Orientierung im Gesundheitssystem im Kontext Flucht und Migration



28. Oktober 2026

Kofinanziert von der Europäischen Union

Wer wir sind

ArrivalAid



HealthAid



Überblick

- Hürden beim Zugang zum Gesundheitssystem
- Der richtige Weg zur richtigen Unterstützung
- Fallbeispiele aus der Praxis

Welche Hürden gibt es beim Zugang zum Gesundheitssystem?

Typische Hürden im Überblick

Sprache

Krankenversic
herung

Termine und
Wartezeiten

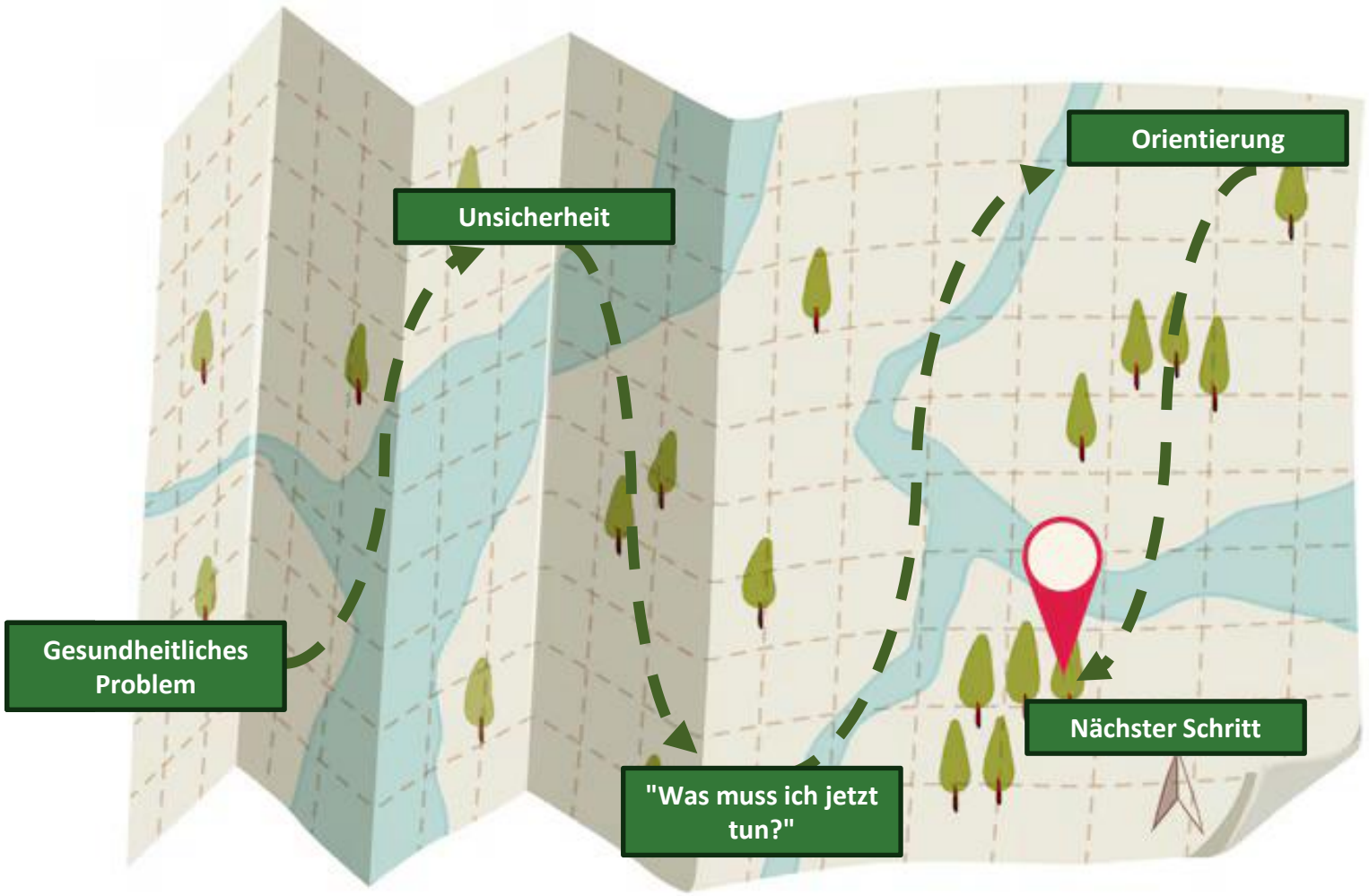


Orientierung

Bürokratie

Orientierung als Unterstützung

Nicht immer fehlt die Hilfe – manchmal fehlt der Überblick



Fehlende Krankenversicherung

1



Keine KV

2



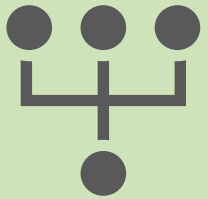
Warum?
Welcher Status?

3



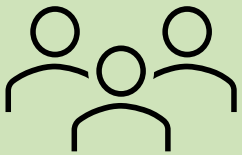
Akut, dringend oder geplant?

4



Nächster Schritt

Zuständige Behörde
112
Notaufnahme



Aufgabe:
Orientierung geben und den nächsten Schritt finden (z.B. zuständige Behörde)

Mögliche Leistungen ohne Krankenversicherung

- Wird vom zuständigen Sozialamt bzw. Landratsamt ausgestellt.
- Ermöglicht die medizinische Behandlung im bewilligten Umfang.
- Gültigkeit: abhängig vom Behandlungsschein und den Vorgaben des zuständigen Sozialamts; Ablaufdatum auf dem Dokument prüfen.



Wichtig: Vor der Behandlung klären, ob ein Behandlungsschein erforderlich ist und ob die geplante Leistung damit abgedeckt ist.

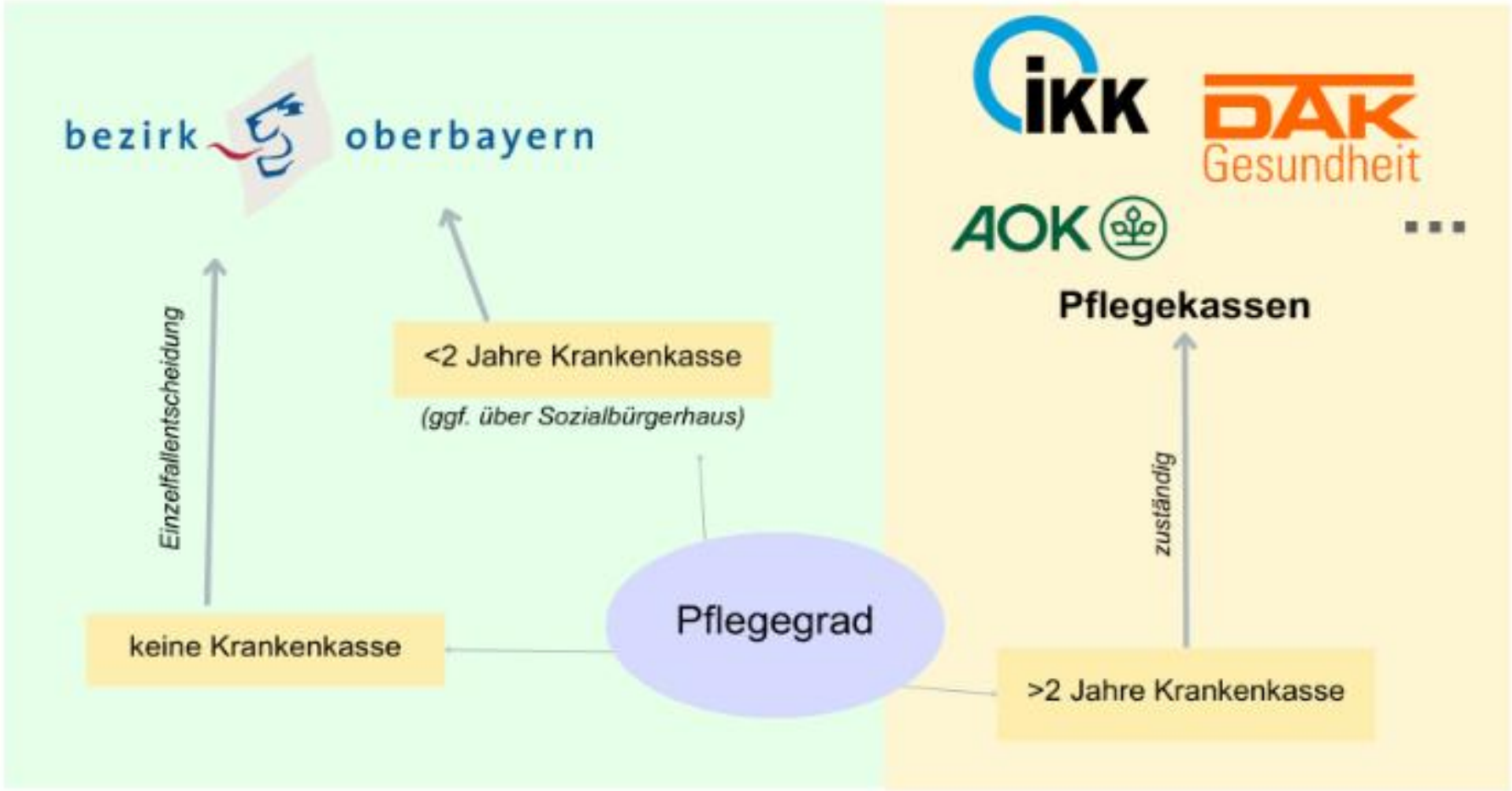
Schwerbehindertenausweis

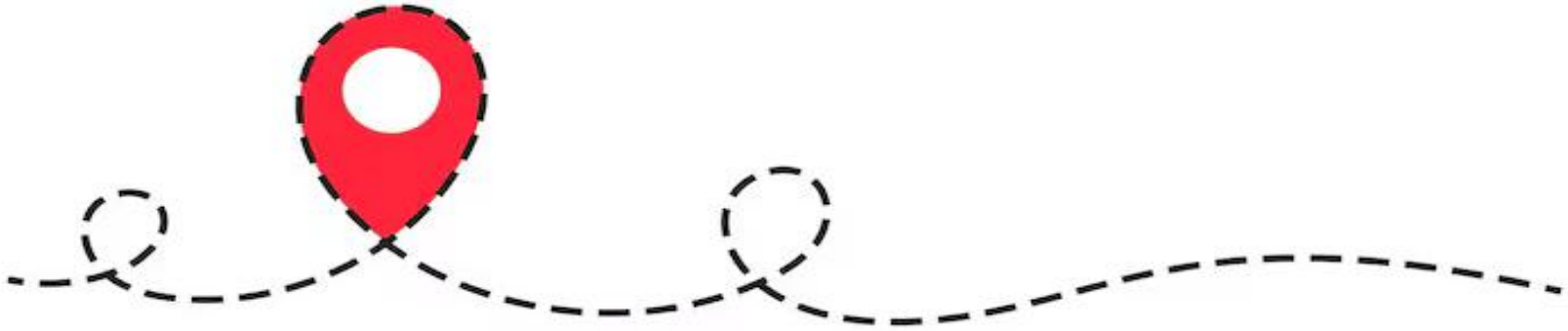


- Bekommt jede Person, die eine Behinderung hat
- Unabhängig von Nationalität oder Aufenthaltsstatus
- ABER: Immer nur solange gültig, wie das aktuelle Ausweisdokument
- Zuständig: ZBFS

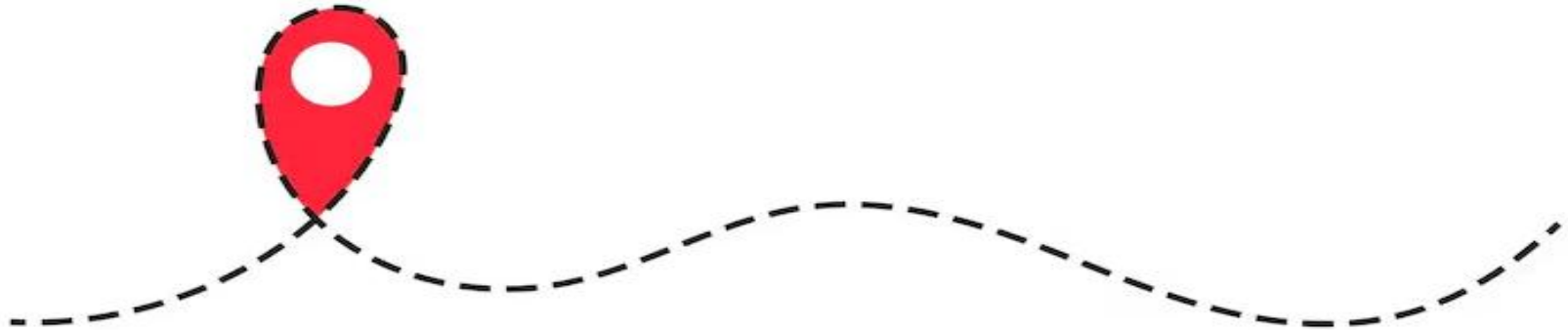


Antrag: Pflegegrad





Der richtige Weg zum richtigen Arzt



Muss man in Deutschland immer zuerst zum Hausarzt?

Ja?

Nein?

Es kommt darauf an?



Die Hausarztpraxis - eine wichtige erste Anlaufstelle

Behandlung und Beratung	**Vorsorge**
• Beschwerden einschätzen • behandeln • Medikamente verordnen • Arbeitsunfähigkeit feststellen	• Check-ups • Impfungen • Prävention
Untersuchungen • körperliche Untersuchung • Blutentnahme und Labor • je nach Praxis: z. B. EKG oder Sonografie	Weitervermittlung • Überweisung zum Facharzt • Einweisung ins Krankenhaus

Muss man immer zuerst zum Hausarzt?

Häufig sinnvoll:

- Beschwerden sind unklar
- Es gibt mehrere gesundheitliche Probleme
- Es ist unklar, welche Fachrichtung zuständig ist

Aber:

Ein direkter Facharztbesuch ist häufig ebenfalls möglich

Achtung:

Bei einem freiwilligen Hausarztvertrag können besondere Regelungen gelten

Hausarztzentrierte Versorgung (HZV)

Hausarzt als erste Anlaufstelle

- feste Ansprechperson
- Orientierung & Koordination
- kontinuierliche Betreuung

Aber:
HZV ≠ automatisches Case Management

- **Umsetzung hängt von der Praxis ab**

HZV kann Orientierung erleichtern – löst aber nicht alle Zugangsbarrieren

Wie komme ich zu einer Facharztpraxis?

Möglichkeit 1

Direkte Terminvereinbarung

↓

Facharztpraxis



Möglichkeit 2

Hausarztpraxis

↓

Überweisung

↓

Facharztpraxis

Möglichkeit 3

Dringlicher Behandlungsbedarf

↓

Vermittlungscode

↓

Terminservicestelle

Wenn ein Facharzttermin schwer zu bekommen ist



Überweisung & Einweisung

Was ist der Unterschied?



Krankenkasse bzw. Kostenträger: Novitas BKK 38

Name, Vorname des Versicherten

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum: 03.12.20

Überweisungsschein 06BF

Quartal: 4 | 20

Geschlecht

[X] Kurativ [ ] Präventiv [ ] Behandl. gemäß § 116b SGB V [ ] bei belegärztl. Behandlung

[ ] Unfall Unfallfolgen — Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

Überweisung an

[ ] Ausführung von Auftragsleistungen [ ] Konsiliar-untersuchung [X] Mit-/Weiter-behandlung — AU bis

[ ] eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 6/E (10.2019) PRF. NR. Y/9/1901/36/243



Überweisung = Facharzt / weitere Abklärung



Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten — geb. am

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Verordnung von Krankenhausbehandlung 2

(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)

[ ] Belegarzt-behandlung [ ] Notfall

[ ] Unfall, Unfallfolgen [ ] Versorgungs-leiden (BVG)

Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser

Diagnose

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Bitte die Rückseite beachten!

Muster 2a (10.2014)

Bitte dem Patienten gesondert mitgeben!

Untersuchungsergebnisse

Bisherige Maßnahmen (z. B. Medikation)

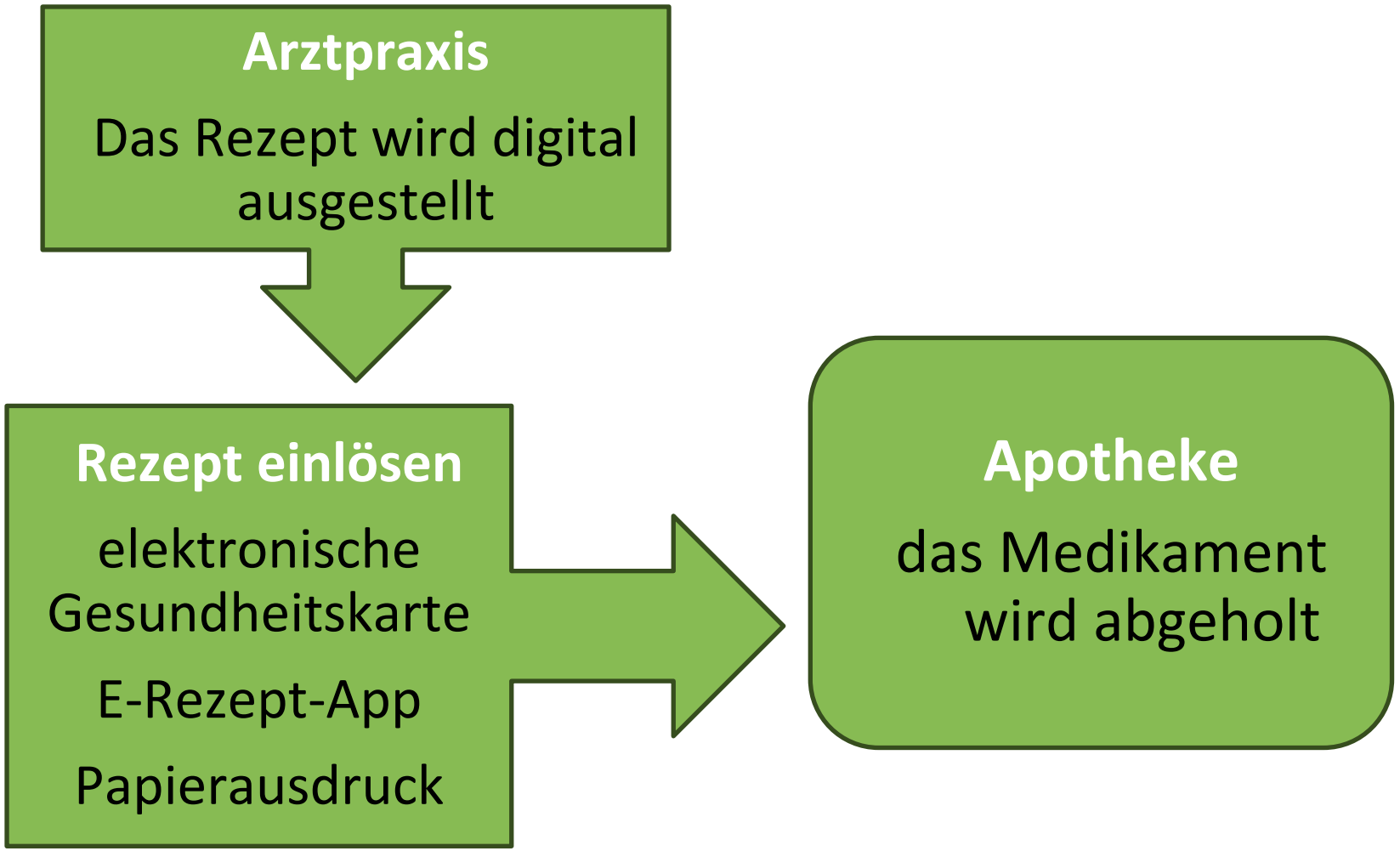
Mitgegebene Befunde

Ausfertigung für den Krankenhausarzt! Vertraulich!

Muster 2b (10.2014)

Einweisung = Krankenhaus / stationäre Behandlung

Das E-Rezept – wie funktioniert es?



Zuzahlungen – was sollte man wissen?

Bei bestimmten Leistungen können gesetzlich Versicherte Zuzahlungen leisten, z. B. für:

- Arzneimittel
- Krankenhausaufenthalte
- Heilmittel/ Hilfsmittel



Wichtig:

Es gibt eine individuelle Belastungsgrenze

Zuzahlungsbefreiung bei schwerwiegender chronischer Erkrankung



Allgemeine Belastungsgrenze:

2 % der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt

Unter bestimmten Voraussetzungen bei schwerwiegender chronischer Erkrankung: **1 %**

Wichtig:

Nicht jede chronische Erkrankung führt automatisch zur 1-%-Grenze

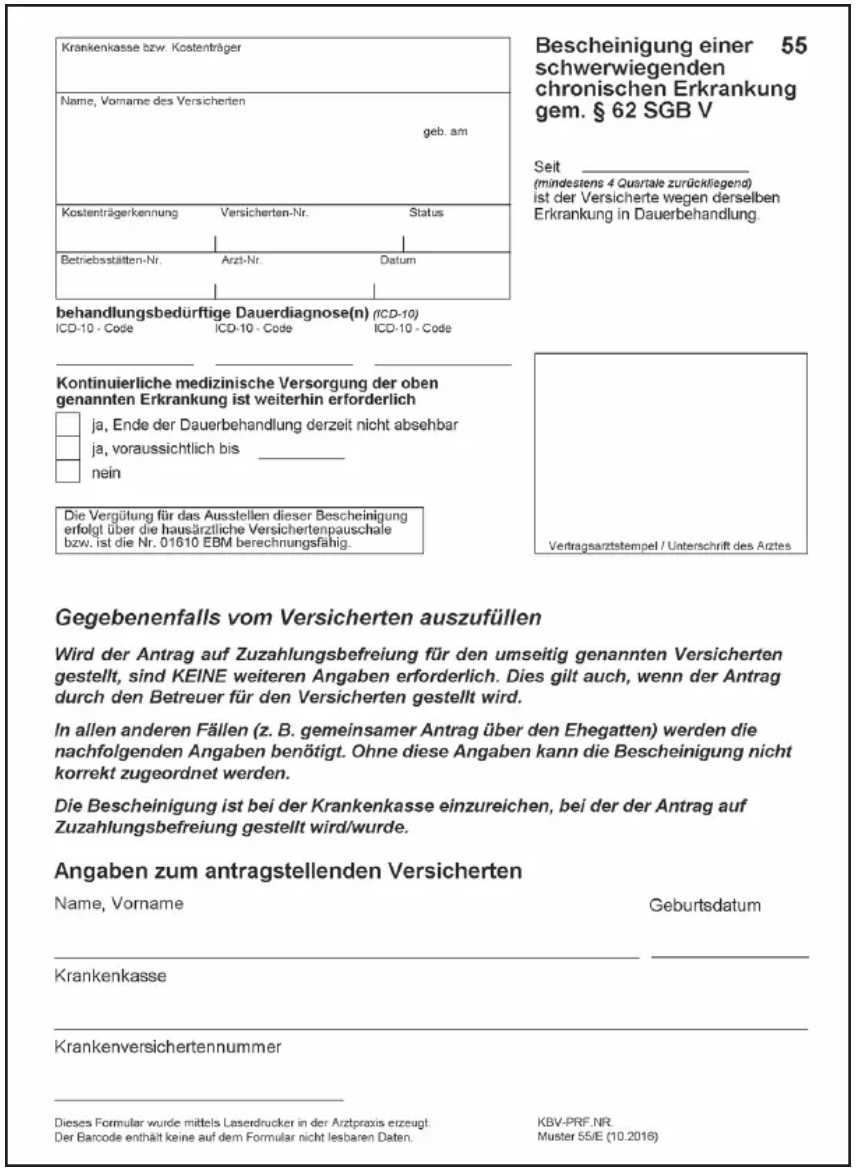
Was ist das Muster 55?

Ärztliche Bescheinigung

„Bescheinigung einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung gemäß § 62 SGB V“

Wichtig:

Die Bescheinigung kann für den Antrag auf eine Zuzahlungsbefreiung benötigt werden



Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Bescheinigung einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung gem. § 62 SGB V **55**

Seit _____
(mindestens 4 Quartale zurückliegend)
ist der Versicherte wegen derselben Erkrankung in Dauerbehandlung.

behandlungsbedürftige Dauerdiagnose(n) *(ICD-10)*
ICD-10 - Code | ICD-10 - Code | ICD-10 - Code

Kontinuierliche medizinische Versorgung der oben genannten Erkrankung ist weiterhin erforderlich

- ☐ ja, Ende der Dauerbehandlung derzeit nicht absehbar
- ☐ ja, voraussichtlich bis _____
- ☐ nein

Die Vergütung für das Ausstellen dieser Bescheinigung erfolgt über die hausärztliche Versichertenpauschale bzw. ist die Nr. 01610 EBM berechnungsfähig.

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Gegebenenfalls vom Versicherten auszufüllen

Wird der Antrag auf Zuzahlungsbefreiung für den umseitig genannten Versicherten gestellt, sind KEINE weiteren Angaben erforderlich. Dies gilt auch, wenn der Antrag durch den Betreuer für den Versicherten gestellt wird.

In allen anderen Fällen (z. B. gemeinsamer Antrag über den Ehegatten) werden die nachfolgenden Angaben benötigt. Ohne diese Angaben kann die Bescheinigung nicht korrekt zugeordnet werden.

Die Bescheinigung ist bei der Krankenkasse einzureichen, bei der der Antrag auf Zuzahlungsbefreiung gestellt wird/wurde.

Angaben zum antragstellenden Versicherten

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Krankenkasse _____

Krankenversichertennummer _____

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt.
Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

KBV-PRF.NR.
Muster 55/E (10.2016)

Orientierung geben heißt nicht, alle Antworten zu kennen

Wir können Menschen dabei unterstützen, den nächsten sinnvollen Schritt zu finden

✓ zuhören
✓ Informationen gemeinsam sortieren
✓ Orientierung geben
✓ auf Möglichkeiten hinweisen
✓ bei der Suche nach Anlaufstellen unterstützen
✓ gemeinsam den nächsten Schritt überlegen



Aber:

Wir müssen nicht alle Antworten selbst kennen

Fallbeispiele

Fallbeispiel 1 – „Was soll ich jetzt tun?“

Ahmed, 38 Jahre, lebt seit drei Jahren in Deutschland und hat vor kurzem den Arbeitsplatz gewechselt.

Seit zwei Tagen hat er starke Rückenschmerzen. Gleichzeitig hat er einen Brief von seiner Krankenkasse bekommen, den er nicht vollständig versteht.

Ahmed ist unsicher:

- Muss er zum Hausarzt oder direkt zum Facharzt?
- Ist er nach dem Arbeitsplatzwechsel noch versichert?
- An wen kann er sich wenden?

„Ich habe zwei Probleme und weiß nicht, womit ich anfangen soll.“

Frage:

Was wäre hier der nächste sinnvolle Schritt?

Fallbeispiel 2 – „Wer hilft mir bei der Pflege?“

Abukar, 59 Jahre, lebt in einem Landkreis in Oberbayern und ist nicht krankenversichert. Wegen gesundheitlicher Einschränkungen kann er sich nicht mehr selbstständig waschen, anziehen oder Essen zubereiten. Er hat wenig Geld und weiß nicht, wie er die notwendige Pflege finanzieren soll. Ein Pflegegrad wurde noch nicht festgestellt.

Er fragt: *„Ich brauche Hilfe bei der Pflege. Wer kann mir helfen?“*

Frage:

An welche Stelle können wir uns wenden?

Fallbeispiel 3 – „Ich bekomme keinen Termin“

Helena, 46 Jahre, spricht noch nicht sicher Deutsch.
Ihre Hausärztin hat ihr eine Überweisung zu einer Facharztpraxis gegeben.
Helena hat bereits bei fünf Praxen angerufen – ohne Erfolg.
Auf der Überweisung steht ein **Vermittlungscode**.
Sie fragt:

„Meine Ärztin sagt, ich soll zum Facharzt. Aber niemand gibt mir einen Termin. Können Sie für mich anrufen?“

Fragen:

Welche Möglichkeiten gibt es?

Und wobei können wir als Ehrenamtliche unterstützen?

Wo finde ich Rat?

Der Patientenservice 116117 Die Nummer mit den Elfen

Patienten-Navi: eigene Beschwerden einschätzen

Suche von Arztpraxen & Bereitschafsdiensten

www.116117.de/de
Telefon: 116 117

HealthAid

Bei Fragen zum Zugang zum Gesundheitssystem & medizinischen Fragen & psychosozialer Betreuung

healthaid@arrivalaid.org
https://arrivalaid.org/healthaid/

Für Notfälle: 112

HealthAid


Danke für eure
Aufmerksamkeit
HealthAid