

Krankenversicherung

Deutschland verfügt über eines der besten Gesundheitssysteme der Welt, das den Bürgern eine allgemeine und umfassende Krankenversicherung bietet. Ungefähr 85% der Bevölkerung sind über die staatliche Krankenversicherung versichert, während der Rest die Möglichkeit der privaten Versicherung nutzt.

Gesetzliche Krankenversicherung

Die Mehrheit der Deutschen ist über die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) versichert. Arbeitnehmer mit einem jährlichen Bruttoeinkommen unter 52.200 Euro oder 4.350 Euro pro Monat sind zur Mitgliedschaft in der GKV verpflichtet. Momentan betragen die monatlichen Raten 15,5% des Bruttoeinkommens. Der Höchstsatz liegt bei 610 Euro pro Monat. Der Arbeitnehmer zahlt 53% des Monatsbeitrags, die verbleibenden 47% zahlt der Arbeitgeber. Auch wenn Ihr jährliches Bruttoeinkommen die Schwelle von 50,850 Euro deutlich überschreitet, ändern sich die Beiträge nicht. Das ist einer der Vorteile des deutschen Systems. Auch für Studenten ist eine Krankenversicherung Pflicht, sie zahlen aber nur einen monatlichen Beitrag von 77 Euro.

Die Praxisgebühr in Höhe von 10 Euro, die einmal im Quartal beim ersten Arzt- oder Zahnarztbesuch fällig wurde, entfällt seit dem 1. Januar 2013. Es sind weiterhin zwischen 5-10 Euro pro Rezept für Medikamente und 10 Euro täglich für die ersten 28 Tage eines Krankenhausaufenthaltes zu zahlen (falls Sie aufgrund eines Unfalls im Krankenhaus liegen, entfällt diese Gebühr).

Der wichtigste Vorteil der GKV ist, dass nicht-berufstätige Angehörige (z.B. Ehepartner oder Kinder) mit dem gleichen Wohnsitz in Deutschland ohne zusätzliche Kosten mitversichert sind. Viele lassen sich und ihre Familien über die GKV versichern und schließen private Zusatzversicherungen ab, die auch die Kosten z.B. für homöopathische und alternative Behandlungen, Einzelzimmer im Krankenhaus abdecken sowie bessere Leistungen bei Zahnbehandlungen bieten.

Alle Anbieter der GKV in Deutschland sind Körperschaften des öffentlichen Rechts und verwalten sich selbst; sie stellen die gesetzliche Krankenversicherung sicher. Einige sind große Gesellschaften mit Millionen von Mitgliedern (z.B. AOK, BEK, DAK), andere

zählen nur einige tausend (wie viele der IKKs oder BKKs). Das bedeutet jedoch nicht, dass sich die grundlegenden Leistungen unterscheiden, denn alle Anbieter der GKV müssen den gesetzlichen Vorgaben folgen. Wenn Ihre gesetzliche Krankenkasse Ihre Beiträge erhöht, können Sie Ihre Mitgliedschaft mit einer Kündigungsfrist von zwei Monaten beenden und zu einer anderen Krankenkasse wechseln. Die Mindestlaufzeit einer Mitgliedschaft beträgt 18 Monate.

Private Krankenversicherung

Wenn Ihr Bruttoeinkommen höher als 50.850 Euro ist, können Sie sich privat versichern. Es gibt etwa 50 deutsche Versicherungsunternehmen, die unterschiedliche Leistungen anbieten. Der Beitrag richtet sich nach den ausgewählten Leistungen, dem Alter und Geschlecht und möglichen Vorerkrankungen.

Im Allgemeinen sind die Beiträge der privaten Krankenkassen für Bürger, die älter als 40 Jahre sind, höher als bei gesetzlichen Versicherungen. (Sie können die Beiträge allerdings drücken, wenn Sie sich für eine höhere Selbstbeteiligung entscheiden.) Beachten Sie ebenfalls, dass für alle Familienmitglieder separate Beiträge gezahlt werden müssen, anders als im staatlichen System, das alle nicht-berufstätigen Angehörigen mitversichert. Die Beiträge werden mit der Zeit der aktuellen Lage entsprechend angehoben; die anfängliche Höhe der Zahlungen wird von Ihrem Beitrittsalter bestimmt.

Private Krankenversicherungen übernehmen die Kosten für eine Reihe ärztlicher und zahnärztlicher Behandlungen in Deutschland und auch im Ausland. Mit einer privaten Krankenversicherung können Sie beim Arzt oder Zahnarzt mit einer bevorzugten Behandlung rechnen, bei der Ihr Arzt sich mehr Zeit für Sie nimmt und Sie schneller einen Termin bekommen. Krankenhäuser und Ärzte sind zu einem gewissen Grad von Privatpatienten abhängig, um ihr Einkommen zu steigern, deshalb werden sie gern gesehen.

Auslandsreisekrankenversicherung

Die staatliche Krankenversicherung bietet begrenzte Leistungen für Reisen innerhalb der Europäischen Union. Falls Sie auf einer Auslandsreise innerhalb der EU medizinische Hilfe benötigen sollten, müssen Sie entstandene Kosten zunächst selbst begleichen und danach die entsprechenden EU-Formulare ausfüllen, um die Kosten von Ihrer deutschen Krankenkasse erstattet zu bekommen. Dabei wird die Rückerstattung dem Betrag entsprechen, den Ihre Krankenversicherung auch innerhalb Deutschlands für die Behandlung übernommen hätte, was zuweilen nur ein Bruchteil

der Kosten im Ausland sein kann. Wenn Sie also eine Auslandsreise innerhalb oder außerhalb der Europäischen Union planen, empfiehlt es sich, vor der Abreise eine Auslandsreisekrankenversicherung abzuschließen. Dabei sollten Sie beachten, dass manche Versicherungen den Krankentransport zurück nach Deutschland nicht beinhalten. Lesen Sie deshalb das Kleingedruckte sorgfältig durch. Wenn Sie bei einer privaten Krankenkasse versichert sind, können Sie sich dort erkundigen, welche Leistungen Sie im Ausland in Anspruch nehmen können.

Krankengeld

Sollten Sie ernsthaft erkranken, zahlt Ihnen Ihr Arbeitgeber für gewöhnlich sechs Wochen lang Ihr volles Gehalt weiter. Danach wird von der Krankenkasse ein Krankengeld gezahlt, bis hin zu einem Höchstsatz von 2.340 Euro Krankengeld pro Monat für maximal 78 Wochen. Falls Ihr Gehalt über diesem Höchstsatz liegt, empfiehlt sich eine zusätzliche Krankengeldversicherung, die für annehmbare Beiträge angeboten wird. Dies ist besonders wichtig, falls Ihre Lebenshaltungskosten höher als 2.340 Euro monatlich sind. Wenn Sie also eine private Krankenversicherung abschließen, sollten Sie auch an eine adäquate Krankengeldversicherung denken. Seien Sie sich außerdem darüber im Klaren, dass weder von der staatlichen, noch von der privaten Krankengeldversicherung bleibende gesundheitliche Schäden abgedeckt werden.

Zahnärztliche Behandlungen

Die zahnärztliche Versorgung in Deutschland ist sehr gut. Für umfassende zahnärztliche Behandlungen wie Brücken, Kronen oder Kieferorthopädie müssen Sie sich einen Heil- und Kostenplan erstellen lassen und ihn Ihrer Versicherung vor Beginn der Behandlung zur Genehmigung vorlegen. Falls Sie zu einer vorgeschlagenen Behandlung noch Fragen haben, sollen Sie eine zweite Meinung einholen. Versicherte der GKV müssen zwischen 50% und 100% ihrer Zahnarztkosten selbst tragen, wenn sie nicht zusätzlich privat versichert sind. Eventuell wird die Behandlung von vor dem Beitritt bekannten Erkrankungen nicht übernommen oder die Versicherung tritt erst nach einer Frist von sechs Monaten in Kraft. Alles in allem zahlen private Krankenversicherer bis zu 80% der zahnärztlichen Behandlungskosten.

Der Arztbesuch

Wenn Sie sich für eine Krankenkasse entschieden haben, bekommen Sie automatisch eine Versichertenkarte zugeschickt, die Sie umgehend auf der Rückseite

unterschreiben sollten. Die Praxisgebühr, die bislang vierteljährlich beim jeweils ersten Arzt- oder Zahnarztbesuch anfiel, wurde mit Wirkung zum 1. Januar 2013 abgeschafft. Für Erwachsene sind zwei, für Kinder unter 6 Jahren drei zahnärztliche Kontrolluntersuchungen im Jahr gebührenfrei. Welche Vorsorgeuntersuchungen für Sie kostenfrei sind, erfragen Sie bitte bei Ihrer jeweiligen Krankenkasse. Ihr Arbeitgeber ist gesetzlich dazu verpflichtet, Ihnen im Krankheitsfall frei zu geben, damit Sie einen Arzt aufsuchen können.

Wie wählt man einen Arzt

Obwohl die meisten Patienten einen Arzt wählen, der in der Nähe ihres Hauses oder Arbeitsplatzes praktiziert, ist es sinnvoll, Freunde und Bekannte um Empfehlungen zu bitten, denn Persönlichkeit und Arbeitsweise der Ärzte können sehr unterschiedlich sein. Behalten Sie im Hinterkopf, dass Sie im deutschen System nicht an einen Arzt gebunden sind. Falls Sie unzufrieden sind, können Sie den Arzt jederzeit wechseln und auch dieselbe Erkrankung von einem anderen Arzt behandeln lassen, falls Sie die Behandlung des ersten Arztes als unzureichend empfinden.

Mit den meisten gesundheitlichen Problemen empfiehlt es sich, zunächst einen Allgemeinmediziner aufzusuchen und sich erst dann von einem Spezialisten behandeln zu lassen – falls Ihr Hausarzt dies für angezeigt hält. Sie bekommen dann eine Überweisung und in vielen Fällen auch Empfehlungen für entsprechende Spezialisten. Manche Ärzte behandeln ausschließlich Privatpatienten. Dies bedeutet, dass Sie als gesetzlich versicherter Patient auf ihre Dienste verzichten oder die gesamte Behandlung selbst bezahlen müssen.

Behandlung außerhalb der Sprechstunden

Für den Fall, dass Sie ärztliche Hilfe außerhalb der Sprechstunden benötigen, sollten Sie zunächst Ihren Hausarzt anrufen: manchmal erfahren Sie per Anrufbeantworter, wie er persönlich zu erreichen ist. Falls Sie ihn nicht erreichen, wenden Sie sich an den ärztlichen Notdienst. Die Nummer dieser Notdienste hängt von Ihrem Wohnort ab. Der Notdienst teilt Ihnen mit, wohin Sie sich wenden müssen oder sendet sogar einen Arzt zu Ihnen nach Hause. Wenn Ihr Notfall allerdings sehr ernst ist oder sogar lebensbedrohlich scheint, sollten Sie sofort die Polizei oder Feuerwehr anrufen.

Apotheken

Fast alle Medikamente, die Sie brauchen, erhalten Sie in Ihrer Apotheke. Auch nicht verschreibungspflichtige Medikamente sind zumeist nur in Apotheken zu finden. Vitamine und ähnliche Gesundheitsprodukte gibt es auch im Supermarkt oder in der Drogerie.

Als Versicherter der GKV werden die Kosten für Medikamente in aller Regel von der Kasse übernommen. Je nachdem, wie teuer das Medikament ist, müssen Sie allerdings einen Beitrag zwischen 5 Euro und 10 Euro zuzahlen. Für Kinder sind verschreibungspflichtige Medikamente kostenlos.

Falls Ihre Apotheke das gewünschte Medikament nicht vorrätig haben sollte, können Sie es normalerweise für den nächsten Tag bestellen; manchmal kann das Medikament auch noch am selben Tag beschafft werden. Generell haben Apotheken bis 18.30 Uhr geöffnet.

Sie können Rezepte auch außerhalb der Geschäftszeiten beim Apothekennotdienst einlösen. Die Apotheken wechseln sich beim Notdienst ab; ein Plan im Schaufenster sagt Ihnen, welche Apotheken wann eingeteilt sind.

Wenn Sie die Notdienst-Apotheke gefunden haben, benutzen Sie die Klingel und ein Apotheker oder Assistent wird Sie über einen schmalen Schalter in der Nähe der Tür bedienen (die Türen bleiben außerhalb der Öffnungszeiten normalerweise geschlossen). Das ist praktisch, wenn Sie leichte Beschwerden wie Kopfschmerzen, einen Kater oder einen verstimzten Magen haben. Sie können aber auch Rezepte einlösen, wenn Sie während des Tages keine Zeit dafür hatten (vorausgesetzt, dass die Apotheke das Medikament vorrätig hat). Gesetzliche Krankenversicherungen übernehmen in der Regel auch die Kosten für verschreibungspflichtige Generika, allerdings auch mit der erwähnten Zuzahlung.

Krankenhäuser

Sollten Sie ins Krankenhaus müssen, wird Ihr Arzt Ihnen ein Bett organisieren und Sie an den entsprechenden Spezialisten überweisen. Selbstverständlich gilt dies nicht, wenn Sie als Notfall ins Krankenhaus eingeliefert werden. Je nach Art Ihrer Krankenversicherung werden Sie in einem Zimmer mit einem oder bis zu vier Betten untergebracht.