.: 0160 91306095 (Funk)

Königs Wusterhausen Tel.: 03375 501692

Lauchhammer Tel.: 03574 2693

Luckenwalde Tel.: 03371 633291

Ludwigsfelde Tel.: 03378 512939

Neuruppin Tel.: 03391 2303

Oranienburg Tel.: 03301 208040

Potsdam Tel.: 0331 964516

Prenzlau Tel.: 03984 6894

Pritzwalk Tel.: 03395 400115

Rathenow Tel.: 03385 503615

Schwedt Tel.: 03332 411967

Strausberg Tel.: 03341 496155

Wittenberge Tel.: 03877 403684

**Anerkannte Schwangerschaftskonflikt-
beratungsstellen im Land Brandenburg**

**Recognized centres in the State of
Brandenburg providing advice to
pregnant women in conflict**

**Centres de conseils et d'orientation pour
femmes ayant des conflits de grossesse**

**Uznane poradnie dla niezdecydowanych
kobiet w ciąży**

**Priznata savjetovališta za trudnice v
konfliktnim situacijama**

**Официальные консультативные
пункты в конфликтных ситуациях,
связанных с беременностью в Земле
Бранденбург**

**Các trung tâm tư vấn được công nhận về
xung đột trong thời gian mang thai ở
bang Brandenburg**

Landkreis Barnim

DRK Kreisverband Niederbarnim e.V.
Bernau Tel.: 03338 769970

Donum Vitae in Berlin-Brandenburg e.V.
Eberswalde Tel.: 03334 382564

Landkreis Dahme-Spreewald

AWO Regionalverband
Brandenburg Süd e.V.
Luckau Tel.: 03544 6440

DRK Kreisverband Fläming-Spreewald e.V.
Königswusterhausen Tel.: 03375 218981

Diakonisches Werk des Kirchenkreises
Lübben e.V.
Lübben Tel.: 03546 7169

Landkreis Elbe-Elster

Diakonisches Werk Elbe-Elster e.V.
Herzberg Tel.: 03535 21221
Finsterwalde Tel.: 03531 709727

Landkreis Elbe-Elster Gesundheitsamt
Finsterwalde Tel.: 03531 790126
Bad Liebenwerda Tel.: 035341 978713

Landkreis Havelland

Landkreis Havelland Gesundheitsamt
Nauen Tel.: 03321 4035341
Falkensee Tel.: 03322 274243
Rathenow Tel.: 03385 5517110

Landkreis Märkisch-Oderland

Beratung und Lebenshilfe e.V.
Evang.-Freikirchliche
Beratungsarbeit Berlin-Brandenburg
Rüdersdorf Tel.: 033638 83160

DRK Kreisverband Strausberg e.V.
Strausberg Tel.: 03341 27795

Pro Familia Landesverband
Brandenburg e.V.
Bad Freienwalde Tel.: 03344 3597

Landkreis Oberhavel

Beratung und Lebenshilfe e.V.
Evang.-Freikirchliche Beratungsarbeit
Berlin-Brandenburg
Zehdenick Tel.: 03307 310012

DRK Kreisverband Gransee e.V.
Tel.: 03306 796919

DRK Kreisverband Oranienburg e.V.
Oranienburg Tel.: 03301 201945
Henningsdorf Tel.: 03302 204619

Landkreis Oberspreewald-Lausitz

Pro Familia Landesverband
Brandenburg e.V.
Senftenberg Tel.: 03573 794930

Beratung und Lebenshilfe e.V.
Evang.-Freikirchliche Beratungsarbeit
Berlin-Brandenburg
Calau Tel.: 03541 712680

Landkreis Oder-Spree

Demokratischer Frauenbund
Landesverband Brandenburg e.V.
Beeskow Tel.: 03366 22654

Pro Familia Landesverband
Brandenburg e.V.
Eisenhüttenstadt Tel.: 03364 61060
Finsterwalde Tel.: 03361 349917

Landkreis Ostprignitz-Ruppin

AWO Kreisverband Ostprignitz-Ruppin e.V.
Kyritz Tel.: 033971 72085

Initiative Jugendarbeitslosigkeit
Neuruppin e.V.
Neuruppin Tel.: 03391 398392
Rheinsberg Tel.: 033931 43774

Beratung + Leben GmbH
Wittstock 03394 433784

Landkreis Potsdam-Mittelmark

Medizinische Einrichtung GmbH Teltow
Teltow Tel.: 03328 427258

Beelitz Tel.: 033204 50100
Werder Tel.: 03327 741733

Pro Familia Landesverband
Brandenburg e.V.
Belzig Tel.: 033841 32724

Landkreis Prignitz

Landkreis Prignitz, Gesundheitsamt
Pritzwalk Tel.: 03395 300637
Perleberg Tel.: 03876 713513

Pro Familia Landesverband
Brandenburg e.V.
Wittenberge Tel.: 03877 70782

Landkreis Spree-Neiße

DRK Kreisverband Niederlausitz e.V.
Guben Tel.: 03561 628-1118/1110
Spremberg Tel.: 03563 93361

Landkreis Spree-Neiße, Gesundheitsamt
Forst Tel.: 03562 98615353

Landkreis Teltow-Fläming

AWO Wohnstätten gGmbH „Fläming“
Jüterbog Tel.: 03372 404557
Luckenwalde Tel.: 03371 627914

Pro Familia Landesverband
Brandenburg e.V.
Ludwigsfelde Tel.: 03378 874280

Landkreis Uckermark

Demokratischer Frauenbund
Landesverband Brandenburg e.V.
Angermünde Tel.: 03331 33528

Evang. Jugend- und Fürsorgewerk
Beratungsstelle „Lichtblick“
Prenzlau Tel.: 03984 87440

Pro Familia Landesverband
Brandenburg e.V.
Schwedt Tel.: 03332 515100

Pro Familia Landesverband
Brandenburg e.V.
Templin Tel.: 03987 53727

Kreisfreie Stadt Brandenburg

Donum Vitae in Berlin-Brandenburg e.V.
Tel.: 03381 794480

Evangelisches Jugend- u. Fürsorgewerk
Tel.: 03381 2122890

Pro Familia Landesverband
Brandenburg e.V.
Tel.: 03381 211720

Kreisfreie Stadt Cottbus

Demokratischer Frauenbund
Landesverband Brandenburg e.V.
Tel.: 0355 4947991

DRK Kreisverband
Cottbus-Spree-Neiße-West e.V.
Tel.: 0355 427771

Kreisfreie Stadt Frankfurt (Oder)

Stadt Frankfurt (Oder) Gesundheitsamt
Tel.: 0335 5525324

Pro Familia Landesverband
Brandenburg e.V.
Tel.: 0335 325365

Kreisfreie Stadt Potsdam

DRK Kreisverband
Potsdam/Zauch-Belzig e.V.
Tel.: 0331 2011-891 oder 2011-893

Diakonisches Werk Potsdam e.V.
Tel.: 0331 2807320 (9 - 12 Uhr)

Pro Familia Landesverband
Brandenburg e.V.
Tel.: 0331 860668

Gesundheitseinrichtungen und Beratungsstellen

**Medical Care Facilities and
Advice Centres**

Institutions de santé et bureaux/conseil

Instytucje zdrowotne i poradnie

Zdravstveni centri i savjetovališta

Учреждения здравоохранения

и консультации

Các cơ quan y tế và trung tâm tư vấn

Kassenärztliche Vereinigung

Gregor-Mendel-Straße 10/11
14469 Potsdam

Infodienst: 0331 2309-230

Patiententelefon: 0331 2309-225

info@kvbb.de: Bekanntgabe der aktuellen
Notfallärzte

Kassenzahnärztliche Vereinigung

Helene-Lange-Straße 4-5
14469 Potsdam

Patientenberatung: 0331 2977-115

0331 2977-304

Verbraucherzentrale Brandenburg

Beratungstelefon: 0180 5770600

Landesweites Servicetelefon: 0180 5004049

Projekt FaZIT / REIS

El Puente – für psychisch erkrankte
Migrantinnen und Migranten in
Brandenburg

Zum Jagenstein 3

14478 Potsdam

Tel.: 0331 9676250/-255 oder

0176 60865468 (Funk)

Belladonna e.V.

Fachberatungsstelle für Opfer von
Menschenhandel
Aids-Prävention im grenzüberschreitenden
Raum
Postfach 16 52
15206 Frankfurt (Oder)
Tel.: 0335 534988
0172 9269524

AWO Kreisverband**Potsdam-Mittelmark e.V.**

Interkulturelle Suchtprävention und
-beratung für junge Menschen
Potsdamer Straße 62
14513 Teltow
Tel.: 03328 339777

GiBB e.V.**Gemeinsam in Berlin-Brandenburg**

Hilfen für suchtgefährdete oder
abhängigkeitskranke russischsprachige
Jugendliche und ihre Eltern
Schloßstraße 1
14467 Potsdam

Autonomes Frauenzentrum Potsdam

Gruppe Black Flowers
Beratung für MigrantInnen und
ihre Angehörigen
Zeppelinstraße 189
14471 Potsdam
Tel.: 0331 901313
Frauenzentrum.Potsdam@t-online.de

Opferperspektive e.V.

Rudolf-Breitscheid-Straße 164
14482 Potsdam
Tel.: 0171 1935669
info@opferperspektive.de

Opferhilfe

Gutenbergstraße 15
14467 Potsdam
Tel.: 0331 2802725

Flüchtlingsrat des Landes Brandenburg

Rudolf-Breitscheid-Straße 164
14482 Potsdam
Tel./Fax: 0331 716499
info@fluechtlingsrat-brandenburg.de

**Integrationsbeauftragte des
Landes Brandenburg**

Heinrich-Mann-Allee 103
14473 Potsdam
Tel.: 0331 8665902

Herausgeber:

**Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit
und Familie des Landes Brandenburg**

Öffentlichkeitsarbeit
Heinrich-Mann-Allee 103
14473 Potsdam
www.masgf.brandenburg.de

Redaktion:

Susann Maschler
Sabine Kaschubowski
Wallawa Haake
Lucia Muriel
Dr. Mohamed Hamdali

In Kooperation mit:

Diese Publikation entstand im Rahmen einer Kooperation zwischen dem
Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg,
der Integrationsbeauftragten des Landes Brandenburg, FaZit (Fachberatungsdienst
Zuwanderung, Integration und Toleranz im Land Brandenburg), AIDS-Hilfe Potsdam
e.V. und Belladonna e.V.

Titelgestaltung und Satz: Arne-Design, Briesen

Titelfoto: Arne-Design, Briesen

Lektorat: Evelyn Teschner

Druck: Brandenburgische Universitätsdruckerei und Verlagsgesellschaft Potsdam mbH

Auflage: 3.000 Exemplare

November 2007