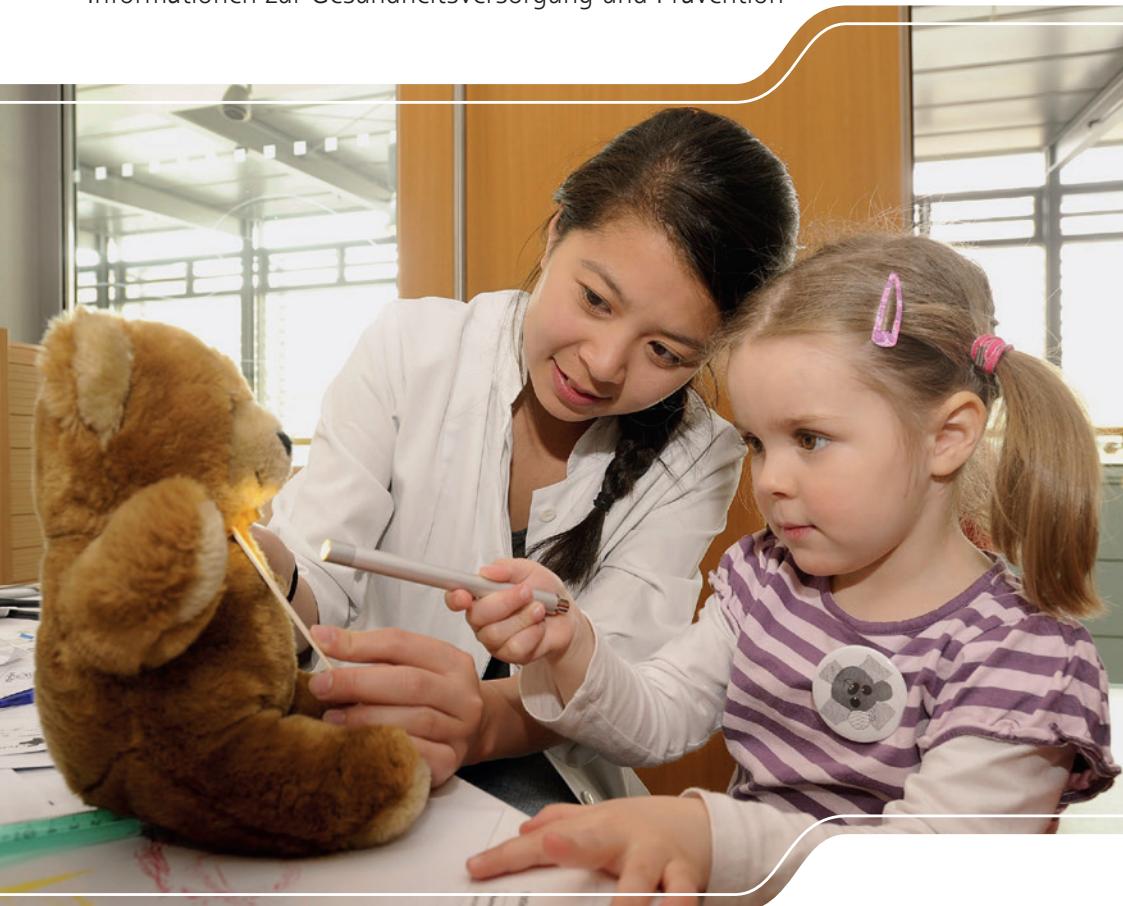




Gesundheitswegweiser für Migranten im Freistaat Sachsen

Informationen zur Gesundheitsversorgung und Prävention



Gesundheitswegweiser für Migranten im Freistaat Sachsen

Vorwort

In Sachsen leben zurzeit ca. 120.000 Ausländer aus 170 verschiedenen Ländern. Dazu kommen mindestens 50.000 Zuwanderer deutscher Herkunft überwiegend aus den GUS-Staaten.

Wer bei gesundheitlichen Fragen im richtigen Moment die richtige Hilfe erhalten möchte, muss sich auch im hiesigen Gesundheitssystem zu Recht finden können. Dieser Wegweiser will Sie hierbei unterstützen.

Aus der Fülle der Informationen, die zum Thema Gesundheitsversorgung, Prävention und Gesundheitsförderung sowie zu Fragen der Krankenversicherung existieren, wurden die ausgewählt, die für Sie besonders relevant sind. Zusätzlich gibt es Kapitel zu HIV und AIDS, Suchtkrankenhilfe, Hilfe bei häuslicher Gewalt sowie Psychotherapie.

Ein Adressenverzeichnis mit den wichtigsten Notrufnummern sowie die Anschriften und Telefonnummern von Gesundheitsdiensten, Krankenhäusern, Notdiensten und Beratungsstellen in Sachsen wird unter der Internetadresse www.gesunde.sachsen.de bereitgestellt. Ergänzt wird dieser Wegweiser durch eine Übersicht, die Ärzte und Psychotherapeuten erfasst, die neben der deutschen auch andere Sprachen sprechen.

Der Gesundheitswegweiser erscheint in Deutsch und vier weiteren Sprachen: Englisch, Französisch, Russisch und Vietnamesisch.

Ich wünsche Ihnen hier in Sachsen alles Gute und vor allem viel Gesundheit!



A handwritten signature in black ink, appearing to read "Christine Clauß".

Christine Clauß
Staatsministerin für Soziales und Verbraucherschutz

Inhaltsverzeichnis

01.	Der öffentliche Gesundheitsdienst in Sachsen	05
02.	Krankenversicherung	08
03.	Besondere Regelungen zur medizinischen Versorgung nach Sozialgesetzbuch XII und Asylbewerberleistungsgesetz	12
04.	Hausärztliche Versorgung	14
05.	HIV und AIDS	15
06.	Zahnärztliche Versorgung	16
07.	Krankenhausaufenthalt und Notfallsituationen	18
08.	Medikamente	20
09.	Beratung und Hilfe für Suchtkranke	22
10.	Hilfe bei häuslicher Gewalt	24
11.	Psychotherapie	27
12.	Übersichten zu Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen	29

Bemerkung zum Sprachgebrauch:

Alle personenbezogenen Bezeichnungen sind geschlechtsneutral zu verstehen.

01. Der öffentliche Gesundheitsdienst in Sachsen

Die Gesundheit der Bevölkerung zu schützen und auch zu fördern, ist Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes im Freistaat Sachsen. Jede kreisfreie Stadt und jeder Landkreis verfügt über ein Gesundheitsamt. Es leistet einen speziellen Beitrag zur Gesundheitsvorsorge- und Gesundheitshilfe, zur Förderung und zum Schutz der Gesundheit für die Bürger. Darüber hinaus gibt es spezielle Angebote der Gesundheitsförderung und Beratung insbesondere für Kinder und Jugendliche, für Behinderte und Bürger in schwierigen gesundheitlichen und sozialen Problemlagen.

Im Gesundheitsamt werden öffentlich empfohlene Impfungen durchgeführt. Die medizinische Behandlung obliegt dagegen grundsätzlich nicht dem Gesundheitsamt, sondern den niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern.

Gesundheitsämter

Infektionsschutz

Eine Hauptaufgabe der Gesundheitsämter ist die Verhinderung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten. Wichtig ist, dass übertragbare Krankheiten, wie z.B. Krankenhausinfektionen, Tuberkulose, ansteckende Gelbsucht, Keuchhusten, Masern, infektiöse Meningitis aber auch sexuell übertragbare Krankheiten und HIV/Aids oder lebensmittelbedingte Infektionskrankheiten frühzeitig erkannt werden, damit ihre Weiterverbreitung verhindert werden kann. Aus diesen Gründen überwachen Gesundheitsämter medizinische Einrichtungen und Gemeinschaftseinrichtungen auf die Einhaltung der Hygienevorschriften und bieten Beratung zur Infektionsverhütung an.

Schutzimpfungen

Vor geplanten Auslandsreisen können sich Bürger über notwendige Schutzimpfungen informieren und sich gegebenenfalls 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.

Die wichtigsten Beratungsstellen des Gesundheitsamtes werden im Folgenden vorgestellt.



Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen

Kinder- und Jugendärztlicher Dienst

Die Kinder- und Jugendärzte des Gesundheitsamtes möchten Sie in Ihrem Bemühen unterstützen, Ihre Kinder möglichst gesund aufwachsen 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 Ärzte des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes führen regelmäßige ärztliche Untersuchungen in Kindergärten (im 4. Lebensjahr) und Schulen (zur Einschulung und in der 2. oder 3. Klasse und in der 6. Klasse) durch. Deren Ziel ist es, Entwicklungsstörungen, Behinderungen oder Krankheiten, die einem erfolgreichen Schulbesuch entgegenstehen könnten, bei Ihren Kindern frühzeitig zu erkennen und die erforderlichen ärztlich-diagnostischen und therapeutischen oder auch heilpädagogischen Maßnahmen einzuleiten. Darüber hinaus werden Impfempfehlungen gegeben, gelegentlich auch Impfungen in den Einrichtungen direkt angeboten.

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

Zahngesundheit bei Kindern und Jugendlichen

Jugendzahnärztlicher Dienst

Die Zahnärzte des Gesundheitsamtes unterstützen Sie im Erhalt oder in der Verbesserung der Zahngesundheit Ihrer Kinder. Früh-erkennungsuntersuchungen werden bereits nach Durchbruch der ersten Zähne bis zum 14. Lebensjahr in Kindertagesstätten 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.

Psychische Erkrankung

Der sozialpsychiatrische Dienst

Der sozialpsychiatrische Dienst ist häufig beim Gesundheitsamt angesiedelt und bietet Hilfe und Unterstützung

- für Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen,
- für Menschen mit psychischen Alterserkrankungen (z. B. Alzheimer-Krankheit),
- für Angehörige, Freunde und Betreuer psychisch kranker Menschen.

Darüber hinaus steht der sozialpsychiatrische Dienst als Vermittler für migrationsspezifische Fragestellungen zur Verfügung, die sich im Zusammenhang mit psychischen Problemen ergeben. Die Beratungen sind kostenlos und können ohne Überweisungen in Anspruch genommen werden. Sie werden streng vertraulich behandelt. In Krisensituationen machen die Berater auch Hausbesuche oder begleiten bei schwierigen Wegen.

Die Beratungsstelle für Menschen mit Behinderungen

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

Behindertenberatungsstelle

Das Gesundheitsamt – eine neutrale Gutachterstelle

Das Gesundheitsamt stellt amtliche Bescheinigungen und Zeugnisse aus und ist als sachverständiger Gutachter tätig. Beantragen z. B. Asylsuchende aus gesundheitlichen Gründen einen Wechsel der Unterkunft oder eine dezentrale Unterbringung 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.

Gutachter

Wichtig ist, dass der begutachtende Arzt des Gesundheitsamtes nicht an Weisungen gebunden, speziell qualifiziert und erfahren ist.

02. Krankenversicherung

Krankenversicherungspflicht

Die Krankenversicherung (KV) in Deutschland ist in zwei unterschiedliche Systeme unterteilt: die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die private Krankenversicherung (PKV).

Der überwiegende Teil der Bevölkerung (rund 90%) ist gesetzlich krankenversichert.

Die Krankenversicherung bietet finanziellen Schutz bei Krankheit und Mutterschaft sowie vielfach auch bei Unfällen.

Grundsätzlich besteht seit dem 1. Januar 2009 eine generelle Pflicht zur Krankenversicherung für alle Personen mit Wohnsitz oder ständigem Aufenthalt in Deutschland. Dementsprechend muss jede erwachsene Person, welche in Deutschland lebt und arbeitet, den Abschluss einer Krankenversicherung für sich selbst und ihre minderjährigen Kinder vorweisen.

Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

Die GKV ist Teil des deutschen sozialversicherungsrechtlichen Solidarsystems. Anders als in der privaten Krankenversicherung zahlen alle Versicherten gleichermaßen, egal ob sie alt oder jung, dauerhaft krank oder gesund sind, mit ihrem Krankenversicherungsbeitrag in den gesetzlichen Gesundheitsfonds ein.

Die Beiträge werden nach dem wirtschaftlichen Leistungsvermögen des Versicherten bemessen. Die Leistungen sind grundsätzlich für jeden gleich.

Alle Versicherten erhalten unabhängig von ihrem monatlichen Beitrag die medizinisch notwendigen Leistungen. Der Leistungsumfang ist gesetzlich festgelegt. Für folgende Bereiche werden Leistungen gewährt:

- zur Verhütung von Krankheiten,
- zur Früherkennung von Krankheiten,
- zur Behandlung einer Krankheit,
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, soweit diese dazu dienen, eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen oder zu mindern sowie
- bei Schwangerschaft und Mutterschaft.

In der GKV wird zwischen einer Pflichtversicherung und einer freiwilligen Versicherung unterschieden. Dabei gibt es unter bestimmten Voraussetzungen für Familienangehörige die Möglichkeit der beitragsfreien Familienversicherung.

Pflichtversicherung in der GKV

Der pflichtversicherte Personenkreis und die Voraussetzungen für den Eintritt der Versicherungspflicht wird durch § 5 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) geregelt. Die dort genannten Personen haben Versicherungsschutz Kraft einer Pflichtversicherung. Versicherungspflichtig sind danach u.a. folgende Personen:

- Arbeiter, Angestellte, Auszubildende,
- Leistungsempfänger nach dem Sozialgesetzbuch Drittes Buch (SGB III),
- Arbeitslosengeld II-Bezieher, die nicht familienversichert sind,
- Künstler und Publizisten,
- behinderte Menschen,
- Studenten, Praktikanten,
- Rentenbezieher, Rentenantragsteller,
- Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder
- Personen, die bisher weder gesetzlich noch privat krankenversichert waren, jedoch aufgrund der ausgeübten Tätigkeit der GKV zuzuordnen sind.

Die Beitragshöhe richtet sich nach dem Einkommen des Versicherten. Der Beitrag wird als prozentualer Anteil des Arbeitseinkommens berechnet. Der Allgemeine Beitragssatz ist einheitlich vorgegeben und bei allen gesetzlichen Krankenkassen gleich. Der Allgemeine Beitragssatz zur GKV ist ab 2011 mit 15,5 % gesetzlich festgeschrieben. Arbeitnehmer und Rentner zahlen 8,2% ihrer beitragspflichtigen Einkommen bzw. ihrer Rente. Arbeitgeber bzw. die gesetzlichen Rentenversicherung zahlen 7,3 %. Bei der Berechnung des Beitrages wird dieser jedoch nur bis zur Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt (2012: 45.900,00 EUR). Danach besteht die Möglichkeit der freiwilligen Versicherung in der GKV, s. u.

Für Arbeitslose, Bezieher von Arbeitslosengeld II und Unterhaltsgeld trägt die Bundesagentur für Arbeit die zu leistenden Beiträge der Versicherten. Die Versicherung erfolgt mit Beginn des Leistungsbezugs.

Empfänger von Leistungen der Sozialhilfe erhalten die gleichen Leistungen wie die Krankenversicherten.

Pflichtversicherte

Versicherungsbeiträge

Freiwillig gesetzlich Versicherte

Freiwillige gesetzliche Krankenversicherung

Die GKV bietet die Möglichkeit, sich freiwillig zu versichern. Der beitrittsberechtigte Personenkreis ist in § 9 SGB V geregelt. Freiwillig gesetzlich krankenversicherten können sich u.a. Arbeitnehmer, deren regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt die Pflichtversicherungsgrenze überstiegen hat (2012: 49.500,00 EUR) sowie Personen, die aus einer Familienversicherung ausgeschieden sind oder ehemalige Arbeitnehmer, die sich selbstständig gemacht haben.

Auch Berufsanfänger mit einem über der Pflichtversicherungsgrenze liegenden Arbeitseinkommen haben die Möglichkeit sich freiwillig zu versichern. In diesem Falle kann das bestehende Wahlrecht innerhalb von drei Monaten ab Beschäftigungsbeginn ausgeübt werden. Das gleiche Recht steht auch denjenigen zu, die in Deutschland erstmals eine Beschäftigung aufnehmen.

Der Beitrag zur freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung wird nach der gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des Versicherten bemessen. Insofern finden grundsätzlich alle Einnahmen des Versicherten Berücksichtigung, dazu zählen u.a. Einkünfte aus Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung, ausgezahlte Rente. Auch Einnahmen des Partners werden mitgezählt. Für Kinder gibt es Freibeträge.

Versicherungsbeiträge

Die Rahmenbedingungen für die Beitragsbemessung freiwillig Versicherter sind festgelegt in § 240 SGB V. Näheres dazu ist geregelt in der vom GKV-Spitzenverband erlassenen Vorschrift „Einheitliche Grundsätze zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“. Bei der Beitragsberechnung werden mindestens die Einnahmen des Versicherten berücksichtigt, die bei einem vergleichbaren versicherungspflichtigen Arbeitnehmer der Beitragsbemessung zugrunde zu legen sind. Die Beitragsbemessungsgrundlagen ändern sich jährlich. Im Jahr 2012 wird bei der Beitragsberechnung von einer Beitragsbemessungsgrundlage mindestens in Höhe von 875,00 EUR und höchstens von 3.825,00 EUR ausgegangen.

Für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige, die freiwillig bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, gilt grundsätzlich § 240 Abs. 4 Satz 2 SGB V. Die Krankenkasse geht zunächst von einem Einkommen in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze aus (2012: 3.825,00 EUR). Weist der Versicherte niedrigere Einnahmen nach, werden diese berücksichtigt. Als „Mindestgrenze“ gilt jedoch der 40. Teil der monatlichen Bezugsgröße (2012: 1.968,75 EUR). In besonderen Härtefällen bzw. bei Selbständigen mit geringen Einkommen wird bei der Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen eine niedrigere Mindestbeitragsbemessungsgrundlage zugrunde gelegt (2012: 1.312,50 EUR).

Familienversicherung in der GKV

Familienangehörige, die ihren Wohnsitz in Deutschland haben, können bei einem in der GKV Versicherten beitragsfrei mitversichert bzw. familienversichert werden, wenn sie kein oder nur ein geringes

Einkommen haben. Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr sind mitversichert. Die Altersgrenze hängt davon ab, ob sich die Kinder in einer Ausbildung befinden oder nicht.

Studenten und Praktikanten sind in der Regel bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres familienversichert. Allerdings gelten Besonderheiten, wenn diese neben ihrer Ausbildung arbeiten.

Ein Kind ist ohne Altersgrenze familienversichert, wenn es nach Maßgabe des Neunten Buches Sozialgesetzbuches (SGB IX) behindert und außerstande ist, sich selbst zu unterhalten. Voraussetzung ist, dass die Behinderung in einem Zeitpunkt eingetreten ist, in dem das Kind familienversichert war.

Die Zugangsvoraussetzungen für eine Familienversicherung sind im Einzelnen in § 10 SGB V geregelt. Die Möglichkeit der Familienversicherung gehört zu einem der wesentlichen Vorteile, welche die GKV gegenüber der PKV auszeichnet.

Mitversicherte Familienangehörige

Private Versicherung (PKV)

In der PKV können sich Personen versichern, die nicht der Pflichtversicherung in der GKV unterliegen und insofern ihren Versicherungsschutz frei wählen können.

Privat versichern müssen sich Arbeitnehmer, deren regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt die Pflichtversicherungsgrenze überstiegen hat, sowie Selbständige und Beamte, die nicht freiwillig in der GKV versichert sind.

Die Leistungen der PKV werden in einem individuellen Tarif festgelegt. Die Beitragshöhe richtet sich nach dem jeweiligen gesundheitlichen Risiko der Versicherten zum Zeitpunkt des Eintritts in die Versicherung. Je höher dieses ist, umso teurer kann der Versicherungsbeitrag werden. Bei Vorliegen eines hohen gesundheitlichen Risikos kann der Abschluss der PKV im Volltarif abgelehnt werden. Seit 2009 müssen die privaten Krankenkassen einen Basistarif anbieten, der dem Leistungskatalog der GKV entspricht und ohne Prüfung des Gesundheitszustandes der Versicherten gewährt werden muss. In der PKV gilt das Kostenerstattungsprinzip, d. h. wer privat versichert ist, muss Behandlungs- und Medikamentenkosten im Voraus bezahlen und bekommt diese von der privaten Krankenkasse zurück erstattet.

Privat Krankenversicherte

Versicherungsschutz im Ausland

Die Behandlungskosten im Ausland werden von den gesetzlichen Krankenkassen nur übernommen, wenn mit dem jeweiligen Staat zwischen- und überstaatliche Regelungen dazu bestehen. Solche Regelungen gibt es mit den Mitgliedsstaaten der EU/europäischen Union und einer Reihe anderer Staaten. Bevor Sie ins Ausland reisen, erkundigen Sie sich bei Ihrer Krankenkasse, ob mit den Ländern, in denen Sie sich aufhalten werden, entsprechende Sozialversicherungsabkommen geschlossen wurden. Die Krankenkasse stellt Ihnen dann einen Krankenschein bzw. eine erweiterte Versicherungskarte zur Verfügung.

Erkrankung im Ausland

Unabhängig davon kann es sinnvoll sein, zusätzlich eine private Auslandskrankenversicherung abzuschließen.

03. Besondere Regelungen zur medizinischen Versorgung nach Sozialgesetzbuch XII und Asylbewerberleistungsgesetz

Medizinische Versorgung von Sozialhilfeempfängern

Medizinische Versorgung für Bezieher von Leistungen nach SGB XII

Für Sozialhilfeempfänger, die in der gesetzlichen Krankenkasse pflichtversichert sind und für einen Teil der dort freiwillig versicherten Leistungsberechtigten muss das Sozialamt die Krankenversicherungsbeiträge übernehmen. Die Übernahme der Beiträge für den anderen Teil der freiwillig Versicherten steht im Ermessen des Sozialhilfeträgers, d.h. diese können übernommen werden.

Sozialhilfeempfänger, die privat versichert sind, haben Anspruch auf die Übernahme der Beiträge, welche die Leistungen der Krankenkasse im Umfang des Basistarifs sicherstellen.

Die medizinische Versorgung von Sozialhilfeempfängern, die vor Bezug der Leistung nicht krankenversichert waren, wird von der Krankenkasse übernommen, soweit diese länger als einen Monat Sozialhilfe erhalten. Die Leistungsberechtigten haben hierzu eine Krankenkasse auszuwählen. Erfolgt dies nicht, so erfolgt die Anmeldung bei einer Krankenkasse durch das Sozialamt. Die Betroffenen erhalten eine Krankenversichertenkarte. Sie sind jedoch keine Mitglieder der Krankenkasse; entstehende Kosten der medizinischen Versorgung werden der Krankenkasse vielmehr vom Sozialamt erstattet. Nicht krankenversicherten Leistungsberechtigten, die weniger als einen Monat Leistungen beziehen, werden vom Sozialamt Leistungen im Rahmen der Krankenhilfe gewährt.

Alle Sozialhilfeempfänger unterliegen den gesetzlich geregelten Zuzahlungen zu Medikamenten, Hilfs- und Heilmitteln sowie Arztbesuchen und Krankenhausaufenthalten. Auf die Regelungen im SGB V wird verwiesen.

Die maximale Höhe der Summe der Zuzahlungen pro Jahr liegt bei 2% des Regelbedarfs des Haushaltvorstandes, bei chronisch Kranken bei 1%.

Medizinische Versorgung von Asylbewerbern und Ausländern

Medizinische Versorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

Asylbewerber und Ausländer, die eine Aufenthaltsgestattung oder wegen eines Krieges in ihrem Heimatland eine Aufenthaltserlaubnis nach §23 Abs.1 oder nach §24 oder nach §25 Abs.4 Satz 1, Abs.4a, 4b oder Abs.5 des Aufenthaltsgesetzes besitzen und Ausländer mit einer Duldung sowie andere Ausreisepflichtige, deren Abschiebungsandrohung noch nicht oder nicht mehr vollziehbar ist, haben Anspruch auf medizinische Versorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz.

Hierbei gibt es zwei Gruppen von Leistungsberechtigten – nach §2 und nach §3 AsylbLG. Leistungsberechtigte nach §2 AsylbLG werden bei einer Krankenkasse ihrer Wahl versichert, erhalten eine Krankenversicherungskarte

und haben damit Anspruch auf die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Krankenkassen rechnen die medizinischen Leistungen bei den Trägern der Sozialhilfe ab. Leistungsberechtigte nach §2 des AsylbLG unterliegen den Zuzahlungsregelungen.

Sie müssen Zuzahlungen zu Medikamenten, Hilfs- und Heilmitteln sowie Arztbesuchen und Krankenhausaufenthalten entrichten. Es gelten die gleichen maximalen Zuzahlungsgrenzen wie bei Leistungsempfängern nach dem SGB XII. Ebenso gelten die Härteklauseln für sie. Die medizinische Versorgung für Leistungsberechtigte nach §3 AsylbLG ist eingeschränkt (vgl. § 4 AsylbLG). Nur bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen werden Leistungen für die medizinische Versorgung gewährt. Besondere Einschränkungen gibt es bei Zahnersatz. Zahnersatz kann nur in Ausnahmefällen 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 diesen Personenkreis gewährt. Dazu gehören Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen und für schwangere Frauen. Schwangere haben einen uneingeschränkten Anspruch auf Vorsorgeuntersuchungen und Leistungen zur Entbindung und Pflege. Auch Impfungen für Kinder und Erwachsene und bestimmte andere Vorsorgeuntersuchungen können ohne Vorliegen einer akuten Krankheit gewährt werden.

Asylbewerber haben einen Anspruch auf folgende Leistungen:

- Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft, Leistungen bei Entbindungen und Pflege nach der Geburt,
- gesetzlich vorgeschriebene Vorsorgeuntersuchungen für Kinder (s. Kinder- und Jugenduntersuchungen im Kapitel 12),
- Impfungen für Kinder, Tetanus-, Diphtherie- und Polioimpfungen für Erwachsene.

Leistungsberechtigte nach §3 AsylbLG erhalten vom Sozialamt bzw. von der Ausländerbehörde einen besonderen Krankenbehandlungsschein, den sie beim Arzt vorlegen. Der Krankenschein gilt für ein Quartal des jeweiligen Kalenderjahres. Leistungsbezieher nach §3 AsylbLG haben keine Zuzahlungen zu leisten.

Leistungen für Asylbewerber

04. Hausärztliche Versorgung

Arztbesuch und Kosten

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 Sprechstundzeiten melden, Sie müssen dann eventuell längere Wartezeiten einplanen.

Bei jedem ersten Arztbesuch im Quartal eines Kalenderjahres müssen Sie Ihre Versicherungskarte oder den Behandlungsschein vom Sozialamt vorlegen. Grundsätzlich wird bei allen Leistungen eine Zuzahlung von 10% der Kosten erhoben, höchstens allerdings 10 EUR, mindestens jedoch 5 EUR. Es gibt jedoch Härtefallklauseln, die eine Eigenbeteiligung finanziell begrenzen. Die jährliche Eigenbeteiligung der Versicherten darf 2% der Bruttoeinnahmen nicht überschreiten. Für schwerwiegend chronische kranke Menschen gilt eine Grenze von 1% der Bruttoeinnahmen (s. Punkt „chronisch krank“)."

Arbeitsunfähigkeit

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

05. HIV und AIDS

Prävention und Behandlung

HIV: Humanes Immunschwäche-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 ambulant oder stationär tätige Ärzte als auch an die kommunalen Gesundheitsämter, Beratungsstellen oder die sächsischen AIDS-Hilfen wenden. Dort kann man abklären, ob ein Infektionsrisiko bestanden hat, Fragen stellen, die einen 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 Infektionen) ebenso Bescheid wie über Hilfsangebote und die medizinischen Behandlungsmöglichkeiten.

Für die Behandlung sind in Sachsen bestimmte Ärzte und Ambulanzen zugelassen. In Notsituationen, wenn eine sofortige HIV-Post-expositionsprophylaxe (PEP) notwendig ist, wird die Vorstellung in der Notaufnahme eines Krankenhauses empfohlen.

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

Früherkennung und Prävention

HIV-Test

06. Zahnärztliche Versorgung

Kontrolluntersuchungen

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. Wer Angst vor einer Zahnbehandlung verspürt, sollte darüber unbedingt vor der Behandlung seinen Zahnarzt informieren. Der Zahnarzt wird jede Zahnbehandlung mit großem Einfühlungsvermögen möglichst schmerzarm oder sogar schmerzfrei gestalten. 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.

Ein 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 zum Festzuschuss, wenn sie Zahnersatz benötigen. Das Bonusheft ist bei Ihrem Zahnarzt erhältlich. Wer eine aufwändigere Versorgung als die gesetzlich vorgesehene medizinisch notwendige 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. 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

Heil- und Kostenplan für Zahnersatz



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 notwendigen 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.

07. Krankenhausaufenthalt und Notfallsituationen

Krankenhauseinweisung

Die Krankenhauseinweisung erfolgt durch den behandelnden niedergelassenen Arzt (Verordnung von stationärer Krankenhausbehandlung). Sie müssen die Versicherungskarte und bei ambulanter Operation den Überweisungsschein mitbringen.

Unter besonderen Voraussetzungen erfolgt die Übernahme von Krankenhaus- und Krankentransportkosten durch den Sozialhilfeträger 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.

Die rechtliche Grundlage sind die Regelungen über die Gewährung von Krankenhilfe nach dem Sozialgesetzbuch XII.

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 Wohngehalt und
- aktuelle Kontoauszüge.

In Notfallsituationen dürfen Sie jedes Krankenhaus bzw. jeden Arzt aufsuchen. In einer lebensbedrohlichen Situation muss der Arzt Sie behandeln oder Sie an die richtige Stelle weiterleiten.

Regelleistungen

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



Eigenbeteiligung

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

Versicherungsleistungen

Notdienste

Wenn Sie nachts oder am Wochenende dringend ärztliche Behandlung brauchen, können Sie den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst (Rufnummer 116 117) anrufen oder einen Notarzt rufen.

kassenärztlicher Bereitschaftsdienst oder Notarzt

Bei Unfällen und lebensbedrohlichen Zuständen rufen Sie den Rettungsdienst: Diese Nummern können Sie kostenlos wählen! Den Rettungsdienst erreichen Sie unter der Nummer 112 und die Polizei unter 110.

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

08. Medikamente

Verschreibungspflichtige Medikamente

Medikamente gibt es in Sachsen nur in Apotheken. Viele 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. Zu allen Tages- und Nachtzeiten hat mindestens eine Apotheke in der näheren Umgebung Notdienst.

Für verschreibungspflichtige Medikamente muss der Patient einen Beteiligungsbetrag bezahlen. Dieser beträgt maximal 10 EUR und mindestens 5 EUR, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten des Medikamentes.

Kosten

Apothekenpflichtige Medikamente (Arzneimittel, die ohne Rezept in der Apotheke erhältlich sind), bezahlen Sie selbst. Ausnahme: Kinder bis zum 12. Lebensjahr, wenn die nicht verschreibungspflichtige Medikamente zur Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung als Therapiestandard gelten, erhalten diese kostenfrei. Jeder Versicherte muss sich ab 2004 mit 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:

Chronisch Kranke

1. die Person sich in ärztlicher Dauerbehandlung befindet (mindestens ein Arztbesuch pro Quartal wegen derselben Krankheit) und an einem für die Behandlung bestehenden strukturierten Behandlungsprogramm teilnimmt 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 und
5. die chronisch kranke Person regelmäßig ab dem 1. Januar 2008 die gesetzlich vorgegebenen Gesundheitsuntersuchungen vor der Erkrankung regelmäßig in Anspruch genommen hat (gilt nur für nach dem 1. April 1972 geborene Personen),
6. die chronisch kranke Person, die an einer Krebsart erkrankt ist, für die eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung besteht, diese Untersuchung regelmäßig ab dem 1. Januar 2008 vor ihrer Er-



krankung regelmäßig in Anspruch genommen hat. Dies gilt nur für nach dem 1. April 1987 geborene weibliche und nach dem 1. April 1962 geborene männliche Personen,

7. der Arzt ein therapiegerechtes Verhalten des Versicherten feststellt.

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

Deshalb ist es wichtig, alle Quittungen zu sammeln, dann rechnen, wann die jeweilige Grenze erreicht ist und zur entsprechenden Krankenkasse gehen und von den Zuzahlungen bis zum Ende des Jahres befreien lassen.

Quittungen

09. Beratung und Hilfe für Suchtkranke

Die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung ist oft Ergebnis eines langen Prozesses, der in vielen kleinen Schritten ablaufen kann. Das Verhalten, das Erleben, die Lebensgewohnheiten und die Persönlichkeit verändern sich – zunächst oft unbemerkt.

Was ist Sucht?

Begriff Sucht

Der Begriff Sucht wurde von der Weltgesundheitsorganisation durch den Begriff Abhängigkeit ersetzt und beschrieben als: „Eine Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen, die sich nach wiederholtem Substanzeinbau entwickeln. Typischerweise besteht ein starker Wunsch, die Substanz einzunehmen, Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren und anhaltender Substanzeinbau trotz schädlicher Folgen. Dem Substanzeinbau wird Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen gegeben.“

Neben den substanzbezogenen Abhängigkeitserkrankungen von legalen (z. B. Alkohol) und illegalen Suchtstoffen (z. B. Cannabis) werden oftmals suchtähnliche nicht-stoffgebundene Erkrankungen den Suchterkrankungen zugeordnet. Dazu gehören z. B. verschiedene Problematiken, wie Ess-Störungen, Pathologisches Glücksspiel, Internet-/Medienabhängigkeit.

Es gibt eine Vielfalt an Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten, um den Betroffenen und ihren Angehörigen Hilfe zu gewährleisten.

Was ist Suchtkrankenhilfe?

Hilfe und Selbsthilfe

Abhängigkeitskranken, -gefährdeten und ihren Angehörigen steht ein breit gefächertes Angebot an Unterstützung zur Verfügung. Es umfasst Beratung, Behandlung und Nachsorgemaßnahmen, die durch Angebote der Selbsthilfe wesentlich ergänzt werden. Anlaufstellen sind neben Suchtberatungs- und -behandlungsstellen auch suchtspezifische psychiatrische Einrichtungen sowie Hausärzte und Psychiater.

Adressen und Telefonnummern von Suchthilfeeinrichtungen und Selbsthilfegruppen finden Sie unter www.suchthilfe-sachsen.de/datenbank.

Was sind Suchtberatungs- und -behandlungsstellen?

Die Suchtberatungs- und -behandlungsstellen sind für jeden offen, der Fragen zu dem Thema Sucht und Abhängigkeitserkrankung hat, insbesondere aber für Betroffene und deren Angehörige. Die Teilnahme an den Beratungen ist freiwillig und kostenlos. Die Mitarbeiter der Beratungsstellen unterliegen nach § 203 Strafgesetzbuch



(StGB) der Schweigepflicht; sie müssen also sämtliche Informationen strengst vertraulich behandeln. Außerdem besitzen sie bei bekanntem Konsum illegaler Drogen nach § 53 Strafprozeßordnung (StPO) ein Zeugnisverweigerungsrecht gegenüber den Strafverfolgungsbehörden.

Zu den Angeboten der Suchtberatungs- und -behandlungsstellen gehören Einzel- und Gruppengespräche, teilweise auch Online-Beratung sowie ambulante Rehabilitation. Anliegen der Mitarbeiter ist nicht nur um die Weitergabe von Sachinformationen, sondern vor allem die Initiierung von kurz-, mittel- oder langfristigen Hilfeprozessen. Die Beratungsstellen vermitteln bei Bedarf in die verschiedenen anderen Angebote der Suchthilfe.

Was sind Selbsthilfegruppen?

Eine Selbsthilfegruppe ist eine Gemeinschaft von Menschen, die ein gemeinsames bzw. ähnliches Problem im Zusammenhang mit Suchterkrankungen als Betroffene bzw. Angehörige haben und sich zu dessen Bearbeitung und Bewältigung regelmäßig treffen. In der Gemeinschaft können durch Gespräche Erfahrungen, Informationen oder Emotionen geteilt werden. Daneben besteht die Möglichkeit zur gemeinsamen Freizeitgestaltung. Die Teilnahme an den Treffen der Gruppen ist kostenlos und unterliegt keiner Aufsicht.

Beratungsstellen für Betroffene und Angehörige

Selbsthilfegruppen

10. Hilfe bei häuslicher Gewalt

Tätigkeiten in der Familie

Häusliche Gewalt sind Gewalthandlungen zwischen Menschen in engen persönlichen, oft familiären Beziehungen. Sie wird meist von Männern gegenüber Frauen und Kindern ausgeübt und findet oft zu Hause statt. Darunter fallen vor allem folgende Tätigkeiten:

- beleidigen, einschüchtern, drohen, verfolgen, terrorisieren, Angst machen,
- Schlaf oder Essen entziehen,
- Sachen wegnehmen, beschädigen, zerstören,
- Verletzungen zufügen, aber auch stoßen, treten, schubsen, würgen, verbrennen, festhalten, fesseln, vergewaltigen,
- nötigen (Aufzwingen von Handlungen, die Sie nicht wollen, z. B. Sex),
- mit Gegenständen oder Waffen bedrohen,
- kontrollieren, einsperren, aussperren, Kontakt zu Familie und Freunden verhindern,
- Kinder misshandeln oder
- versuchen, Sie zu töten.

Gewalt durch den Ehemann oder die Ehefrau oder den Lebenspartner oder die Lebenspartnerin oder durch Verwandte sind durch nichts und niemanden zu rechtfertigen. Häusliche Gewalt ist strafbar!



Was ist bei akuter Gefahr zu tun?

Rufen Sie die Polizei über den Notruf: 110 oder nächste Polizeidienststelle.

Sie haben keine Nachteile zu befürchten. Auch eine polizeiliche Wegweisung des Täters für bis zu zwei Wochen hat keinen Einfluss auf Ihr Aufenthaltsrecht.

Teilen Sie der Polizei mit,

- wer Sie sind und wo Sie sich gerade aufhalten,
- durch wen und wodurch Sie oder andere Personen, insbesondere Kinder, akut gefährdet sind,
- wer wie und wodurch verletzt ist und wer dies verursacht hat;
- ob weitere Gefahr droht,
- ob der Täter/die Täterin Waffen besitzt, Alkohol getrunken oder Drogen genommen hat.

Bis die Polizei kommt, bringen Sie sich in Sicherheit, z. B. bei Nachbarn, Freunden, Verwandten oder in öffentlichen Einrichtungen.



Die Polizei kann den Täter/die Täterin sofort bis zu zwei Wochen der Wohnung und aus Ihrer unmittelbaren Umgebung verweisen und ihm/ihr den Schlüssel abnehmen, ihn/sie ggf. auch in Gewahrsam nehmen sowie Gegenstände sicherstellen.

Soforthilfe

Bei der Befragung durch die Polizei können Sie eine räumliche Trennung zum Täter/zur Täterin verlangen. Die Polizei kann Ihnen bei Bedarf den Kontakt zu einer Frauen- und Kinderschutzeinrichtung, Interventionsstelle oder anderen Hilfen vermitteln.

Die Polizei wird Sie über Ihre rechtlichen Möglichkeiten informieren. Sie haben die Möglichkeit, eine Strafanzeige nach dem Gewaltenschutzgesetz zu stellen. Auch 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 Gewaltenschutzgesetz stellen.

In einer Strafanzeige teilen Sie mit, was Ihnen durch wen, wann und wo passiert ist. Sie können dies mündlich, telefonisch oder schriftlich bei der Polizei oder der Staatsanwaltschaft tun.

Für die Rechtslage von Migranten ist der aufenthaltsrechtliche Status wichtig. Das Gewaltenschutzgesetz stellt aber sicher, dass in jedem Fall deutsches Recht anzuwenden ist.

Verletzungen dokumentieren

Es ist wichtig, alle Verletzungen von einer Ärztin oder einem Arzt dokumentieren zu lassen. Ganz besonders gilt dies, wenn Sie über keinen eigenständigen Aufenthaltsstatus verfügen, um bei der Ausländerbehörde gegebenenfalls die besondere Härte nachweisen zu können.

Wenn Sie in einer Gemeinschaftsunterkunft leben, gibt es die Möglichkeit, Sie bei häuslicher Gewalt räumlich von dem Gewaltausübenden zu trennen. Die gewalttätige Person kann Sie somit nicht mehr erreichen. Zu Ihrem Schutz ist eine Verlegung dieser Person in eine andere Gemeinschaftsunterkunft der Stadt oder auch in eine andere Stadt/in einen anderen Landkreis möglich.

Wo können Sie Hilfe, Schutz und Beratung bekommen?

Sichere Zuflucht

Lassen Sie sich bei Interventions- und Koordinierungsstellen, Ausländerbeauftragten oder Rechtsanwälten beraten und suchen Sie im Notfall Schutz und eine sichere Unterkunft in Frauen- und Kinderschutzeinrichtungen!

Frauen- und Kinderschutzhäuser sowie -wohnungen (siehe Adressteil) beraten Sie und helfen Ihnen und Ihre Kindern jederzeit. Die Flucht in ein Frauenhaus hat für Sie keine Nachteile – diese gilt noch nicht als Trennung. Nur wenn Sie sich von Ihrem Partner endgültig



trennen, auch wenn Sie noch nicht geschieden sind, wirkt sich dies auf Ihr Aufenthaltsrecht aus sowie auf Anträge nach dem Gewalt- schutzgesetz.

Für eine begrenzte Zeit sind Sie sicher, finden Ruhe und können weitere Schritte planen. Sie erhalten dabei professionelle Unterstü- zung, z. B. auch beim Besuch von Behörden und Ärzten sowie bei der Durchsetzung finanzieller und juristischer Ansprüche.

Diese Einrichtungen sind meist anonym, Männer haben keinen Zu- tritt.

Für den Fall, dass Sie aus der Wohnung flüchten müssen, sollten Sie Dokumente und Bargeld bereits vorab an einem sicheren Ort aufbewahren.

Interventions- und Koordinierungsstellen (siehe Adresssteil) be- raten Sie und helfen Ihnen, wenn Sie von häuslicher Gewalt oder Stalking betroffen sind, z. B. zu Ihren Rechten und Ihren Mög- lichkeiten nach dem Gewaltenschutzgesetz, auf Wunsch auch bei Ihnen zu Hause.

Sie helfen Ihnen z. B., Anträge bei Gericht zu stellen, begleiten Sie zu Behörden, Arztbesuchen und anderen notwendigen Wegen.

11. Psychotherapie

Psychotherapie ist fachkundige Hilfe für Menschen mit seelischen oder seelisch verursachten Leiden.

Sie richtet sich an Menschen, die aufgrund ihrer psychischen Schwierigkeiten, Störungen und Probleme mit ihrem Leben schlecht zureckkommen und diese nicht mehr alleine oder mit Hilfe ihrer gewohnten Bezugspersonen bewältigen können. Seelisches Leiden kann sich in jedem Bereich des menschlichen Lebens (in der Partnerschaft, in der Sexualität, in der Arbeitswelt, im Lebensgefühl) ausdrücken und sich auf verschiedene Weise 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 feste und regelmäßige Termine, die Neutralität des Therapeuten und andere Rahmenbedingungen können unbewusste Konfliktmuster bewusst verarbeitet werden. So können Zusammenhänge zwischen den Problemen 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)

Hilfe bei seelischen Leiden

In Deutschland gibt es drei qualitativ gleichwertige Therapieverfahren, die von den gesetzlichen Krankenversicherungen anerkannt werden und somit bezahlt werden:

Therapieverfahren

- psychoanalytische Therapie,
- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und
- Verhaltenstherapie.

Für den Patienten ist es wichtig, gemeinsam mit dem Therapeuten zu besprechen, welches Verfahren im Einzelfall am geeignetsten ist. Andere Therapieformen, wie etwa Gestalttherapie, Psychodrama, Familientherapie, Bioenergetik, Körperpsychotherapie etc., werden für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherungen nicht erstattet.



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 fünf 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. eine körperliche Erkrankung vorliegt, die zusätzlich medizinisch zu behandeln ist.

Adressen und Telefonnummern von Psychotherapeuten finden Sie auf der Seite der Kassenärztlichen Vereinigung (www.kvs-sachsen.de).

12. Übersichten zu Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen

Welche Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen sind empfohlen und werden von den gesetzlichen Krankenkassen getragen?

Früherkennung von Krebs

Untersuchung	Alter in Jahren	Ge- schlecht	Häufigkeit	Anmerkungen	Weitere Informationen
Genitaluntersuchung	ab dem Alter von 20	Frauen	jährlich	gezielte Anamnese: <ul style="list-style-type: none">■ Spiegelstellung der Potio.■ Inspektion des Muttermündes,■ Krebsabstrich und zytologische Untersuchung,■ gynäkologische Tastuntersuchung,■ Beratung über das Ergebnis.	Krebsfrüherkennungsrichtlinie
Brustuntersuchung (in Verbindung mit einer Untersuchung der Haut)	ab dem Alter von 30	Frauen	jährlich	<ul style="list-style-type: none">■ gezielte Anamnese (z. B. Fragen nach Veränderung/Beschwerden),■ Inspektion und Abtasten der Brust und der regionären Lymphknoten einschließlich der Anleitung zur Selbstuntersuchung,■ Beratung über das Ergebnis.	Krebsfrüherkennungsrichtlinie
Prostatauntersuchung Genitaluntersuchung (in Verbindung mit einer Untersuchung der Haut)	ab dem Alter von 45	Männer	jährlich	<ul style="list-style-type: none">■ gezielte Anamnese■ Inspektion und Palpation des äußeren Genitales,■ Abtasten der Prostata vom After aus, Befundmitteilung mit anschließender Beratung,■ Tastuntersuchung der regionalen Lymphknoten,■ Befundmitteilung mit anschließender Beratung.	Krebsfrüherkennungsrichtlinie

Dickdarm- und Rektumuntersuchung	ab dem Alter von 50	Frauen und Männer	jährlich	<ul style="list-style-type: none"> ■ gezielte Beratung, ■ Tastuntersuchung des Enddarms, ■ Schnelltest auf okkultes Blut im Stuhl (jährlich bis zum Alter von 55 Jahren). 	Krebsfrüherkennungsrichtlinie
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. 	Krebsfrüherkennungsrichtlinie
Mammographie-Screening	ab dem Alter von 50 bis zum Alter des 70. Lebensjahres	Frauen	alle zwei Jahre	<ul style="list-style-type: none"> ■ Einladung in eine zertifizierte Screening-Einheit, ■ Information, ■ Röntgen der Brüste durch Mammographie, ■ Beratung über das Ergebnis. 	Krebsfrüherkennungsrichtlinie

Gesundheits-Check-up

Untersuchung	Alter in Jahren	Ge- schlecht	Häufigkeit	Anmerkungen	Weitere Informationen
Check-up	ab dem Alter von 35	Frauen und Männer	alle zwei Jahre	<p>Früherkennung von Kreislauferkrankungen und Nierenerkrankungen, Diabetes mellitus.</p> <p>Das umfasst unter anderem folgende Leistungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Anamnese, insbesondere die Erfassung des Risikoprofils, ■ klinische Untersuchungen: Erhebung des vollständigen Ganzkörperstatus, ■ Laboratoriumsuntersuchungen (Untersuchungen aus dem Blut einschl. Blutentnahme und Untersuchungen aus dem Urin), ■ Beratung, ■ Folgerungen aus den Ergebnissen der Gesundheitsuntersuchung. 	Gesundheitsuntersuchungsrichtlinie

Zahnvorsorge-Untersuchungen

Untersuchung	Alter in Jahren	Ge- schlecht	Häufigkeit	Anmerkungen	Weitere Informationen
Untersuchung auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten	bis 6 Jahre 6 bis 18 Jahre	Mädchen und Jungen	dreimal bis 6 Jahre einmal je Kalenderhalbjahr ab 6 Jahre	Einschätzung des Kariesrisikos: ■ Mundhygiene-Beratung, ■ Inspektion der Mundhöhle, ■ Motivation zur Prophylaxe. Gegebenenfalls ■ lokale Floridierung zur Schmelzhärtung ■ Versiegelung von kariesfreien Fissuren und Grübchen der Backenzähne.	Früherken-nungsuntersu-chungs-Richt-line und Prophylaxe-Richtlinie
Zahnvorsorge-Untersuchungen	ab dem Alter von 18	Frauen und Männer	einmal je Kalenderhalbjahr	Eingehende Untersuchung: ■ Untersuchung im Rahmen des Bonushefts. Bei Erwachsenen wird für zwei zahnärztliche Kontrolluntersuchungen im Jahr keine Praxisgebühr erhoben. Dies gilt auch dann, wenn in derselben Sitzung eine Zahnsteinentfernung, Röntgenuntersuchung oder Sensibilitätsprüfung durchgeführt wurde. Auch die Erhebung des Parodontalstatus (sog. PSI-Index) bleibt frei von der Praxisgebühr.	§ 55 Abs. 1 Satz 4 und 5 SGB V

Schwangerschafts-Vorsorgeuntersuchung

Untersuchung	Weitere Informationen
Zu der Schwangerschaftsvorsorge gehören die Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung. Dabei soll die Schwangere untersucht und beraten werden. Zum Beispiel über Gesundheitsrisiken oder Ernährung. Ärzte, Hebammen und Krankenkassen wirken zusammen. Zu den Vorsorgeleistungen gehören unter anderem: ■ Erkennung und Überwachung von Risikoschwangerschaften, ■ Ultraschalldiagnostik, ■ serologische Untersuchungen auf Infektionen und ■ Untersuchung und Beratung der Wöchnerin.	Mutterschafts-Richtlinie

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.

Hinsichtlich der Untersuchungsstufen U4 bis U8 ist in Sachsen mit dem Sächsischen Kindergesundheits- und Kinderschutzgesetz (SächsKiSchG) ein zusätzliches Verfahren eingerichtet worden: Soweit Kinder in das Alter für eine entsprechende Untersuchung kommen, werden die Eltern von der Informationsstelle zum Sächsischen Kinderschutzgesetz eingeladen und zur Teilnahme aufgefordert und gegebenenfalls nochmal erinnert. In Fällen, in denen es notwendig erscheint, werden auch die Gesundheitsämter weitere Beratung, Unterstützung und Hilfe anbieten.

Gesundheits-Check-up

Untersuchung	Alter in Jahren	Ge- schlecht	Häufigkeit	Anmerkungen	Weitere Informationen
U-Untersuchungen (zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern)	von der Geburt bis zum Alter von 6 Jahren	Mädchen und Jungen	zehn Untersuchungen in den ersten sechs Lebensjahren, beginnend unmittelbar nach der Geburt (U1 bis U9)	<p>Es wird die körperliche und geistige Entwicklung des Kindes geprüft, u.a.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Störungen in der Neugeborenenperiode, ■ Angeborene Stoffwechselstörungen (erweitertes Neugeborenen-Screening), ■ Entwicklungs- und Verhaltensstörungen, ■ Erkrankungen der Sinnes-, Atmungs-, Verdauungsgänge, ■ Sprach- oder Sprechstörungen, ■ Zähne, Kiefer, Mund, ■ Skelett und Muskulatur. 	Kinder-Richtlinien
J-Untersuchung (Jugendgesundheitsuntersuchungen)	Regulär zwischen dem vollendeten 13. und dem 14. Lebensjahr (+/-1 Jahr)	Mädchen und Jungen	eine Untersuchung	<p>Anamnese u.a. auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ auffällige seelische Entwicklungen/Verhaltensstörungen, ■ Schulleistungsprobleme, ■ gesundheitsgefährdendes Verhalten (Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum), ■ Klinisch-körperliche Untersuchungen, u.a.: ■ Erhebung der Körpermaße, ■ Störung des Wachstums und der körperlichen Entwicklung, ■ Erkrankung der Hals-, Brust- und Bauchorgane, ■ Erhebung des Impfstatus. 	Jugendgesundheitsuntersuchung

Sächsischer Impfkalender

Lebensalter	Impfung gegen
ab 3. Lebensmonat	Beginn der Erstimpfung gegen: Diphtherie (D) – Keuchhusten (Pa) – Tetanus (T), Haemophilusinfluenzae-Typ-b (Hib), Kinderlähmung (IPV), Hepatitis (HBV), Meningokokken C (3. Lebensmonat bis 18. Lebensjahr), Pneumokokken (3. Lebensmonat bis 2. Lebensjahr).
ab 13. Lebensmonat	D, Pa, T, Hib, HBV vervollständigen Masern – Mumps – Röteln (MMR); erste Impfung: Hepatitis A und B, falls nicht im Säuglingsalter mit HBV begonnen, Windpocken (VZV) für alle Kinder, die nicht an Windpocken erkrankt sind.
ab 6. Lebensjahr	Diphtherie – Keuchhusten – Tetanus (DTPa oder Tdpa) Auffrischimpfung. Masern – Mumps – Röteln (MMR) Zweite Impfung.
ab 10. Lebensjahr	Windpocken (Varizellen) (VZV) nur Ungeimpfte, die nicht an Windpocken erkrankt sind.
ab 11. Lebensjahr	Kinderlähmung (IPV) Auffrischimpfung. Tetanus – Diphtherie – Keuchhusten (Tdpa) Auffrischimpfung.
2. bis 18. Lebensjahr	Hepatitis B, Kombinationsimpfung mit Hepatitis A empfohlen, 3. Impfung.
13. bis 18. Lebensjahr	HPV (Humane Papillomaviren), (Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs) nur für Mädchen.
ab 50. Lebensjahr	Virusgrippe (Influenza) jährlich im Herbst.
ab 60. Lebensjahr	Pneumokokken-Infektionen alle 6 Jahre.
alle 10 Jahre	Tetanus – Diphtherie (Td), Kinderlähmung (IPV), Keuchhusten (Pa).

Bitte nehmen Sie Ihren Impfausweis mit zum Arzt. Bei versäumten Impfungen fragen Sie bitte Ihren Arzt.



Impressum

Als Vorlage für diesen Gesundheitswegweiser diente der Gesundheitswegweiser für Migranten der Stadt Leipzig. Die einzelnen Kapitel wurden entsprechend den geänderten gesetzlichen Grundlagen und der sächsischen Regelungen überarbeitet. Unser Dank gilt insbesondere der Stadt Leipzig, die den Gesundheitswegweiser für Migranten dankenswerterweise zur Verfügung gestellt hat. Weiterhin danken wir den Gesundheitsämtern der Landkreise und kreisfreien Städte für ihre Unterstützung. Die Angaben stellen eine Basisinformation dar. Eine Gewähr für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben kann nicht übernommen werden.

Herausgeber:

Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz
Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Albertstraße 10, 01097 Dresden
E-Mail: presse@sms.sachsen.de
www.sms.sachsen.de

Redaktion:

Andreas Janning-Pott und Marka Ziesch

Bildnachweis:

Jürgen Männel/Dresdner Fotodienst und
© peshkova/Peter Atkins/JJ/vectorischeff/Yuri Arcurs/
contrastwerkstatt/Franz Pfleugl/pic-unique/Fotolia.com

Gesamtherstellung:

cb-printmanagement

Redaktionsschluss:

31. Dezember 2012

Bezug:

Zentraler Broschürenversand der Sächsischen Staatsregierung
Hammerweg 30, 01127 Dresden

Telefon 0351 2103671, Fax 0351 2103681
E-Mail: Publikationen@sachsen.de
Die Broschüre kann auch online bestellt und heruntergeladen werden unter www.publikationen.sachsen.de.

Diese Broschüre wird kostenlos abgegeben.

Verteilerhinweis

Diese Informationsschrift wird von der Sächsischen Staatsregierung im Rahmen ihrer verfassungsmäßigen Verpflichtung zur Information der Öffentlichkeit herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von deren Kandidaten oder Helfern im Zeitraum von sechs Monaten von einer Wahl zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für alle Wahlen. Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist auch die Weitergabe an Dritte zur Verwendung bei der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die vorliegende Druckschrift nicht so verwendet werden, dass dies als Teilnahme des Herausgebers zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Diese Beschränkungen gelten unabhängig vom Vertriebsweg, also unabhängig davon, auf welchem Wege und in welcher Anzahl diese Informationsschrift dem Empfänger zugegangen ist. Erlaubt ist es jedoch den Parteien, diese Informationsschrift zur Unterrichtung ihrer Mitglieder zu verwenden.

Copyright

Diese Veröffentlichung ist urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte, auch die des Nachdrucks von Auszügen und der fotomechanischen Wiedergabe, sind dem Herausgeber vorbehalten.