



PROFIL

111



PB-PP|B-05595
BELGIE(N)-BELGIQUE

Erscheint dreimonatlich

Abs.: Freie Krankenkasse, Hauptstraße 2, 4760 Büllingen

des Lebens



Reportage

Wenn Nahrung krank macht: **Allergie oder Unverträglichkeit?**

Gesundheit



Schützen Sie Ihre Ohren!

Versicherung



Pflege im deutschen
Grenzraum

Versicherung



Eltern: Anrecht auf
bezahlten Urlaub

Osteopathie & Chiropraktik



Wir erstatten:

20 € pro Behandlung durch einen
diplomierten Osteopathen oder
Chiropraktiker

Insgesamt bis zu 8 Behandlungen pro Jahr



Freie
Krankenkasse

Zusätzliche Dienste

Vorwort

Pflege im deutschen Grenzraum

Liebe Leserin,
Lieber Leser,

vor gut zwei Jahren, zum 30. Juni 2017, endete das IZOM-Abkommen, das die Gesundheitspflege im belgisch-deutsch-niederländischen Grenzgebiet regelte. Dass es nicht bereits 6 Monate vorher endete, ist einer beherzten Aktion unserer Krankenkasse zu verdanken. Dies wäre eine Katastrophe gewesen, die verhindert werden musste. Im Laufe dieser Periode gelang es den Krankenkassen, beim Landesinstitut für Kranken- und Invalidenversicherung eine Menge von teils sehr kreativen Lösungsvorschlägen einzubringen, um die grenzüberschreitende Pflege für die Ostbelgier weiterhin zu akzeptablen Bedingungen zu ermöglichen. Diese Maßnahmen erhielten später den Namen "Ostbelgien-Regelung". Nicht all unsere Vorschläge konnten verwirklicht werden, jedoch ist es den Krankenkassen gemeinsam - und tatkräftig unterstützt von den Vertretern der Deutschsprachigen Gemeinschaft - gelungen, erstens besondere Übergangsregelungen zu schaffen, zweitens ein neues Regelwerk auf den Weg zu bringen und drittens beim Landesinstitut später sogar einige Ergänzungen zu den neuen Regelungen durchzusetzen.

Die vorliegende Ausgabe enthält eine Bestandsaufnahme der aktuellen Regelungen. Damit beabsichtigen wir keineswegs etwa, eine Werbung für Pflege jenseits der Grenze zu machen, denn schließlich betreiben wir auch keine Lobbyarbeit für die hiesigen Institutionen und Pflegeleistenden. Jedoch muss einmal deutlich gemacht werden, dass die grenzüberschreitende Pflege für Ostbelgier weiterhin sehr wohl möglich ist.

Es ist von größter Bedeutung, dass diese Möglichkeit für uns gewahrt bleibt. Im Inneren des Landes haben die Menschen zahlreiche Wahlmöglichkeiten, können bspw. je nach Wunsch und Bedarf unterschiedliche Universitätskliniken ansteuern. In den Brüsseler Arbeitsgruppen haben wir wiederholt einige Vertreter und Ärzte daran erinnern müssen, auch daran, dass die sprachliche Verständigung nicht nur manchmal, sondern immer und in jedem Fall ein wesentliches Element für eine erfolgreiche medizinische Behandlung ist.

Völlig zu Recht hatten die hiesigen Krankenhäuser und die ostbelgischen Fachärzte Kritik an der früheren Regelung geäußert, welche in finanzieller Hinsicht alle hiesigen Therapeuten benachteiligte.

Verschiedentlich werden auch heute noch Ideen in den Raum geworfen, wie man dem belgischen Patienten im Falle einer Behandlung in Deutschland im Nachhinein einen Eigenanteil berechnen könnte, vergleichbar mit demjenigen in Belgien. Dies ist jedoch nicht möglich, jedenfalls nicht solange die Systeme der Gebührenordnung, die Struktur der Leistungen sowie die Abrechnungs- und Erstattungsdetails so grundverschieden sind, wie wir sie heute kennen.

Hubert Heck,
Direktion der Freien Krankenkasse

Aus dem Inhalt

04 Zu Ihren Diensten

- *Blutkrebs: Erstattung einer neuen Immuntherapie*
- *Elternurlaub: Nun auch ein halber Tag pro Woche*
- *Ferienaktivität für Kinder und Jugendliche: Kostenerstattung*
- *Öffnungszeiten während der Urlaubszeit*

05 Gesundheit

- *Blut - Saft des Lebens*
- *Schützen Sie Ihre Ohren!*

08 Gesellschaft

- *Erwachsenwerden ist nicht immer einfach ...*

10 Reportage

- *Wenn Nahrung krank macht: Allergie oder Unverträglichkeit?*

14 Versicherung

- *Arbeitsunfähigkeit: Neuerungen beim Krankengeld*
- *Pflege im deutschen Grenzraum*
- *Eltern: Anrecht auf bezahlten Urlaub*

Impressum

Redaktion: Doris Curnel
Layout: Indigo
Fotos: www.stock.adobe.com, www.shutterstock.com
Druck: IPM Printing

Verantwortlicher Herausgeber:
Hubert Heck, Hauptstraße 2, 4760 Büllingen, Tel. 080 640 515

Unternehmensnummer: 0420.209.938

Mitglied der Herausgeber der periodischen Presse

Die Vervielfältigung bzw. Veröffentlichung dieser Ausgabe, selbst auszugsweise, gestattet das Urheberrecht nur, wenn sie mit dem Herausgeber vereinbart wurde.

Kontaktstellen

Büllingen: Hauptstraße 2 - Tel. 080 640 545
Bütgenbach: Marktplatz 11/E/2 - Tel. 080 643 241
Eupen: Vervierser Straße 6A - Tel. 087 598 660
Kelmis: Kirchstraße 6 - Tel. 087 558 169
Raeren: Hauptstraße 73A - Tel. 087 853 464
St. Vith: Schwarzer Weg 1 - Tel. 080 799 515
E-Mail: info@freie.be **Internet:** www.freie.be

> Blutkrebs: Erstattung einer neuen Immuntherapie

Seit dem 1. Juni 2019 wird eine neue Form der Immuntherapie erstattet, die zur Behandlung zweier Arten von Blutkrebs eingesetzt wird. Diese Kostenbeteiligung können zwei bestimmte Patientengruppen in Anspruch nehmen: Kinder und junge Erwachsene, die an einer akuten lymphoblastischen Leukämie erkrankt sind sowie Erwachsene mit einem aggressiven Lymphom. Dabei handelt es sich jeweils um Personen, bei denen sich andere Behandlungsformen nicht oder nur bedingt wirksam erweisen. Im ers-

ten Jahr sind rund 50 Patienten für die Erstattung dieser neuartigen Therapie berechtigt, im zweiten Jahr steigt die Anzahl auf 90 Personen.

Die so genannte CAR-T ist eine genetische Behandlungsform, bei der den Krebspatienten Zellen entnommen, genetisch verändert und wieder eingespritzt werden. Die Forschungen rund um die CAR-T Therapie sind in vollem Gange, sodass in Zukunft voraussichtlich viele weitere Patienten deren Nutzen beanspruchen können.

> Elternurlaub: Nun auch ein halber Tag pro Woche

Bis vor kurzem konnte der Elternurlaub (auch als Zeitkredit bezeichnet) in Belgien in drei unterschiedlichen Formen beantragt werden: in Vollzeit, zu 50 Prozent oder an einem Arbeitstag pro Woche. Seit dem 1. Juni 2019 haben Arbeitnehmer auch die Möglichkeit, ihren Elternurlaub in einer „Ein-Zehntel-Unterbrechung“ zu beantragen. Dank dieser Neuerung kann der Elternurlaub fortan an einem halben Arbeitstag pro Woche während 40 Monaten beansprucht werden, oder aber an einem ganzen Arbeitstag alle zwei Wochen. Diese 40 Monate können in 10-Monats-Perioden aufgeteilt oder auch mehrere Perioden hintereinander genommen werden. In jedem Fall ist je-

doch die Zustimmung des Arbeitgebers notwendig.

Zusätzlich zu dieser Maßnahme ist auch der Vollzeit- und halbzeitige Elternurlaub flexibler geworden. Der Vollzeit-Elternurlaub kann künftig in wöchentlichen Einheiten genommen werden. Dieser Zeitraum war vorher auf mindestens einen Monat festgelegt. Der halbzeitige Elternurlaub kann nun monatlich beansprucht werden, statt wie zuvor für mindestens zwei Monate.

Mehr zum Thema finden Sie in dieser Ausgabe auf den Seiten 21 bis 23 sowie im Internet unter www.freie.be > Was tun bei, ...? > Schwangerschaft und Geburt > Rechte der Eltern.

> Ferienaktivität für Kinder und Jugendliche: Kostenerstattung

Für die Teilnahme an organisierten Ferienaktivitäten, Ferienlagern oder an einer außerschulischen Betreuung während der Ferienzeit erhalten Sie eine Unterstützung durch unsere *Zusätzlichen Dienste*. Wir erstatten Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahre sowie ehrenamtlichen Animatoren bis 25 Jahre bis zu 100 € pro Jahr (maximal 5 € an 20 Tagen). Diese Erstattung gilt ausschließlich für Aktivitäten, die während der Schulferien stattfinden (Karneval, Ostern, Sommer, Allerheiligen, Weihnachten).

Das Formular zur Beantragung der Erstattung erhalten Sie in unseren Kontaktstellen oder Sie können es im Online Büro herunterladen unter www.freie.be > Online Büro > Dokumente > Sonstige Dokumente.



Öffnungszeiten während der Urlaubszeit

Auch in den Ferienmonaten stehen wir zu Ihrer Verfügung. Unsere drei Geschäftsstellen in Büllingen, Eupen und Sankt Vith bleiben wie üblich geöffnet, werden allerdings mit weniger Personal besetzt sein. Wir bitten Sie um Verständnis dafür, falls es daher zu etwas längeren Wartezeiten kommen sollte.

Unsere Lokalbüros in Bütgenbach, Kelmis und Raeren sind vorübergehend geschlossen:

- Bütgenbach vom 22. Juli bis zum 11. August 2019;
- Kelmis vom 5. bis zum 25. August 2019;
- Raeren vom 15. Juli bis zum 4. August 2019.

Falls Sie einen Aufenthalt im Ausland planen, beantragen Sie in Ihrer Kontaktstelle bitte rechtzeitig Ihre Europäische Krankenversicherungskarte oder, je nach Reiseziel, einen gleichwertigen Auslandschein. Diese Dokumente garantieren Ihnen die Erstattung dringend notwendiger Gesundheitspflege, entsprechend der Gesetzgebung des jeweiligen Landes. Sie können sie auch in unserem Online Büro anfordern unter online.freie.be.



Blut – Saft des Lebens

Blutspenden rettet Leben – dieser Leitsatz des Roten Kreuzes ist Programm. Bei komplizierten medizinischen Eingriffen oder bestimmten Erkrankungen kann eine externe Blutzufuhr über Leben oder Tod entscheiden. Für den Spender hingegen ist der Vorgang nur mit einem leichten Pikser und einem kleinen Zeitaufwand verbunden.

Das Blut ist einer der wichtigsten Bestandteile unseres Körpers, denn es versorgt jede Faser mit lebenswichtigen Stoffen. Seine Aufgaben sind jedoch noch deutlich vielseitiger: es führt Giftstoffe von den Organen weg, hilft bei der Abwehr von Krankheiten und reguliert die Körpertemperatur.

Ablauf einer Spende

In Belgien werden jährlich 500.000 Blutkonserven benötigt. Personen ab 18 Jahren, die mindestens 50 Kilogramm wiegen und bei guter Gesundheit sind, dürfen Blut spenden. Bei Menschen über 65 Jahre ist dies nur möglich, wenn die letzte Spende nicht länger als drei Jahre zurückliegt. Eine Blutspende kann bis zu vier Mal pro Jahr mit einem Abstand von drei Monaten durchgeführt werden.

Vor jeder Blutabnahme füllt der Spender einen medizinischen Fragebogen aus. Darin wird unter anderem nach der Einnahme von Medikamenten, erhaltener medizinischer Pflege oder früheren Erkrankungen gefragt. Das anschließende Gespräch mit dem Arzt hilft zusätzlich, weitere Risiken für den Spender und den späteren Empfänger zu verhindern. Nach einer kurzen körperlichen Untersuchung erfolgt schließlich die Blutabnahme. Je nach Statur und Verfassung werden zwischen 400 und 470 ml Blut entnommen. Ein kleiner Teil davon wird für Laboruntersuchungen verwendet, welche mögliche Gefahren (z.B. Krankheiten) für den späteren Empfänger endgültig ausschließen.

Eine Blutspende ist normalerweise nicht mit Risiken verbunden, da diese durch die ärztliche Beratung weitestgehend ausgeschlossen werden. Während oder nach der Spende können allerdings kurzzeitig leichte Beschwerden auftreten wie Schwindel, Unwohlsein oder kleine Hautveränderungen an der Einstichstelle. Diese lassen aber rasch wieder nach.

Unterschiedliche Formen

Neben dem Verfahren der Vollblutentnahme gibt es auch Plasmaspenden oder das Entnehmen von Blutplättchen. Das Plasma ist der flüssige Teil des Blutes, der zu 90 Prozent aus Wasser besteht. Darin befinden sich für den Körper wichtige Proteine. Diese werden zur Behandlung von Blutgerinnungsstörungen, Immunerkrankungen oder massiven Blutungen benötigt – sei es in ihrer ursprünglichen Form als Transfusion oder in Medikamenten verarbeitet. Eine Plasmaspende kann im Gegensatz zur Blutspende alle zwei Wochen vorgenommen werden. Dazu wird dem Spender Blut entnommen, aus dem anhand einer speziellen Maschine das

Plasma herausgefiltert wird. Die restlichen Bestandteile des Blutes (Plättchen sowie rote und weiße Blutkörperchen) werden dem Körper wieder zurückgeführt. Die gesamte Spende (inklusive Vorgespräch) dauert durchschnittlich zwischen 60 und 75 Minuten. Da für diese Prozedur eine bestimmte technische Ausrüstung benötigt wird, erfolgt die Spende nur in ausgewiesenen Zentren und auf Vereinbarung.

Blutplättchen werden im Knochenmark gebildet und spielen eine wichtige Rolle bei der Blutgerinnung. Sie werden häufig eingesetzt nach Transplantationen sowie bei Krebs oder aggressiven Blutkrankheiten. Auch für diese Form der Blutentnahme gilt ein Zeitabstand von zwei Wochen. Eine Spende dauert etwa zwei Stunden und wird ausschließlich auf Termin in spezialisierten Zentren vorgenommen.

Möchten auch Sie Spender werden, so informieren Sie sich über die nächsten Spendertermine in Ihrer Nähe unter www.rotetekreuz.be (Termine in Ostbelgien) oder www.donneurdesang.be (andere Termine, aber Webseite ausschließlich auf Französisch und Niederländisch). ■





Schützen Sie Ihre Ohren!

Das Gehör ist einer der wichtigsten unserer Sinne und ermöglicht es, Geräusche wahrzunehmen, mit anderen Menschen zu kommunizieren und uns in unserer Umwelt zurechtzufinden. Neben Erkrankungen und Unfällen kann auch eine zu hohe Lärmbelastung das Hörvermögen beeinträchtigen und ernsthafte Schäden hervorrufen.

Das menschliche Ohr setzt sich aus drei Teilen zusammen: dem Außen-, dem Mittel- und dem Innenohr. Der äußere Teil besteht aus dem Gehörgang, welcher die Schallwellen aufnimmt. Er führt bis zum Trommelfell und wird durch die Ohrmuschel geschützt. Der mittlere Bereich beginnt hinter dem Trommelfell und leitet die Schallwellen in das tiefere Ohr. Dort befindet sich die Gehörschnecke mit ihren Haarzellen, welche durch den Schall stimuliert werden und den Reiz an den Hörnerv weiterleiten. Diese Impulse werden schließlich vom Gehirn in Klangwahrnehmungen umgewandelt. Der Schalldruck auf die Haarzellen steigt mit der Lautstärke eines Geräuschs. Ein normaler Pegel – bis zu 50-60 dB, was einer einfachen Unterhaltung entspricht – schadet den Haarzellen nicht. Sind sie jedoch einer höheren Belastung ausgesetzt, kann dies unangenehme Folgen haben. Viele Menschen gewöhnen sich nach einer gewissen Zeit an den Lärm in ihrem Umfeld und bemerken ihn kaum mehr. Diese Anpassungsfähigkeit zahlen die Betroffenen häufig mit ihrer Gesundheit.

Akuter oder dauerhafter Schaden?

Das Ohr ist ein sehr empfindliches Organ. Anhaltender Lärm kann deshalb zu spürbaren Beeinträchtigungen oder irrepara-

blen Schäden führen. Doch nicht nur die Dauer des Lärms belastet den Hörsinn, auch kurzzeitige, sehr laute Geräusche (z.B. ein Knall oder ein lautes Konzert) haben oft negative Auswirkungen. In diesem Fall spricht man von einer akuten Schädigung. Der plötzliche Lärm drückt die Haarzellen in der Gehörschnecke zusammen und lässt sie verkleben. Als Folge davon tritt eine Hörminderung ein. Gönnst man seinen Ohren anschließend eine angemessene Ruhepause, so erholen sich die Zellen nach kurzer Zeit wieder vollständig. Anzeichen für eine vorübergehende Schädigung können ein Rauschen im Ohr, Ohrgeräusche (Tinnitus) oder ein Hörsturz sein.

Seltener führt eine einmalige Lärmbelastung zu einer dauerhaften Beeinträchtigung. Diese tritt vor allem ein bei einer ständigen Beschallung mit mehr als 85 dB oder durch einen extrem lauten Impuls von mindestens 135 dB. Derartige Extrembelastungen stören die Durchblutung im Innenohr oder sorgen dafür, dass die Haarzellen ausfallen bzw. abbrechen und die akustischen Signale nicht mehr vollständig an das Gehirn gesendet werden können. Solche langfristigen Schädigungen machen sich oft nur schleichend bemerkbar. Wer mit anhaltenden Ohrgeräuschen zu kämpfen hat, besonders leise oder laute Signale schlecht bzw. verzerrt hört oder akustische Probleme mit dem Sprachverständnis hat, sollte dringend

einen Hals-Nasen-Ohren-Arzt aufsuchen. Auch Schwierigkeiten, in einer lauten Umgebung einem Gespräch zu folgen, deuten auf einen erheblichen Hörschaden hin. Die Haarzellen in der Gehörschnecke erneuern sich nicht. Sind sie einmal stark beschädigt, so kann die Störung nicht mehr rückgängig gemacht werden.

Körperliche und seelische Folgen

Ein gutes Gehör trägt zum allgemeinen Wohlbefinden bei. Es hilft bei der Orientierung, bei der Vermeidung von Gefahren und unterstützt die sozialen Kontakte im Alltag. Wer nicht gut hört, fühlt sich schnell



ausgegrenzt. Die Schwierigkeit, andere Menschen zu verstehen und Konversationen zu folgen, ist eine große psychische Belastung und führt häufig zur Isolation. Auch das Unfallrisiko steigt merklich an, wenn die Ohren nicht mehr richtig funktionieren: z.B. werden herannahende Fahrzeuge von Personen mit einer Hörschädigung erst viel später wahrgenommen, wenn sie sich nicht in ihrem Blickfeld befinden. Unter Umständen sind die Betroffenen sogar im Hinblick auf ihre Berufswahl eingeschränkt. Wer seine Ohren übermäßig strapaziert, muss zudem mit psychischen Folgen rechnen. Der ständige Reizeinfluss macht es dem Körper schwer, sich zu erholen. Es drohen Schlafstörungen, Gereiztheit oder gar Depressionen. Auch Schwindel, Tinnitus oder ein Hörsturz können die seelischen Auswirkungen anhaltenden Lärms sein.

Den Lärm reduzieren

Es ist nicht immer möglich, der Lärmbelastung zu entkommen – sei es im Berufsalltag oder in der Freizeit. Denken Sie bei anhaltenden oder lauten Geräuschen also stets daran, sich zu schützen. Mit folgenden Tipps können Sie Ihren Ohren Gutes tun.

Reduzieren Sie die Lautstärke: Beim Fernsehen oder Musikhören sollten Sie die Geräte nicht zu laut einstellen. Besonders gilt dies, wenn Sie dabei Kopfhörer benutzen.



Genießen Sie die Ruhe: Sehen Sie Zeiten vor, in denen Sie sich und speziell Ihren Ohren Ruhe gönnen. Das Radio oder der Fernseher müssen nicht immer im Hintergrund laufen.

Bevorzugen Sie leise Elektrogeräte: Viele Haushaltsgeräte machen während des Gebrauchs Geräusche – sei es die Elektroheizung, der Geschirrspüler oder der Staubsauger. Achten Sie schon beim Kauf auf eine möglichst geringe Lautstärke.

Meiden Sie die Häufung von Geräuschen: Mehrere Geräuschquellen, die gleichzeitig aktiv sind, stressen unsere Ohren und steigern den Lärmpegel unnötig.

Halten Sie Abstand: Entfernen Sie sich von der Lärmquelle, falls es möglich ist. Je größer der Abstand ist, desto geringer die Belastung für Ihre Ohren.

Schützen Sie Ihre Ohren: Um dauerhafte Hörschäden zu vermeiden, sollten Sie bei starkem Lärm, z.B. durch laute Maschinen oder bei Konzerten, unbedingt einen geeigneten Hörschutz vorsehen. Dieser reicht, je nach Situation, von schalldämpfenden Kopfhörern bis hin zu Ohrstöpseln, die in Apotheken oder Drogerien erhältlich sind. Bei plötzlichem Lärm hilft es auch, sich die Ohren mit den Händen zuzuhalten. ■

Was ist Lärm?

Wissenschaftlich gesehen handelt es sich bei einem Ton um eine Welle, die sich mit einer Geschwindigkeit von etwa 330 Metern pro Sekunde in der Luft bewegt, deutlich langsamer also als das Licht. Dank des Gehörsinns und der sehr komplexen Funktionsweise des Ohrs nehmen wir die Töne und Geräusche wahr. Die Lautstärke eines Geräuschs wird in Dezibel (dB) ausgedrückt, auf einer Skala von 0 (unterste Grenze der Hörbarkeit) bis 120 (Schmerzgrenze des menschlichen Ohrs). Es gibt allerdings noch viel lautere Töne, die in unserem Umfeld jedoch nur relativ selten auftreten.

Lärmquellen und Ihr Geräuschpegel:

Flüstern	20 dB
normale Unterhaltung	60 dB
Staubsauger aus 1 m Entfernung	70 dB
verkehrsreiche Straße aus 5 m Entfernung	80 dB
Dieselmotor aus 10 m Entfernung	90 dB
Diskotheke (1 m vom Lautsprecher)	100 dB
Donnerschlag	110-120 dB
Düsenflugzeug aus 30 m Entfernung	140 dB
Sturmgewehr	170 dB



Erwachsenwerden ist nicht immer einfach ...



Die Pubertät ist eine Zeit des Wechsels – eine Brücke zwischen der Kindheit und dem Erwachsensein. Der Körper befindet sich im Wandel, hormonell stellt sich der Organismus neu ein und auch diverse Veränderungen im Gehirn bringen das Leben der Jugendlichen völlig durcheinander. Dass es dabei zu Reibereien mit dem Umfeld kommt, ist nur natürlich.

Kaum ein Lebensabschnitt ist so ereignisreich und aufregend wie die Pubertät. Ab einem gewissen Zeitpunkt möchten Jugendliche ihre Kindheit so schnell wie möglich hinter sich lassen und als Erwachsener angesehen werden. Nicht selten endet dieser Wunsch in einem Wechselbad der Gefühle. Nach und nach lernen die Teenager, Verantwortung zu übernehmen, erleben ihre erste Liebe – und mitunter auch den ersten Liebeskummer.

Um ihren Platz in der Gesellschaft zu finden, sind Jugendliche oft sehr experimentierfreudig. Mit rebellischem Verhalten und gewagten Stylings ziehen sie nicht selten den Unmut ihrer Eltern auf sich. Diese müssen sich erst einmal an die neue Situation gewöhnen und lernen, ihr Kind loszulassen – was nicht gerade einfach ist.

Pubertät setzt immer früher ein

Die Pubertät, also der Übergang vom Kind zum Erwachsenen, dauert in der Regel etwa drei bis vier Jahre. In dieser Zeit entwickelt sich unter anderem auch die Fortpflanzungsfähigkeit. Die ersten Merkmale dieser Verwandlung treten dabei immer früher auf. Noch vor rund 150 Jahren setzte die Menstruation bei den Mädchen zwischen dem 15. und dem 17. Lebensjahr ein. Heute sind sie bei ihrer ersten Monatsblutung durchschnittlich gerade mal 12 Jahre alt. Erste Anzeichen der Pubertät, wie z.B. das Sprießen der Schambehaarung und die Entwicklung der Brüste, zeigen sich manchmal schon im Alter von neun Jahren. Auch der Körper der Jungs bereitet sich immer früher auf die Geschlechtsreife vor. Bei ihnen machen sich erste Veränderungen durchschnittlich mit zehn Jahren bemerkbar.

Ein eindeutiger Auslöser für die stets früher einsetzende Pubertät konnte bislang nicht gefunden werden. Experten glauben jedoch, dass es an den verbesserten



Lebensumständen liegen könnte. Missstände wie Hunger, eine mangelhafte medizinische Versorgung und eine schlechte hygienische Situation beschäftigten den Organismus unserer Vorfahren so sehr, dass die Entwicklung der Geschlechtsreife nebensächlich wurde.

Jedoch gibt es auch weitere Faktoren, die eine frühe Pubertät möglicherweise begünstigen, nämlich der allgemein beschleunigte Lebensstil mit viel Stress, Hektik und psychischem Druck sowie Umweltgifte und chemische Stoffe. Damit sind z.B. bestimmte Weichmacher gemeint, die östrogen-ähnliche Bestandteile enthalten und den Körper frühzeitig zum Einsatz der Pubertät drängen.

Körperliche Veränderung

Vor einigen Jahren haben Fachleute herausgefunden, dass das frühe Einsetzen der Pubertät unter anderem an den veränderten Ernährungsgewohnheiten liegen könnte. Offenbar spielt dabei das Hormon Leptin eine bedeutende Rolle. Dieser Stoff, der in den Fettzellen des Körpers entsteht, meldet dem Gehirn, über wieviele Fettreserven der Körper verfügt. Da übergewichtige Mädchen oft früher in die Pubertät kommen als dünne Altersgenossinnen, geht man davon aus, dass der Organismus merkt, wenn genügend Reserven für eine mögliche Schwangerschaft vorhanden

sind und dann die Pubertät einsetzt. Bei Jungen ist es deutlich schwieriger, ähnliche Studien durchzuführen, da die ersten Anzeichen der Pubertät meist unbemerkt auftreten.

Auch das Gehirn macht während dieser Zeit eine grundlegende Veränderung durch. Zu Beginn der Pubertät, und auch schon kurz vorher, bilden sich zahlreiche neue Nervenverbindungen (Synapsen). Im Anschluss daran werden nicht mehr benötigte Verbindungen einfach aufgelöst. Pro Sekunde verschwinden im Gehirn bis zu 30.000 dieser Synapsen. Während der Pubertät ist das Gehirn also eine riesige Baustelle und wird auf diese Weise nach und nach umprogrammiert. Als erstes sind dabei die Bereiche an der Reihe, die für Wahrnehmung und Bewegung zuständig sind. Es folgen die Hirnareale, in denen die Sprache sowie die zeitliche und räumliche Orientierung gesteuert werden. Als letztes erreichen die Umbauarbeiten im Gehirn die Bereiche des Verhaltens und der Emotionen.

Sich neu finden

Bedenkt man, dass sich der Körper äußerlich und innerlich auf allen Ebenen im Umbruch befindet, ist das rebellische und oft irrationale Verhalten der Jugendlichen nicht weiter verwunderlich. Nicht nur für ihr Umfeld ist das Betragen der Heranwachsenden verwirrend – häufig verstehen sie sich nicht einmal selbst.

Vielen Jugendlichen fällt es schwer, sich mit den körperlichen Veränderungen anzufreunden – wo ihnen doch gerade jetzt das Aussehen besonders wichtig ist. Schnell fettende Haare und Pickel stören dabei sehr. Besonders früh Pubertierenden bereitet der äußerliche Wechsel viele Probleme. Sind die Mitschüler noch nicht so weit entwickelt, hagelt es nämlich oft Spott.

Die veränderte Körperwahrnehmung ist sicherlich nicht ganz unschuldig an den typischen Stimmungsschwankungen in der Pubertät. Aber auch die Neustrukturierung

des Gehirns und Schwankungen im Hormonhaushalt sorgen für rasch wechselnde Emotionen.

Der richtige Umgang

Nicht nur für die Heranwachsenden ist die Pubertät eine schwierige Zeit, sehr oft sind auch die Eltern verzweifelt. Alles was sie sagen, ist „doof“ oder „peinlich“ und wird mit Wutanfällen oder im Gegenteil mit völliger Ignoranz zur Kenntnis genommen. An ein harmonisches Familienleben ist nicht zu denken. Die Eltern kommen einfach nicht mehr an ihr Kind ran – je mehr Vorschriften sie machen, desto angespannter wird die Situation. Schmerzlich ist auch die Erkenntnis, dass der Nachwuchs allmählich flügge wird und die Zeit des Loslassens gekommen ist.

Die Jugendlichen entdecken ihre Welt neu, sind erlebnishungrig und abenteuerlustig. Neugewonnene Freiheiten werden bis aufs Letzte ausgereizt und die Grenzen getestet. Dennoch können Eltern einiges tun, um den Familienfrieden zumindest teilweise zu erhalten, selbst wenn sich der ein oder andere Machtkampf nicht vermeiden lässt.

Pubertierende Jugendliche treten häufig mürrisch und raubeinig auf. In ihrem Innersten sehnen aber auch sie sich nach Geborgenheit und Anerkennung. Eltern sollten ihre Kinder also möglichst häufig loben und ihnen ihre Wertschätzung zeigen.

Auf eine Bevormundung durch ihre Eltern reagieren die meisten Teenager geradezu allergisch. Selbstverständlich sollten diese nicht alle Ideen ihrer Sprösslinge befürworten, aber jeder Jugendliche benötigt gewisse Freiheiten. Im Zweifel ist ein sachliches Gespräch anzuraten, in dem die Eltern ihre Sorgen offen ausdrücken. Auf diese Weise fühlen sich die Jugendlichen eher ernst genommen als durch Vorwürfe oder strikte Verbote. Hilfreich sind in diesem Sinne auch feste Regeln und Rituale, die von Eltern und Teenagern gemeinsam erstellt bzw. besprochen werden. ■





Wenn Nahrung krank macht: Allergie oder Unverträglichkeit?

Nüsse, Milch, Obst, Getreide – immer mehr Menschen fühlen sich nach dem Genuss von eigentlich gesunden Lebensmitteln gar nicht gut. Ursache sind diverse Allergien und Nahrungsmittelunverträglichkeiten, bei denen der Körper auf bestimmte Stoffe in den Lebensmitteln reagiert. Oft ist es jedoch nicht leicht, den Auslöser von Verdauungsbeschwerden, Kopfschmerzen oder Hautausschlag zu finden.

Die gesundheitlichen Beschwerden nach dem Verzehr von Lebensmitteln können sehr unterschiedlich sein. Je nach Reaktion, die im Körper stattfindet, unterscheidet man zwischen einer Allergie und einer Unverträglichkeit. Doch nicht immer sind die Krankheitszeichen nach dem Essen auf eine dieser beiden Ursachen zurückzuführen. Verdorbene oder von Bakterien befallene Lebensmittel können eine Vergiftung hervorrufen (z.B. Fisch- oder Pilzvergiftung, Salmonellenbefall, ...). Die Symptome machen sich in der Regel einige Stunden nach dem Verzehr bemerkbar: Fieber, Bauchschmerzen, Durchfall und Erbrechen. In diesem Fall sind die Beschwerden jedoch nicht dauerhaft, sondern treten einmalig auf.

Lebensmittelallergie

Bei einer Allergie geht das Immunsystem in eine Abwehrposition und produziert Immunglobulin-E-Antikörper (IgE), die den vermeintlich bösen Stoff im Essen angreifen. Somit bekämpft der Körper die harmlosen Bestandteile von Lebensmitteln wie schlimme Krankheitserreger. Reine Nahrungsmittelallergien treten nur selten auf. Meist handelt es sich um Kreuzreaktionen bei bestimmten Pollenallergien (Birke, Beifuß, ...).

Im Prinzip können alle Lebensmittel eine Allergie auslösen, bei manchen ist dies aber besonders häufig der Fall. Das gilt vor allem für Eier, Milchprodukte, Nüsse, Fisch und Meeresfrüchte. Wer überempfindlich auf Pollen reagiert, dem kann der Verzehr von Äpfeln, Paprika, Haselnüssen, Möhren,



Kiwi usw. schlecht bekommen. Die in diesen Nahrungsmitteln enthaltenen Eiweißstoffe ähneln denen der Blütenpollen und werden vom Körper als gefährlich eingestuft. Meist zeigt sich die Reaktion unmittelbar nach dem Kontakt mit dem Allergen, seltener treten die Beschwerden erst Stunden nach dem Verzehr auf. Langjährigen Beobachtungen zufolge hat auch das Alter Einfluss auf die Überempfindlichkeit bestimmten Lebensmitteln gegenüber. Kinder reagieren stärker auf Kuhmilch, Soja und Hühnereier, ab dem Jugendalter lösen hingegen vor allem Obst, rohes Gemüse, Nüsse und Gewürze Allergien aus.

Die Symptome einer Lebensmittelallergie sind sehr unterschiedlich und können fast den ganzen Organismus betreffen. Besonders häufig entstehen auf der Haut Rötungen, Schwellungen, Juckreiz oder Bläschen. Husten- und Niesanfälle sowie Atemnot weisen ebenfalls auf eine mögliche Allergie hin. Durch den Kontakt mit dem Mund schwellen in manchen Fällen Lippen, Gaumen oder Zunge an und beginnen zu jucken. Nicht zuletzt ist bei vielen Lebensmittelallergikern auch die Verdauung betroffen: Bauchschmerzen, Blähungen, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall oder Verstopfung sind Zeichen der körperlichen Rebellion. Bei Allergie können starke Beschwerden sogar zu einer lebensbedrohlichen Situation führen, dem anaphylaktischen Schock mit Atem- und Kreislaufstillstand.



Die Diagnose einer Lebensmittelallergie ist aufwändiger als bei anderen Allergieförmern. Ein Hauttest (Prick-Test) ist oft nicht zuverlässig, sodass weiterführende Blutuntersuchungen notwendig werden. Die wichtigste Maßnahme in der Behandlung der Nahrungsmittelallergie ist das Weglassen der Allergene. Dies gelingt aber nicht immer, denn vor allem in industriell verarbeiteten Produkten verstecken sich oft unerwartete Inhaltsstoffe. Allergiker sollten daher stets die Zutatenliste und eventuelle Warnhinweise auf der Verpackung lesen (z.B. „kann Spuren von ... enthalten“).

Allergien gleich welcher Art können medikamentös behandelt werden. Dabei ist die vorbeugende Einnahme der Mittel oder die Linderung bestehender Symptome möglich. Welches Medikament sich im jeweiligen Fall am besten eignet, entscheidet der behandelnde Arzt. Tritt die Reaktion auf bestimmte Nahrungsmittel in Verbindung mit einer Pollenallergie auf (Kreuzallergie), empfiehlt sich außerdem eine Hyposensibilisierung. Dabei wird der Körper über einen längeren Zeitraum mit dem Allergen konfrontiert (z.B. durch Tropfen). Das Immunsystem gewöhnt sich an den Stoff und bekämpft ihn nicht weiter – die Allergie wird somit geheilt.

Eine Form der Hyposensibilisierung ist die spezifische Immuntherapie. Unsere Krankenkasse erstattet diese Behandlung für Personen mit Allergien gegen Milben, Gräser- und Birkenpollen. Die Kostenbeteiligung beläuft sich auf 75 Prozent der Impfstoffkosten. Wir erstatten bis zu 375 € pro Jahr während drei aufeinanderfolgenden Behandlungsjahren – insgesamt also 1.125 €.

Intoleranz

Kann keine Allergie festgestellt werden, so ist das Unwohlsein nach dem Essen möglicherweise auf eine Unverträglichkeit bestimmter Inhaltsstoffe zurückzuführen. Die meisten Betroffenen reagieren überempfindlich auf Milchzucker (Laktose), Fruchtzucker (Fruktose), Gluten oder Histamin.

Auch hier treten die unterschiedlichsten Symptome auf und sind von denen einer

Allergie erst einmal kaum zu unterscheiden. Sie betreffen den gesamten Körper und reichen von Juckreiz, Rötungen und Nesselsucht bis hin zu Schwellungen, Magen-Darm-Beschwerden, Kopfschmerzen, Schnupfen und Atemschwierigkeiten. Äußerliche Faktoren wie Alkoholkonsum, Stress, Regelblutung oder Medikamente können eine Verstärkung der Beschwerden verursachen.

Im Gegensatz zur Allergie jedoch ist bei einer Intoleranz die Ursache nicht bei einem überempfindlichen Immunsystem zu suchen. Bei einer Unverträglichkeit ist der Körper ganz einfach nicht in der Lage, bestimmte Bestandteile der Nahrung zu verarbeiten. Nur in wenigen Fällen besteht die Nahrungsmittelunverträglichkeit bereits ab der Geburt. Bei den meisten Betroffenen tritt sie erst im Laufe des Lebens auf. Als Auslöser unterscheidet man zwischen:

- einem Enzymmangel oder –defekt
- einer pharmakologischen Reaktion (Reaktion auf bestimmte Substanzen)
- einer Pseudoallergie (scheinbar allergische Symptome ohne eigentliche Allergie)
- einer Histamin-Intoleranz

Eine Nahrungsmittelunverträglichkeit wird meist durch das Ausschlussverfahren diagnostiziert. Lassen sich keine anderen körperlichen Ursachen für die Beschwerden festmachen, so ist von einer Intoleranz auszugehen. Eine ausführliche Analyse ist zu diesem Zweck ebenso unerlässlich wie verschiedene medizinische Untersuchungen. Hilfreich ist auch ein so genanntes Symptom-Tagebuch, in das der Betroffene einträgt, was er zu sich nimmt und in welchem Maße die Beschwerden auftreten.

Laktose-Intoleranz

Bei Menschen mit einer Laktose-Intoleranz ist der Körper nicht imstande, Milchzucker (Laktose) zu verdauen. Normalerweise wird dieser im Dünndarm durch das Enzym Laktase aufgespaltet. Es kommt aber vor, dass der Organismus zu wenig oder keine Laktase bildet und der Milchzucker nicht bzw. nicht ausreichend verdaut werden kann. Wer also nach dem Verzehr von Milch und Milchprodukten regelmä-

haut. Infolgedessen wird das Immunsystem aktiv und kämpft gegen das Gluten an. Die Schleimhaut des Dünndarms entzündet sich und ihre Zellen sterben ab.

Die Symptome einer Gluten-Unverträglichkeit sind vielseitig und reichen über Verdauungsprobleme, Übelkeit und Erbrechen bis hin zu Müdigkeit, Stimmungsschwankungen, Appetitlosigkeit oder Muskelschmerzen.

Tritt die Erkrankung schon in jungen Jahren auf, besteht die Gefahr von Mangelerscheinungen, Blutarmut und Entwicklungsstörungen.

Die einzig mögliche Behandlung der Zöliakie besteht in einer Ernährungsumstellung. Betroffene müssen Getreideprodukte, also glutenhaltige Nahrungsmittel, ihr Leben lang meiden. Als Getreideersatz eignen sich Hirse, Mais, Reis und Soja. Kommt der Körper nicht mehr mit Gluten in Berührung, erholt sich die Darmschleimhaut. Sobald aber erneut glutenhaltige Nahrung aufgenommen wird, treten die Symptome wieder auf.

Seit 2005 ist die Kennzeichnung glutenhaltiger Fertigprodukte in der Europäischen Union Pflicht. Auch bieten mittlerweile die meisten Supermärkte eine große Auswahl an glutenfreien Alternativen an. Für den Einkauf dieser Nahrungsmittel sieht die gesetzliche Krankenversicherung eine monatliche Erstattung in Höhe von 38 € vor. Diese muss durch den behandelnden Arzt beim Vertrauensarzt unserer Krankenkasse beantragt werden.

Ausführliche Infos: www.freie.be > Gut versichert > Chronische Krankheiten > Zöliakie

Histamin-Intoleranz

Histamin ist ein Botenstoff, den der Körper selbst bildet und der im Körper zahlreiche Aufgaben übernimmt, unter anderem in Verbindung mit Entzündungsreaktionen. Die Substanz wird in einigen Körperzellen gespeichert und in bestimmten Situationen wieder freigesetzt. So löst es z.B. bei Allergikern die unangenehmen Beschwerden nach dem Kontakt mit Allergenen aus. Manche Nahrungsmittel oder Medikamente enthalten so genannte Histaminfreisetzer, die diesen Prozess im Organismus ebenfalls in Gang setzen können.



In Lebensmitteln, die aufgrund der enthaltenen Bakterien lange lagern, reifen oder gären (z.B. Wein, Käse, Bier, Räucherschinken, ...), steckt zudem ein hoher Anteil an natürlichem Histamin, das manchen Menschen Probleme bereitet.

Normalerweise wird das Histamin aus der Nahrung durch zwei Enzyme abgebaut (DAO bzw. Diaminoxidase und HNMT bzw. Histamin-N-Methyltransferase). Letzteres kümmert sich vorwiegend um die Histamin-Verarbeitung aus dem Körpergewebe. Bei Menschen mit einer Histamin-Intoleranz liegt hingegen meist eine Störung des DAO-Enzyms vor. Entweder produziert der Organismus zu geringe Mengen davon oder das Enzym weist nur eine eingeschränkte Aktivität vor. Nehmen die

Betroffenen histaminreiche Nahrung zu sich oder Lebensmittel, die die Histaminproduktion fördern, reagiert der Körper mit unterschiedlichen Beschwerden auf diesen Botenstoff. Wie auch bei anderen Unverträglichkeiten äußert sich das möglicherweise am gesamten Körper, vorwiegend aber durch Verdauungsstörungen, Hautauffälligkeiten oder allergieähnlichen Symptomen.

Eine Ernährungsumstellung auf histaminarme Kost lässt die Symptome rasch wieder verschwinden. Muss die Diät unterbrochen werden, z.B. auf Reisen, so helfen bestimmte Medikamente, die Krankheitszeichen zu unterdrücken. Die Einnahme von DAO-Tabletten beugt den unangenehmen Folgen der Histamin-Intoleranz vor, muss jedoch direkt vor jeder Mahlzeit erfolgen. ■

Ernährungsberatung

Eine Ernährungsumstellung ist bei Nahrungsmittelallergien oder -unverträglichkeiten meist unerlässlich. Unsere Krankenkasse erstattet die Leistungen anerkannter Ernährungsberater:

- Nach Abschluss eines vollständigen Behandlungsplans (sieben Beratungen) erhalten Sie eine Erstattung in Höhe von 130 € (40 € für die erste Sitzung und je 15 € für die sechs folgenden Beratungen).
- Für Einzelsitzungen beläuft sich die Erstattung auf 20 € für die erste Sitzung und auf je 10 € für jede weitere Beratung.

Eine Liste mit den von uns anerkannten Ernährungsberatern finden Sie unter www.freie.be > Ratgeber Gesundheit > Pflegeleistenden finden

Arbeitsunfähigkeit: Neuerungen beim Krankengeld

Aufgrund eines Unfalls oder einer Krankheit können manche Menschen ihren Beruf zeitweise nicht ausüben. In solchen Fällen zahlt die Krankenkasse ein Ersatzinkommen – das so genannte Krankengeld. Seit Mai 2019 gibt es einige Neuerungen in diesem Bereich.

Unter bestimmten Voraussetzungen haben Berufstätige und Arbeitslose Anrecht auf ein Krankengeld seitens der Krankenkasse. Normalerweise muss man bereits zwölf Monate aktiv im Berufsleben sein, um Anrecht auf Krankengeld zu haben. Diese Wartezeit variiert jedoch je nach Berufsstatut.

Krankengeld für Arbeitnehmer

Arbeitnehmer erhalten während ihres ersten Krankheitsmonats ein „garantiertes Einkommen“. Der Arbeitgeber ist zu einer Lohnfortzahlung verpflichtet. Für Angestellte wird das vollständige Gehalt während der ersten 30 Tage gezahlt. Arbeiter erhalten in den ersten sieben Tagen ihren vollständigen Lohn und vom 8. bis zum 14. Tag 85,88 % des Gehalts. Zwischen dem 15. und dem 30. Tag zahlt der Arbeitgeber noch einen Zusatz zum Krankengeld der Krankenkasse.

Arbeiter erhalten also ab dem 15. Tag ihrer Arbeitsunfähigkeit Krankengeld von der Krankenkasse, während Angestellte dieses ab dem 31. Tag erhalten. Dies gilt immer nur unter der Voraussetzung, dass die Krankheit dem Vertrauensarzt rechtzeitig gemeldet wurde.

Zahlung des Krankengeldes

Sind Sie nach der Zeit der Lohnfortzahlung weiterhin arbeitsunfähig, so zahlt die Krankenkasse das Krankengeld, das normalerweise 60 % Ihres Bruttolohns beträgt (begrenzt, siehe unten). Für alle Personen, auch für diejenigen, die im 5-Tage-Weekend-System arbeiten, wird die Berechnung im System einer 6-Tage-Weekend vorgenommen. In der Regel geht man von 26 gezahlten Tagen pro Monat aus. In den ersten sechs Monaten beträgt der maximale Tagessatz 85,52 €.

Ab dem siebten Monat der Arbeitsunfähigkeit zahlt die Krankenkasse in der Regel weiterhin 60 % des Bruttolohns. Die Höhe des Tagessatzes kann jedoch durch die Regelmäßigkeit der bisherigen Arbeit oder durch die Haushaltszusammensetzung beeinflusst werden.

Mehr zum Thema Kranken- und Invalidengeld für Arbeitnehmer finden Sie unter www.freie.be > Gut versichert > Krankengeld für Arbeitnehmer

Krankengeld für Selbstständige

Bis vor Kurzem hatten Selbstständige erst ab einer Krankheitsperiode von mindestens 14 Tagen Anrecht auf Krankengeld.

Zudem wurde es erst ab dem 15. Tag gezahlt, d.h. arbeitsunfähige Selbstständige erhielten während der ersten beiden Krankheitswochen kein Ersatzinkommen seitens der Krankenkasse.

Diese Regelung wurde zum 1. Juli 2019 angepasst: Fortan erhält ein Selbstständiger bereits ab einer Arbeitsunfähigkeit von acht Tagen Krankengeld – und dies rückwirkend ab dem ersten Tag seiner Krankheitsperiode – vorausgesetzt, die Krankheit wurde dem Vertrauensarzt rechtzeitig gemeldet. Zudem gibt es eine weitere Neuerung für Selbstständige: Die Krankmeldung darf nicht mehr rückwirkend ausgestellt werden, d.h. wenn Sie bereits seit Sonntag krank sind, aber erst einen Arzttermin am Dienstag erhalten, wird Ihre Arbeitsunfähigkeitsperiode erst ab Dienstag berechnet, also dem Tag, an dem der Arzt Ihre Krankmeldung datiert und unterschrieben hat.

Zahlung des Krankengeldes

Die Auszahlung wird in Form einer Tagespauschale im System der 6-Tage-Weekend vorgenommen. In der Regel geht man von 26 gezahlten Tagen pro Monat aus.

Die Höhe der Tagespauschale ist nicht abhängig vom Einkommen, sondern von der Familiensituation. Die Beträge wer-

den dem Index angepasst, aktuell erhalten Sie je nach Situation folgende Tagespauschale:

- 60,86 €, wenn Sie mitversicherte Personen haben;
- 48,71 €, wenn Sie alleinstehend sind;
- 37,35 €, wenn Sie mit einer Person zusammenleben, die ein eigenes Einkommen bezieht.

Mehr zum Thema Kranken- und Invalidengeld für Selbstständige finden Sie unter www.freie.be > Gut versichert > Krankengeld für Selbstständige

Krankengeld für Arbeitslose

Arbeitslose erhalten keine Lohnfortzahlung, daher zahlt die Krankenkasse schon ab dem ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit ein Krankengeld – vorausgesetzt, die Krankheit wurde dem Vertrauensarzt rechtzeitig gemeldet.

Zahlung des Krankengeldes

Das Krankengeld wird in Tagessätzen berechnet, im System der 6-Tage-Woche. Die Arbeitslosenkasse teilt der Krankenkasse den Lohnverlust mit, auf dessen Basis das Arbeitslosengeld berechnet wurde und informiert über die Höhe des bisherigen Arbeitslosengeldes. Besteht noch eine Wartezeit für den Erhalt des Arbeitslosengeldes, so wird für diese Periode auch kein Krankengeld gezahlt. In den ersten sechs Monaten entspricht der Betrag des Krankengeldes entweder 60 % des Lohnverlustes oder dem Tagessatz des Arbeitslosengeldes. Die Krankenkasse ist verpflichtet, die beiden Berechnungen vorzunehmen und den niedrigeren Satz anzuwenden. Ab dem siebten Monat werden für erkrankte Arbeitslose generell 60 % des Lohnverlustes ausgezahlt.

Mehr zum Thema Kranken- und Invalidengeld für Arbeitslose finden Sie unter www.freie.be > Gut versichert > Krankengeld für Arbeitslose

Krankengeld im Pensionsalter

Personen über 65 Jahre, die weiterhin berufstätig sind, haben seit Kurzem Anrecht auf Krankengeld, wenn sie ihre Alterspension noch nicht beanspruchen. Die Peri-

ode einer Arbeitsunfähigkeit ab diesem Alter ist auf sechs Monate begrenzt. Nach Wiederaufnahme der Arbeit kann die Periode erneut beansprucht werden, wenn mindestens 14 Tage vergangen sind.

Arbeitnehmer

Diese Neuerung ist für Arbeitnehmer zum 1. Mai 2019 in Kraft getreten und gilt unter folgenden Voraussetzungen:

- Sie sind weiterhin an einen Arbeitsvertrag gebunden;
- Sie erhalten noch keine Alterspension;
- Sie erfüllen weiterhin die Versicherungsbedingungen.

Selbstständige

Für Selbstständige ist die neue Regelung zum 1. Juni 2019 in Kraft getreten. Sie müssen folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Sie erhalten noch keine Alterspension;
- Sie bleiben dem Statut der Selbstständigen unterworfen;
- Sie zahlen weiterhin die Sozialversicherungsbeiträge;
- Sie erfüllen weiterhin die Versicherungsbedingungen.

Krankengeld für freiwillige Feuerwehrleute, Sanitäter und Zivilschutz-Freiwillige

Zum 1. Juli 2019 hat sich die Berechnung des Krankengeldes für freiwillige Feuerwehrleute, Sanitäter und Mitarbeiter des Zivilschutzes geändert. Bei einem Einkommen von mehr als 1.100,49 € pro Trimester haben diese Anrecht auf ein Krankengeld während ihres Arbeitsausfalls.

Berechnung auf Kommissionsbasis

Wenn die Entlohnung für freiwillige Feuerwehrleute, Sanitäter sowie Mitarbeiter des Zivilschutzes den Betrag von 1.100,49 € pro Trimester übersteigt, werden hierfür soziale Abgaben getätigt. Somit haben diese Personen Anrecht auf ein zusätzliches Krankengeld seitens der Krankenkasse. Dies gilt ab dem ersten Tag der Krankheit und wird ebenfalls zu 60 % berechnet im System einer 6-Tage-Woche ausgezahlt.



Krankmeldung: Abgabefristen und Verlängerung

Die vom Arzt ausgefüllte Krankmeldung müssen Sie uns sofort per Post zusenden. Denn das Datum des Poststempels gilt als Meldedatum. Je nach Berufsstand ist die Abgabefrist unterschiedlich:

Arbeitslose	Arbeiter	Angestellte	Selbstständige
3 Tage	14 Tage	28 Tage	7 Tage

Falls Ihre Krankheitsperiode verlängert wird, müssen Sie uns das Verlängerungsattest innerhalb von 48 Stunden zusenden, unabhängig von Ihrem Berufsstatut. Das Gleiche gilt bei einem Rückfall, d.h. wenn Sie die Arbeit wiederaufgenommen haben, jedoch innerhalb von 14 Tagen wieder krank werden.

Einen Vordruck für die Krankmeldung haben Sie normalerweise mit Ihrem Mitgliedsbuch erhalten, können diesen aber auch in allen unseren Geschäftsstellen erhalten oder im Online Büro ausdrucken. Wichtig: Falls Sie die Abgabefrist nicht einhalten, so wird der Tagessatz Ihres Krankengeldes um 10 % verringert. Dies gilt ab dem Anfangsdatum Ihrer Krankmeldung bis einschließlich dem Versandtag des Attestes.

Mehr dazu unter www.freie.be > Was tun bei...? > Arbeitsunfähigkeit > Abgabefrist der Krankmeldung



Pflege im deutschen Grenzraum

Vor gut zwei Jahren, zum 30. Juni 2017, hat das Ende des damaligen IZOM-Abkommens, das die Gesundheitspflege im belgisch-deutsch-niederländischen Grenzgebiet regelte, große Sorge hervorgerufen. Die Regelungen wurden verändert und später ergänzt, jedoch bleibt es für die Ostbelgier weiterhin gut möglich, sich im grenznahen deutschen Raum behandeln zu lassen. Hier eine Bestandsaufnahme.

Die Basisregelung: Pflege in der Europäischen Union

Unabhängig davon, ob man in einer Grenzregion lebt oder nicht, ist es aufgrund des Freizügigkeitsprinzips für alle Bürger der Europäischen Union möglich, ambulante oder stationäre Leistungen in einem anderen Land der Union in Anspruch zu nehmen und anschließend eine Erstattung ihrer Kosten seitens ihrer Krankenkasse zu erhalten. Im Prinzip besteht das Anrecht auf Erstattung in gleicher Höhe, wie es in der Regelung des Wohnlandes vorgesehen ist.

Ambulante Pflege in der EU: Belgien dürfte mehr!

Die Richtlinie der Europäischen Union soll die Rechte der Patienten stärken und den Zugang zur Pflege jenseits der nationalen Grenzen erleichtern. Sie sieht vor, dass der Bürger im Prinzip keine Erlaubnis mehr beantragen muss, wenn er sich ambulant im Ausland behandeln lassen möchte.

Bei der Umsetzung dieser Richtlinie in belgisches Recht hat das belgische Landesinstitut für Krankenversicherung verfügt, dass für eine ambulante Behandlung im Ausland keine Vorab-Genehmigung bei der Krankenkasse beantragt werden **kann**, wogegen die Richtlinie der EU lediglich besagt, dass keine Genehmigung beantragt werden **muss**. Seitdem gibt es für die hiesigen Patienten nicht mehr die Möglichkeit, einen S2-Schein für die Kostenübernahme einer **ambulanten** Behandlung im EU-Ausland zu erhalten, auch dann nicht, wenn die Behandlung durch einen belgischen Facharzt ausdrücklich verordnet wird. Die EU-Richtlinie würde jedoch den belgischen Staat keineswegs daran hindern, in seiner Gesetzgebung eine oder mehrere ergänzende Regelungen vorzusehen, solange diese die EU-Rechte nicht beschneiden, sondern darüber hinausgehen und zum Vorteil der Bürger sind.

Grundsätzlich gibt es derzeit für ambulante Pflegeleistungen nicht die Möglichkeit,

im Voraus eine Genehmigung des Vertrauensarztes zu beantragen (Ausnahme: siehe OBR Seite 18). Es wird also in Belgien normalerweise für ambulante Pflege kein S2-Schein mehr ausgestellt (womit



die Tarifsicherheit gewährleistet wäre), sondern diese Kosten muss der Patient vorstrecken und sie werden ihm im Nachhinein auf Basis der in Belgien geltenden Gebührenordnung erstattet. Dabei wird stets der niedrige Erstattungssatz angewandt, der in Belgien für nicht konventionierte Pflegeleistende gilt, außerdem werden eventuelle Honorarzuschläge, wie bspw. die Erhöhungskoeffizienten der deutschen Fachärzte, nicht berücksichtigt, so dass oft beträchtliche Kosten zu Lasten des Patienten bleiben.

Auch Vor- und Nachuntersuchungen im Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt sowie Behandlungen in einer Tagesklinik gelten als ambulante Behandlungen und werden dementsprechend auf Basis der in Belgien geltenden Gebührenordnung erstattet.

Zudem wird nicht jegliche ambulante Leistung erstattet: Es gibt Untersuchungen, für die es auch in Belgien gewisse Auflagen gibt, so bspw. Tomographien, bildgebende Verfahren in der Nuklearmedizin oder Herzkatheterisierung. Damit solche im Ausland erbrachten Leistungen erstattet werden können, müssen diese im belgischen Erstattungskatalog vorgesehen sein und werden nur erstattet – so lauten die belgischen Vorschriften – wenn sie nicht



innerhalb eines akzeptablen Zeitraums in Belgien durchgeführt werden können.

Krankenhausaufenthalt in der EU

Unter bestimmten Voraussetzungen und mit vorheriger Genehmigung des Vertrauensarztes kann ein im Voraus geplanter Krankenhausaufenthalt in einem anderen Land der EU erstattet werden.

Zur Genehmigung des Aufenthalts benötigt unser Vertrauensarzt eine schriftliche Anfrage des Versicherten mit dem Bericht eines Facharztes, der die Behandlung im Ausland verordnet hat.

Stimmt der Vertrauensarzt der Behandlung zu, so erhält der Patient von unserer Krankenkasse einen S2-Schein, den er bei der ausländischen Krankenkasse oder der Krankenhausverwaltung einreichen muss. Die Erstattung der Leistungen erfolgt nach dem System der ausländischen Krankenversicherung. Vorsicht ist allerdings geboten in Privateinrichtungen, dort fallen möglicherweise hohe Eigenbeteiligungen an, die weder von der ausländischen noch von der belgischen Krankenversicherung übernommen werden.

Besondere Regelung bei Entbindung im Ausland

Alle Einwohnerinnen der EU, des Europäischen Wirtschaftsraums und der Schweiz haben bei der Entbindung in einem dieser Länder Anrecht auf eine Kostenerstattung.

Diese erfolgt nach den Bestimmungen des Entbindungslandes. Um sie in Anspruch nehmen zu können, muss die Schwangere bei ihrer Krankenkasse einen Schein „S2 Entbindung“ beantragen. Eine Genehmigung des Aufenthalts durch den Vertrauensarzt ist in diesem Fall nicht notwendig. Wer in einem anderen Land beschäftigt ist, als er wohnt, muss die Bescheinigung bei der Krankenkasse des Beschäftigungslandes anfragen.

Auf dem Schein ist eine Gültigkeitsdauer vermerkt. Für die Festlegung dieser Dauer gelten dieselben gesetzlichen Bestimmungen, die für die Zahlung der Geldleistungen für die Mutterschaftsruhe zur Anwendung kommen. Ist die Schwangere nicht selbst als Hauptversicherte eingetragen, sondern bei einer anderen Person mitversichert, so hat sie kein Anrecht auf Geldleistungen für Mutterschaftsruhe. In diesem Fall kann der S2-Schein für eine Gültigkeitsperiode von maximal vier Monaten ausgestellt werden, den Zeitraum des Aufenthalts im Ausland kann die Schwangere jedoch frei wählen.

Im Rahmen der EU-Regelung werden sämtliche Pflegekosten in Bezug auf die Entbindung einer Schwangeren berücksichtigt, die sich für die Geburt in das Land ihrer Wahl begibt. Vorsorgeuntersuchungen bei einem ausländischen Gynäkologen, insofern diese außerhalb des oben beschriebenen Zeitraumes des S2-Scheines fallen, werden nicht erstattet. Hierfür gelten dann die allgemein üblichen Erstattungsregeln des Wohnlandes.





Die Vorteile dank der Ostbelgien-Regelung

Dank der Ostbelgien-Regelung, kurz OBR, haben die Einwohner der deutschsprachigen Gemeinden (Amel, Büllingen, Burg Reuland, Bütgenbach, Eupen, Kelmis, Lontzen, Raeren, Sankt Vith) sowie der angrenzenden Gemeinden (Weismes und Malmedy sowie Baelen, Bleyberg und Welkenraedt) die Möglichkeit, sich zu günstigeren Bedingungen im grenznahen deutschen Raum (Aachen, Bitburg-Prüm und Daun) fachärztlich behandeln zu lassen.

Ausnahme: Grenzgänger, also Personen, die in diesem Gebiet leben, jedoch im Ausland beschäftigt sind, können diese Regelung nicht in Anspruch nehmen, da für sie die Krankenversicherung ihres Beschäftigungslandes zuständig ist. Für in Deutschland berufstätige Grenzgänger (mit Wohnsitz in Belgien) besteht natürlich ohne weiteres die Möglichkeit, sich in Deutschland behandeln zu lassen, jedoch können bspw. in Luxemburg berufstätige Grenzgänger nicht die Ostbelgien-Regelung beanspruchen.

Wichtig zu wissen ist, dass im Rahmen der Ostbelgien-Regelung ausschließlich Leistungen erstattet werden, die von der belgischen gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehen sind.

Es gibt zwei verschiedene Möglichkeiten der Kostenübernahme:

- entweder zahlt der Patient die Kosten, reicht die Rechnung mit dem Zahlungsbeleg bei der belgischen Krankenkasse ein und erhält im Rahmen der OBR eine vorteilhaftere Erstattung, im Vergleich zu der oben beschriebenen Regelung die in Belgien landesweit gilt;
- oder – unter bestimmten OBR-Voraussetzungen – die belgische Krankenkasse händigt einen S2-Schein aus für die deutsche Krankenkasse, welche die Kosten übernimmt.

Direkt zum Facharzt (ambulant)

Ohne weiteres kann jeder Ostbelgier zu einer Konsultation oder einer ambulanten Behandlung bei einem deutschen Facharzt, ohne hierfür eine Genehmigung beantragen zu müssen. Der Patient zahlt das Arzthonorar und reicht die Rechnung bei uns ein. Weil die deutschen Fachärzte dabei meist einen Erhöhungskoeffizienten anwenden, konnten die Krankenkassen im Rahmen der OBR erreichen, dass die ostbelgischen Patienten als Rückerstattung immer 75 % des fachärztlichen Honorars erhalten. Dies gilt für Rechnungen bis 200 €. Sind auf der Rechnung andere Kosten vermerkt, wie Produkte oder homöopathische Behandlungen oder Osteopathie, so werden diese ausgeschlossen, da sie auch in Belgien nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet werden.

Wenn das Honorar den Betrag von 200 € übersteigt, so gilt nicht mehr die 75%-Regelung, sondern in dem Falle wird für jede Einzelleistung die Kostenbeteiligung errechnet, die bei einer Behandlung in Belgien angewandt würde.

Arzneimittel oder andere Hilfsmittel, die in Deutschland gekauft werden, muss der Patient selbst zahlen, anschließend kann er in Belgien die Rückerstattung erhalten, die er bei einem Ankauf des gleichen Produktes in Belgien erhalten würde. Für Medikamente gilt: Das gekaufte Medikament muss in Belgien exakt in der gleichen Form (Zusammensetzung, Dosierung, Darreichungsform) zugelassen sein, um erstattet zu werden. Anderenfalls bleiben die Kosten zu Lasten des Patienten.

Selbstverständlich ist es auch möglich, ein vom deutschen Facharzt verordnetes Medikament in einer belgischen Apotheke einzulösen und anschließend den Beleg der Apotheke zur Erstattung bei der Krankenkasse einzureichen.

Genehmigungspflichtige Medikamente: Für die Erstattung bestimmter Medikamente ist die Genehmigung des Vertrauensarztes erforderlich. In einigen Fällen



kann diese ausschließlich über ein geschlossenes belgisches Registrierungssystem beantragt werden. Dann ist es ratsam, den Antrag durch den Hausarzt einreichen zu lassen.

Antrag auf einen OBR-S2-Schein (ambulant oder stationär)

Für eine ganze Reihe von Behandlungen kann der ostbelgische Versicherte einen S2-Schein von der belgischen Krankenkasse zwecks Behandlung im grenznahen deutschen Raum erhalten. Auf Basis dieses Scheins kann die deutsche Krankenkasse die Kosten nach der dort geltenden Gebührenordnung übernehmen und später von der belgischen Krankenkasse zurück-erhalten. Dieses System hat den Vorteil für den Patienten, dass der Facharzt nach deutschem System abrechnet und normalerweise keine Zuschläge zu Lasten des Patienten bleiben.

Ein S2-Schein kann sowohl für eine ambulante Behandlung als auch für einen Krankenhausaufenthalt ausgestellt werden.

Für ambulante Behandlungen im deutschen Grenzraum kann der Patient im Vorfeld einen S2-Schein bei uns beantragen in folgenden Fällen:



- fachärztliche psychiatrische oder kinderpsychiatrische Behandlung;
- Behandlung beim Facharzt, falls diese von einem belgischen Facharzt verordnet wurde (außer Kinderfachärzte);
- Behandlung bei einem Kinderfacharzt (bis 14 Jahre), falls diese von einem ostbelgischen Kinderfacharzt mit Praxis in einer der eingangs genannten Gemeinden verordnet wurde;
- Bestimmte bildgebende Verfahren, die von einem deutschen Arzt verordnet wurden.

Bei einem Krankenhausaufenthalt im deutschen Grenzraum kann der Patient einen S2-Schein beantragen in folgenden Fällen:

- als Fortsetzung einer ambulanten Pflege bei einem deutschen Facharzt, für den wir bereits einen S2-Schein ausgestellt haben (s. oben);
- bei Überweisung eines Facharztes aus dem belgischen Einzugsgebiet, die bei uns eingereicht werden muss;
- aufgrund des schriftlichen Antrags eines deutschen Facharztes an uns, als Fortsetzung einer ambulanten Pflege. D.h. wenn der Patient den deutschen Facharzt aufgesucht hat und er hierfür das Honorar gezahlt hat (75%-Regelung), der Facharzt daraufhin die Einweisung ins Krankenhaus verordnet.

Ergänzende Regelung für bestimmte Krankheiten

Nach dem Wegfall des IZOM standen die Krankenkassen weiterhin in Verhandlungen mit dem Landesinstitut für Kranken- und Invalidenversicherung (LIKIV), um zu erreichen, dass für verschiedene Behandlungen, die im Rahmen der Ostbelgienregelung schwer lösbar waren, eine alternative Lösung gefunden wurde.

Zum 1. Januar 2018 konnten die Krankenkassen erreichen, dass die bereits bestehende LIKIV-Liste für anerkannte Rehabilitationsmaßnahmen um andere Bereiche erweitert wurde. Dies betrifft die Behandlung folgender Patienten in bestimmten Institutionen des Aachener Grenzraumes:

- Kinder mit Diabetes
- Patienten mit diabetischen Füßen
- Patienten mit Multipler Sklerose
- Jugendpsychiatrie
- Behandlungen von Epilepsie
- Autismus
- Sprach- und Hörstörungen.

Diese Patienten werden seitdem grenzüberschreitend problemlos behandelt. Unbemerkt vom Patienten, aber wichtig für die Krankenkassen: die Kostenübernahme erfolgt nicht über die OBR, sondern über eine andere Schiene, nämlich dank dieser LIKIV-Ausnahmeregelung für die Ostbelgier über ein traditionelles S2-Formular.





Allgemein: Pflege in Grenzregionen

Personen, die außerhalb Ostbelgiens wohnen, können nicht die OBR in Anspruch nehmen, können aber in einigen Fällen die Genehmigung des Vertrauensarztes für eine Behandlung im grenznahen Ausland beantragen. Im Falle der Genehmigung kann unsere Krankenkasse einen „S2-Schein für Grenzbewohner“ ausstellen. Damit werden die Behandlungskosten von der ausländischen Krankenkasse gemäß des dort geltenden Erstattungstarifs übernommen.

Diese Regelung kommt nur in Frage bei Personen, deren Wohnsitz sich maximal 15 km diesseits von der Landesgrenze entfernt befindet und die einen Krankenhausaufenthalt oder eine Dialysebehandlung im Umkreis von 25 km jenseits der Grenze erhalten - unter der Bedingung, dass es in Belgien kein gleichwertiges Krankenhaus in der näheren Umgebung gibt.

Als Antrag gilt die schriftliche Anfrage des Versicherten sowie ein ausführlicher Bericht des behandelnden Arztes. Bei Genehmigung des Vertrauensarztes erhält der Versicherte den Schein S2, welchen er bei der ausländischen Kasse oder der Krankenhausverwaltung einreichen muss. Anhand dieses Formulars werden die Kosten für die medizinische Versorgung von einer ausländischen Krankenkasse übernom-

men, gemäß den dort geltenden Regelungen und Tarifen. Der Patient zahlt lediglich den verbleibenden Eigenanteil.

Reha in Deutschland

Personen mit Wohnsitz in einer der deutschsprachigen Gemeinden (Amel, Büllingen, Burg Reuland, Bütgenbach, Eupen, Kelmis, Lontzen, Raeren, Sankt Vith) oder einer der angrenzenden Gemeinden (Weismes und Malmedy sowie Baelen, Bleyberg und Welkenraedt) können eine Erstattung bestimmter Leistungen im grenznahen deutschen Raum erhalten:

- Akute Rehabilitationen;
- Psychiatrische und psychosomatische Behandlungen.

Je nach Art der Behandlung ist entweder die gesetzliche Krankenversicherung zuständig, oder aber die jeweilige Gemeinschaftsregion. Folgende Regelung gilt für Anträge, deren Behandlungsbeginn zwischen dem 1. Mai und dem 31. Dezember 2019 liegt.

Kurzzeitpflege (ambulant oder stationär)

In bestimmten Einrichtungen im deutschen Grenzraum (siehe Liste unter www.freie.be) sieht die belgische Krankenversicherung eine Erstattung vor. Das gilt jedoch nur für Reha-Maßnahmen in den Bereichen Neurologie, Orthopädie, Kardiologie oder Diabetologie in diesen Häu-

sern. Dabei müssen folgende Kriterien erfüllt sein:

- Die beantragte Reha-Maßnahme wird auch in belgischen Einrichtungen durch die gesetzliche Krankenversicherung erstattet;
- Maximale Dauer: drei Monate (ggf. verlängierbar);
- Die Anfrage wurde vor Behandlungsbeginn beantragt und vom Vertrauensarzt genehmigt.

Nach der Vorentscheidung des Vertrauensarztes wird der Antrag dem Kollegium der Ärztedirektoren des LIKIV zur Information übermittelt; bei unklaren Fällen trifft das Kollegium selbst die Entscheidung. Wird die Behandlung genehmigt, so stellen wir einen Schein S2 zur Kostenübernahme durch eine deutsche Krankenkasse aus.

Langzeitpflege

Langzeitbehandlungen in deutschen Reha-Zentren fallen in den Zuständigkeitsbereich der belgischen Teilstaaten. Somit werden die Anträge, je nach Wohnsitz der Person, durch die Deutschsprachige Gemeinschaft, durch die Wallonische oder die Flämische Region geprüft.

Zu den anerkannten Langzeitmaßnahmen gehören unter anderem die Behandlung von Multipler Sklerose und von Gehör- und Sprachproblemen. Eine Anfrage wird bei den entsprechenden Behörden eingereicht.

Psychiatrische oder psychosomatische Kliniken

Um die Genehmigung für eine stationäre psychiatrische oder psychosomatische Behandlung in einer anerkannten Einrichtung im deutschen Grenzraum zu erhalten, muss der Antrag durch die Krankenkasse an das Kollegium der Ärztedirektoren eingereicht werden. Dort wird entschieden, ob die Anfrage in den Zuständigkeitsbereich der Krankenkasse oder in den Bereich der zuständigen Gemeinschaftsregion fällt.

Weitere Informationen zum Thema finden Sie unter www.freie.be > Gut versichert > Geplante Pflege im Ausland ■

Fakultative Wochen (max.)		Pflicht-woche	Tag der Geburt	Pflicht-wochen		Fakultative Wochen (max.)					
3	2			1	1	2	3	4	5	6	7

Selbstständige

Selbstständige können insgesamt 12 Wochen bezahlte Mutterschaftsruhe, bzw. 13 Wochen bei einer Mehrlingsgeburt, in Anspruch nehmen.

Von dieser Periode muss eine Woche vor dem errechneten Termin und mindestens 2 Wochen nach der Geburt genommen werden. Die verbleibenden 9 Wochen (bzw. 10 Wochen bei Mehrlingsgeburt) können wahlweise ganz nach der Geburt oder teilweise vor und nach der Geburt beansprucht werden.

Während der Mutterschaftsruhe erhalten Selbstständige ein pauschales Mutterschaftsgeld in Höhe von 484,90 € pro Woche, bei Teilzeitbeschäftigung beträgt es 242,45 €.

Um das Mutterschaftsgeld zu erhalten, sollte ein medizinisches Attest mit dem voraussichtlichen Geburtsdatum sowie das Antragsformular für Mutterschaftsgeld bei uns eingereicht werden. Das Formular erhalten Sie in unseren Geschäftsstellen oder im Online Büro.

Mehr über die unterschiedlichen Varianten der Mutterschaftsruhe finden Sie unter www.freie.be > Was tun bei...? > Schwangerschaft und Geburt > Rechte der Eltern > Mutterschaftsruhe

Entfernung vom Arbeitsplatz

Sind die Arbeit oder das Umfeld, in dem die Schwangere arbeitet, gefährlich für das ungeborene Kind, so besteht für Arbeitnehmerinnen die Möglichkeit, den Arbeitsplatz innerhalb des Unternehmens zu wechseln oder die Arbeit bis zur Mutterschaftsruhe vollständig oder teilweise einzustellen.

Die sogenannte Entfernung vom Arbeitsplatz dauert bis 6 Wochen (8 Wochen bei Mehrlingsgeburt) vor dem errechneten Geburtstermin. Ab diesem Zeitpunkt beginnt die Mutterschaftsruhe.

Während der Entfernungsperiode zahlen wir rund 78 % des Bruttolohns, allerdings auf einen täglichen Höchstbetrag begrenzt.

Alle Details zur vollständigen oder teilzeitigen Entfernung vom Arbeitsplatz finden Sie unter www.freie.be > Gut versichert > Schwangerschaft und Geburt > Entfernung vom Arbeitsplatz

Stillpausen

Arbeitnehmerinnen, die ihr Kind stillen möchten, können dies entweder mit ihrer Arbeit verbinden oder aber nach der Mutterschaftsruhe eine bestimmte Zeit zu Hause bleiben.

Die vollzeitige Stillpause ist unbezahlt, die Dauer muss gemeinsam mit dem Arbeitgeber vereinbart werden. Wenn Stillpausen während der Arbeitszeit beansprucht werden, können diese seitens der Krankenkasse entschädigt werden, wenn die Arbeitstage mindestens 4 Stunden lang sind.

Arbeitsstunden	Dauer der Pause
zwischen 4 und 7,5 Stunden pro Tag	½ Stunde pro Tag
mindestens 7,5 Stunden pro Tag	eine oder zwei mal ½ Stunde pro Tag

Die Stillpausen können bis zu neun Monate nach der Geburt in Anspruch genommen werden. Die Dauer der einzelnen Pausen hängt vom Stundenplan ab. Als Beweis für das Stillen des Kindes, muss dem Arbeitgeber monatlich ein ärztliches Attest vorgelegt werden.

Da der Arbeitsvertrag aus rechtlicher Sicht während den Stillpausen unterbrochen wird, hat der Arbeitgeber das Recht, einen entsprechenden Lohnabzug vorzunehmen. Die Krankenkasse zahlt dann 82 % des Bruttogehalts während der Stillpausen.

Alle Informationen zu der Stillpause finden Sie unter www.freie.be > Gut versichert > Schwangerschaft und Geburt > Stillen

Geburtsurlaub

Arbeitnehmer

Der Partner der Mutter hat Anrecht auf eine Arbeitsunterbrechung von 10 Tagen. Diese ist wahlfrei, muss ggf. jedoch innerhalb eines Zeitraumes von vier Monaten nach der Entbindung in Anspruch genommen werden.

Einen Teil des Lohnausfalls zahlt der Arbeitgeber, die restlichen Tage zahlt die Krankenkasse.

Zeitraum	gezahlt durch
die drei ersten Tage	Arbeitgeber
die sieben folgenden Tage	Krankenkasse

Der Geburtsurlaub muss beim Arbeitgeber und bei der Krankenkasse beantragt werden. Der Anfrage ist ein Auszug aus der Geburtsurkunde des Kindes beizulegen. Den Antrag auf Geburtsurlaub erhalten Sie in unseren Geschäftsstellen oder im Online Büro.



Selbstständige

Der selbstständige Vater oder Mutterteil des Kindes hat seit Mai 2019 ebenfalls Anrecht auf eine finanzielle Entschädigung während maximal 10 Tagen. Die Tage können durchgehend genommen werden, in Teilzeit und sogar als halbe Tage. Der Geburtsurlaub muss jedoch innerhalb eines Zeitraumes von vier Monaten nach der Entbindung in Anspruch genommen werden. Die Entschädigung beträgt 80,82 € pro Tag und wird durch die Sozialversicherungskasse gezahlt, bei dieser muss er auch beantragt werden. Alternativ können 8 Urlaubstage angerechnet werden, zuzüglich 15 Dienstleistungsschecks.

Betrag

vollständiger Lohn

82 % des monatlichen Bruttolohns mit Höchstgrenze

Adoptionsurlaub

Aktive Arbeitnehmer und Selbstständige, die ein minderjähriges Kind adoptieren, haben Anrecht auf Adoptionsurlaub. Die Dauer des Adoptionsurlaubs beträgt sechs Wochen pro Elternteil. Im Laufe der kommenden Jahre wird diese Dauer stufenweise ausgedehnt.



Zusatzwochen und Verlängerung

Seit dem 1. Januar 2019 können die Adoptiveltern eine zusätzliche Woche Urlaub beantragen. Alle zwei Jahre wird eine weitere Zusatzwoche hinzukommen, sodass bis zum Jahr 2027 insgesamt fünf zusätzliche Wochen Adoptionsurlaub erreicht sind. Je nach Zeitpunkt der Adoption werden die Eltern somit Anrecht haben auf sieben bis elf Wochen Adoptionsurlaub. Der Antrag der Zusatzwochen wird allerdings pro Elternpaar einmalig genehmigt. Die Eltern dürfen sich diese Wochen jedoch frei aufteilen. In gewissen Fällen wird der Adoptionsurlaub verlängert:

- Bei Adoption eines Kindes mit Behinderung kann die Dauer verdoppelt werden;
- Bei einer Adoption von mehreren Kindern kann die Dauer pro Elternteil um zwei Wochen verlängert werden;
- Bei Adoption eines Kindes aus dem Ausland darf der Urlaub bereits vor der Eintragung des Kindes beginnen.

Arbeitnehmer

Für die ersten drei Tage des Adoptionsurlaubs muss der Arbeitgeber die Lohnfortzahlung übernehmen. Die übrigen Tage zahlt die Krankenkasse. Die Entschädigung der Krankenkasse beträgt 82 % des Bruttolohns, allerdings bis zu einer bestimmten Höchstgrenze pro Tag. Beantragen Sie den Adoptionsurlaub spätestens einen Monat vor Beginn bei Ihrem Arbeitgeber.

Selbstständige

Die Höhe der Zahlung beläuft sich auf 484,90 € pro Woche, vollständig gezahlt durch die Krankenkasse.

Formalitäten

Reichen Sie einen Antrag auf Adoptionsurlaub bei unserer Krankenkasse ein, dieser ist in unseren Geschäftsstellen oder im Online Büro erhältlich. Fügen Sie dem Antrag einen Beleg über die Eintragung im Bevölkerungsregister bei.

Mehr über die Voraussetzungen finden Sie unter www.freie.be > Was tun bei...? > Schwangerschaft und Geburt > Adoption

Pflegeurlaub

Aktive Arbeitnehmer und Selbstständige, die ein minderjähriges Kind zur Langzeitpflege (mindestens sechs Monate) auf-

nehmen, haben seit dem 1. Januar 2019 Anrecht auf einen Pflegeurlaub.

Dauer des Pflegeurlaubs

Die Aufnahme eines Pflegekindes gibt Anrecht auf einen Pflegeurlaub von sechs Wochen pro Elternteil (Basisdauer). Der Pflegeurlaub muss nicht vollständig genommen werden, jedoch ohne Unterbrechung und nur in kompletten Wochen. In gewissen Fällen wird der Urlaub verlängert:

- Alleinstehende, die ein Pflegekind aufnehmen, haben Anrecht auf eine Zusatzwoche;
- Wenn zwei Partner ein Pflegekind aufnehmen, hat nur einer von ihnen Anrecht auf eine Zusatzwoche;
- Wer mehrere Pflegekinder aufnimmt, kann die Basisdauer um zwei Wochen erweitern;
- Wer ein Pflegekind mit einer Behinderung aufnimmt, kann die Basisdauer unter bestimmten Bedingungen verdoppeln.

Werden mehrere Kinder gleichzeitig zur Pflege aufgenommen, so kann die Dauer des Urlaubes nicht verdoppelt oder verdreifacht werden.

Arbeitnehmer

Für die ersten drei Tage des Pflegeurlaubes muss der Arbeitgeber die Lohnfortzahlung übernehmen. Die übrigen Tage zahlt die Krankenkasse. Die Entschädigung der Krankenkasse beträgt 82 % des Bruttolohns, allerdings bis zu einer bestimmten Höchstgrenze pro Tag.

Selbstständige

Die Höhe der Zahlung beläuft sich auf 484,90 € pro Woche, vollständig gezahlt durch die Krankenkasse.

Formalitäten

Reichen Sie einen Antrag auf Pflegeurlaub bei unserer Krankenkasse ein, dieser ist in unseren Geschäftsstellen oder im Online Büro erhältlich. Fügen Sie dem Antrag eine Kopie des Dokumentes bei, das die Unterbringung eines Pflegekindes bei Ihnen bescheinigt.

Mehr über die Voraussetzungen finden Sie unter www.freie.be > Was tun bei...? > Schwangerschaft und Geburt > Pflegefamilie

Gut versichert auf Reisen für dringende Pflege im Ausland



- Erstattung der Pflegekosten
- Rücktransport nach Belgien
- Hilfszentrale Mediphone Assist



Freie
Krankenkasse

Zusätzliche Dienste