

120



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

Oktober • November • Dezember 2021

# PROFIL DES LEBENS

Freie



## Gesundheit

Insulinversorgung  
leicht gemacht

## Reportage

Depression  
bei Kindern

## Versicherung

Entbindung  
im Ausland

# Von Beginn an gut versorgt!

Wir erstatten:

- **50 €** für Geburtsvorbereitungskurse oder für Rückbildungsgymnastik
- **50 €** für Babymassage oder für Babyschwimmen

**Sind Sie gerade Eltern geworden? Herzlichen Glückwunsch!**

Zur Geburt oder Adoption Ihres Kindes zahlt Ihnen die Freie Krankenkasse ein Babygeld in Höhe von **350 €**.

**Freie**



..... Zusätzliche Dienste .....

## Zu Ihren Diensten 04 Vorwort

- Kein Papierrezept mehr für Medikamente
- Zusätzliche Unterstützung für Palliativpatienten zu Hause
  - Heizöl-Sozialfonds
- Vorsicht in teuren Krankenhäusern
- Vereinbaren Sie online Ihren Besuchstermin bei uns

## Gesundheit 06

- Insulinversorgung leicht gemacht
- Impfungen: Legende und Wirklichkeit
  - Erkältung, Grippe oder Corona

## Gesellschaft 10

- Pflegende Angehörige

## Reportage 12

- Depression bei Kindern

## Versicherung 16

- Entbindung im Ausland
  - Kinesitherapie

## Aktuell 19

- Eine Beschwerde? – wir hören Ihnen zu!
- Wahl der Generalversammlung der Freien Krankenkasse
- Wahl der Generalversammlung der VaG MLOZ Insurance

## Das Ende eines ausgehöhlten Verbots

Offiziell gilt noch immer die Richtlinie für die Ärzteschaft, bei ambulanter Pflege ihrem Patienten die Kosten selbst in Rechnung zu stellen, d.h. der Patient geht in Vorkasse. Lange Zeit war es den Ärzten verboten, ihr Honorar direkt mit der Krankenkasse abzurechnen, außer im Falle einer Hospitalisierung. Sinn dieser Regelung war es, dass dem Patienten mit der Zahlung des Honorars an den Arzt bewusst werden soll, dass jegliche ärztliche Behandlung und jede Konsultation Kosten verursacht, die letztendlich von der Allgemeinheit getragen werden. Hinzu kommt, dass dann die Krankenkasse dem Patienten nicht das gesamte Honorar erstattet, sondern der Patient einen Eigenanteil tragen muss. Die Behandlung soll also nicht gratis sein.

Im Laufe der Jahre ist diese Regel immer mehr aufgeweicht worden. Zuerst wurden eine Reihe von Ausnahmesituationen aufgelistet, in denen es dem Arzt trotzdem erlaubt ist, sein Honorar direkt mit der Krankenkasse abzurechnen, so bspw. bei Personen, die in bestimmten Institutionen untergebracht sind. Auch für Personen, die finanziell nicht in der Lage sind, das Honorar vorzustrecken, kann der Arzt direkt mit der Kasse abrechnen, diesbezüglich hat unsere Krankenkasse stets ausführlich informiert. Ein ähnlicher Schritt zur Lockerung des Verbots waren die Maßnahmen zugunsten von Personen mit bescheidenem Einkommen, die bspw. pro Konsultation nur 1 Euro beim Arzt zahlen sollten und wobei der Arzt dem Patienten die Anwendung des Drittzahlersystems (direkte Abrechnung mit der Krankenkasse) nicht verweigern durfte.

Vollkommen ausgehebelt ist das Drittzahlerverbot bei den Ärztehäusern: Dort erhält der Arzt pro Patient von der Krankenkasse einen monatlichen Pauschalbetrag. Ursprünglich waren die Ärztehäuser für die ärmeren Stadtviertel in den großen Städten gedacht, sind nun aber auch an vielen anderen Orten entstanden.

Ein weiterer Schritt ist das noch junge System eAttest: Der Patient zahlt zwar das Honorar beim Arzt, erhält aber dank der digitalen Datenübertragung zeitgleich die Erstattung der Krankenkasse auf seinem Bankkonto – eine kluge Lösung.

Und, wie sollte es anders sein, auch Covid-19 hat dem alten System einen Stoß versetzt: Honorare für telefonische Konsultationen, die direkt mit der Krankenkasse abgerechnet werden, so etwas war vorher undenkbar. Bald soll eine neue gesetzliche Richtlinie erscheinen, die das Verbot des Drittzahlersystems für ambulante Behandlungen beendet. Dies wird zwar als eine revolutionäre Änderung angekündigt, jedoch war es längst überfällig.

Hubert HECK,

Direktion der Freien Krankenkasse

## Impressum

Redaktion: Freie Krankenkasse, Kontakt: Doris Curnel  
 Layout: Indigo  
 Fotos: [www.stock.adobe.com](http://www.stock.adobe.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](mailto:info@freie.be) **Internet:** [www.freie.be](http://www.freie.be)



## Kein Papierrezept mehr für Medikamente



Dank der Digitalisierung der Verschreibungen (Recip-e) können Sie Ihre Medikamente mithilfe Ihres Smartphones oder Ihrer eID in der Apotheke abholen.

Seit dem 15. September 2021 können Sie ärztliche Rezepte auf digitalem Wege erhalten. Das System bietet einige Vorteile:

- Sie haben mehr Kontrolle über Ihre Verschreibungen und können die noch offenen Rezepte digital einsehen.
- Sie haben einen besseren Überblick über wichtige Informationen sowie den digitalen Medikamentenplan.
- Sie haben die Möglichkeit, Ihre Medikamente in einer Apotheke Ihrer Wahl zu reservieren.
- Sie können Ihr Rezept nicht mehr verlieren, da es immer online abrufbar ist.
- Wenn Sie dringend ein neues Rezept benötigen, kann Ihr Arzt dieses in digitaler Form Ihrer Akte hinzufügen.

Sie können das elektronische Rezept auf Ihrem Smartphone über die Websites MeineGesundheit.be oder MyHealthViewer.be einsehen.

Die Verschreibung kann auch auf Ihrer eID gelesen werden. Zeigen Sie Ihrem Apotheker das Rezept auf Ihrem Smartphone oder lassen Sie Ihre eID scannen. Dadurch erhält der Apotheker Zugang zu allen ausstehenden Verschreibungen. Sollten Sie weiterhin lieber ein Papierrezept verwenden, ist dies nach Rücksprache mit Ihrem Arzt möglich.

## Zusätzliche Unterstützung für Palliativpatienten zu Hause



Um unheilbar kranken oder sterbenden Patienten eine bestmögliche Pflege und Unterstützung zu bieten, sieht die gesetzliche Krankenversicherung ein „Palliativpaket“ vor.

Patienten in der häuslichen Palliativversorgung, die einen Teil der Kosten für ihre Medikamente, Pflegematerialien und Hilfsmittel selbst zahlen, können eine zusätzliche Unterstützung bei der Krankenkasse beantragen. Darauf haben ausschließlich Personen Anrecht, die einen Palliativstatus haben.



Um die Unterstützung zu erhalten, müssen der Patient (bzw. sein Vertreter) und der Hausarzt einen entsprechenden Vordruck ausfüllen und an den Vertrauensarzt unserer Krankenkasse senden. Wir prüfen dann, ob alle Voraussetzungen für den Erhalt des Status erfüllt sind. Falls der Vertrauensarzt die Zustimmung erteilt, erhalten Sie von uns die Zahlung einer Palliativpauschale.

Durch diese Unterstützung entfällt auch Ihr Eigenanteil für Behandlungen durch den Hausarzt, außerdem für die häusliche Pflege oder für Kinesitherapie.

Die Unterstützung ist vorgesehen für eine Dauer von 30 Tagen und kann auf Antrag des Hausarztes einmal verlängert werden.

## Heizöl-Sozialfonds



Familien mit geringem Einkommen erhalten für ihren Heizstoffbedarf eine Unterstützung seitens des Heizöl-Sozialfonds. Die Beihilfe kann beim ÖSHZ der Wohngemeinde innerhalb von 60 Tagen nach der Lieferung beantragt werden.

Pro Haushalt und pro Heizperiode (1. Januar bis 31. Dezember) wird maximal eine Brennstoffmenge von 1.500 Litern für den Heizöl-Sozialfonds berücksichtigt. Der Betrag der Beihilfe hängt vom Brennstoffpreis ab; sie beträgt höchstens 300 €.

### Wer hat Anrecht?

- Personen mit Anrecht auf den Vorzugstarif bei der Krankenkasse;
- Personen, deren jährlich zu versteuerndes Bruttoeinkommen den Betrag von 18.730,66 € (zzgl. 3.467,55 € pro mitversicherte Person) nicht übersteigt;
- Personen, die einer kollektiven Schuldenregelung oder Schuldnervermittlung folgen und die nicht in der Lage sind, ihre Heizölrechnung zu zahlen.

## Einzelzimmer? Vorsicht in teuren Krankenhäusern!



Bei der Wahl eines Einzelzimmers fallen Honorar- und Zimmerzuschläge an. Einige Krankenhäuser berechnen dabei mehr als 200 % Zuschläge. Bei einem Aufenthalt in einer solchen Klinik bleiben laut der *Hospitalia*-Regelung 150 € der Zuschläge zu Ihren Lasten, wenn Sie sich für ein Einzelzimmer entscheiden.

Derzeit berechnen folgende Krankenhäuser Honorarzuschläge von mehr als 200 %. Falls Sie während Ihres Aufenthalts in einem dieser Krankenhäuser ein Einzelzimmer wählen, so wird vom *Hospitalia*-Erstattungsbetrag eine Franchise in Höhe von 150 € abgezogen:

- C.H. Epicura (Ath),
- C.H.U. de Tivoli (La Louvière),
- C.H.U. J. Bordet (Brüssel),
- C.H.U. Ambroise Pare (Mons),
- C.M.P. La Ramée (Brüssel),
- Chirec (Brüssel und Braine l'Alleud),
- Clinique Notre Dame de Grace (Charleroi Goselies),
- Cliniques Universitaires St. Luc (Brüssel),
- Hôpital Brugmann (Brüssel),
- Hôpitaux d'Iris Sud (Brüssel),
- Centre de Santé des Fagnes (Chimay),
- C.H.C. Clinique Notre-Dame (Hermalle/Argenteau),
- C.H.C. Heusy (Verviers),
- C.H.C. Mont Legia (Lüttich),
- C.H.C. Waremme (Waremme),
- ZU Gent (Gent).



Wenn Sie in einem dieser Krankenhäuser hospitalisiert werden, übernimmt *Hospitalia* (Basis-Produkt) die Honorarzuschläge bis zu 100%, *Hospitalia Plus* die Honorarzuschläge bis zu 300 %, in beiden Fällen wird Ihnen jedoch eine Franchise von 150 € abgezogen, falls Sie ein Einzelzimmer wählen.

Diese Erstattung gilt außerdem nur für Aufenthalte mit einer Übernachtung, nicht jedoch bei Tagesaufenthalt. Sparen Sie sich unnötige Honorarzuschläge, indem Sie bei Tagesaufenthalt kein Einzelzimmer wählen, da ohnehin keine Übernachtung im Krankenhaus vorgesehen ist.

## Vereinbaren Sie online Ihren Besuchstermin bei uns



Seit dem 1. Oktober 2021 sind alle unsere Kontaktstellen vormittags wieder zu den üblichen Zeiten frei zugänglich. Jedoch können Sie, um Wartezeiten zu vermeiden, einen Besprechungstermin vereinbaren. Dies können Sie für die Geschäftsstellen Büllingen, Eupen und Sankt Vith nun auch online erledigen oder wie bisher telefonisch festlegen.

Wählen Sie online einfach eine passende Uhrzeit aus und geben Sie den Grund Ihres Besuchs an, dadurch können wir eine entsprechende Dauer für Ihren Termin vorsehen und uns auf Ihr Anliegen vorbereiten.

*Sie erreichen uns an allen Arbeitstagen telefonisch von 9.00 Uhr bis 12.30 Uhr sowie von 13.30 Uhr bis 16.45 Uhr, per E-Mail unter [info@freie.be](mailto:info@freie.be) oder über das Kontaktformular.*

*Die Terminbuchung per Internet finden Sie unter [www.freie.be/termine/](http://www.freie.be/termine/)*



# Typ-1-Diabetiker: Insulinversorgung leicht gemacht



*Dank der Digitalisierung können Diabetiker sich jetzt frei bewegen. Die Insulinmessung und -versorgung ist automatisiert, sodass die Betroffenen nicht mehr ständig auf ihren Blutzuckerwert achten müssen.*

## Messung per Sensor

Bereits seit einigen Jahren muss der Blutzuckerwert nicht mehr zwingend über einen Stich in die Fingerkuppe gemessen werden. Diese Aufgabe können Sensorpflaster übernehmen, die auf der Haut angebracht werden. Sie senden den Glukosewert per Signal an ein Messgerät. In Belgien wird das Gerät „FreeStyle Libre“ mit dazugehörigen Sensorplastern durch die gesetzliche Krankenversicherung erstattet – für Typ-1-Diabetiker vollständig, andere Blutzuckererkrankte zahlen lediglich eine Pauschale für die Pflaster. [Mehr dazu unter \*www.freie.be\*](http://www.freie.be) > Leistungen > Diabetes > Erstattungen für Diabetiker

## NEU: Insulinversorgung

Doch nicht nur die Messung gestaltet sich immer leichter, auch die Insulinversorgung per Pumpe. Besonders für Typ-1-Diabetiker und andere Patienten, die eine dauerhafte Insulinversorgung benötigen, gibt es mittlerweile zahlreiche Innovationen: kabellose Pumpen, Glukosewertmessung mit automatischer Anpassung der Insulinmenge oder ein vereinfachter Ampullenwechsel. Welches System am besten zum

Lebensstil eines Einzelnen passt, wird im Diabeteszentrum erörtert.

### Kabellose Pumpe

Die Omnipod®-Innovation bietet eine kabel- und spritzenlose Insulinzufuhr. Der „Pod“ wird mit Insulin befüllt und mithilfe eines wasserdichten Polsters an eine Stelle des Körpers aufgeklebt, an der Insulin verabreicht wird, z.B. am Bauch oder am Arm. Durch Knopfdruck gibt eine Kanüle so viel Insulin ab, wie im dazugehörigen Endgerät eingestellt wurde, bis zu 200 Einheiten mit einer Befüllung. Durch das schlauchlose System ist der Pod auch besonders für diabetische Kinder zu empfehlen.

### Automatische Insulinanpassung

Das MiniMed™ 780G System hingegen ist zwar nicht kabellos, es misst aber mit dem dazugehörigen Sensor den Glukosewert und sendet die Daten an die angeschlossene Insulinpumpe. Diese ist mit einem Injektionsset ausgestattet und passt die Insulinabgabe je nach Glukosewert automatisch an. Außerdem kann sie ihren Träger vor zu hohen oder zu niedrigen Blutzuckerwerten warnen. Passend zu der Insulinpumpe gibt es auch eine App fürs Smartphone.

### Leichter Ampullenwechsel

Der Accu-Chek® Insight ist mit Insulinpumpe, Infusionsset und Messgerät ausgestattet. Um den Insulinspiegel zu messen, ist ein Piks in den Finger weiterhin not-

wendig, das Nachfüllen von Insulin gestaltet sich bei diesem Gerät aber sehr leicht durch vorgefertigte Insulinampullen.

Alle Systeme bieten eine automatisierte Insulinversorgung. Die Blutzuckerwerte lassen sich durch die Dokumentation, gekoppelt an unterschiedliche Aktivitäten, sehr gut speichern, sodass die Betroffenen und ihre Pflegeleistenden stets den Überblick bewahren.

## Betreuung und Erstattung im Diabeteszentrum

Patienten, die einer Konvention im Diabeteszentrum angeschlossen sind, haben Zugriff auf die neueste in Belgien zugelassene Technologie ihrer Insulinpumpe. Für Typ-1-Diabetiker wird das Material vollständig erstattet, da diese einer permanenten Insulinversorgung ausgesetzt sind. Wenn der Diabetiker sich für ein bestimmtes System entschieden hat, wird er dazu in seinem Zentrum geschult.

Dank neuer Techniken gelingt es Diabetikern immer besser, den Insulinspiegel in der Waage zu halten. Doch auch bei vollautomatischer Versorgung bleibt es weiterhin wichtig, seine Blutzuckerwerte eigenverantwortlich im Blick zu halten.

*Finden Sie auf unserer Website ein anerkanntes Diabeteszentrum unter [www.freie.be](http://www.freie.be) > Leistungen > Diabetes > Erstattungen für Diabetiker*



# Impfungen: Legende und Wirklichkeit

*Das Thema Impfungen wird oft kontrovers diskutiert. Sollen wir uns und unsere Kinder impfen lassen? Im Netz findet man die unterschiedlichsten Theorien, auf welche Informationen können wir uns wirklich verlassen? Zu einigen verbreiteten Mythen finden Sie hier Erklärungen, die Ihnen helfen sollen, das Falsche vom Wahren zu unterscheiden.*

## 1. Kann ein Impfstoff das Immunsystem schwächen?

Nein! Im Gegenteil: Impfstoffe stimulieren die Körperabwehr. Sie ermöglichen unserem Organismus, Antikörper zu produzieren, ohne dass wir krank werden. Dank dieser Antikörper sind wir geschützt, wenn wir tatsächlich mit der Krankheit konfrontiert werden. Impfstoffe sind also als Lern-Lektion für das Immunsystem zu betrachten.

## 2. Wann ist die Impfung von Kindern ratsam?

Durch Impfungen wird das Immunsystem auf mögliche Infektionen vorbereitet. Leider sterben noch immer ungeimpfte Menschen an den Folgen von Krankheiten, obschon es Impfstoffe gibt, wie z.B. gegen Masern.

Es ist außerdem wichtig, rechtzeitig zu impfen, denn wenn Zeit verstreicht, steigt das Risiko, sich zu infizieren und ernsthaft zu erkranken.

So sind bspw. Säuglinge in einem bestimmten Alter am stärksten von gewissen Krankheiten und den möglichen Komplikationen bedroht. Wenn Sie Ihr Kind nicht impfen lassen, ist es nicht geschützt.

In Belgien ist einzig die Impfung gegen Kinderlähmung (Poliomyelitis) für Kinder verpflichtend. Es gibt jedoch ein offizielles Impfschema, das Ihnen erklärt, welche Impfung wann empfohlen wird.

## 3. Sind Infektionskrankheiten heutzutage nicht mehr ernsthaft bedrohlich?

Viele Infektionskrankheiten sind noch nicht verschwunden. Falls weniger geimpft wird, steigt das Risiko, dass die Krankheit wieder verstärkt auftritt. Selbst wenn eine Erkrankung in Belgien als ausgerottet gilt, kann sie in anderen Ländern aktiv sein; auf Reisen könnten Sie damit konfrontiert werden und diese an Ihr Umfeld weitergeben. Eine hohe Durchimpfungsrate ist daher notwendig, um die Ausbreitung einer Krankheit zu verhindern. Auf diese Weise werden auch Menschen, die nicht geimpft werden können, weil sie bspw. eine chronische Krankheit haben, geschützt.

## 4. Macht eine Impfung im Alter noch Sinn?

Auf jeden Fall! Verschiedene Krankheiten können schwerwiegende Folgen für ältere Menschen haben. Deshalb wird älteren Menschen dringend empfohlen, sich z.B. gegen Grippe impfen zu lassen.

## 5. Können Impfstoffe Krankheiten verursachen?

Manchmal kann es zu Nebenwirkungen kommen, diese sind meist nur leicht und vorübergehend. Das Risiko schwerer Nebenwirkungen oder chronischer oder gar lebensbedrohlicher Impfschäden ist äußerst gering. Ernste Nebenwirkungen treten nur extrem selten auf. Bei manchen Beschwerden, die gemeldet wurden, ist zudem nicht sicher, ob sie wirklich im Zusammenhang mit der Impfung stehen. Es ist auf jeden Fall gefährlicher, sich nicht impfen zu lassen, als geimpft zu werden.



# Erkältung, Grippe oder Corona:

## Woran erkenne ich die Krankheiten?

*Fieber, Kopfschmerzen, Schnupfen, Husten ... diese Beschwerden können unterschiedliche Ursachen haben. In den meisten Fällen werden sie durch Erkältungs-, Grippe- oder auch durch Corona-Viren ausgelöst. In der kalten Jahreszeit wird die Unterscheidung der einzelnen Erkrankungen deutlich erschwert.*

Genau wie Corona werden auch die Grippe und Erkältungskrankheiten durch Viren ausgelöst. Die Erreger dieser drei Krankheiten unterscheiden sich allerdings voneinander. Dennoch ist es oft schwierig, nur anhand der Symptome herauszufinden, welche dieser Erkrankungen vorliegt.

Für **Erkältungen** sind so genannte Rhinoviren verantwortlich. Die Beschwerden setzen eher schleichend ein und halten meist drei bis fünf Tage an. Typisch sind dabei eine verstopfte Nase, Schnupfen sowie Hals- und Kopfschmerzen. Manchmal tritt auch Fieber auf. Da sich die Krankheitserreger als so genannte Tröpfcheninfektion verbreiten – also durch Husten, Niesen und Sprechen, aber auch durch Körperkontakt – ist eine Erkältung sehr ansteckend.

Eine **Grippe** wird durch Influenza-Viren hervorgerufen, die innerhalb weniger Stunden heftige Beschwerden auslösen. Dazu gehören vor allem Fieber, Schüttelfrost, Kopf- und Muskelschmerzen und eventuell diverse Erkältungssymptome. Auch die Grippe ist hoch ansteckend. Vor allem für chronisch Kranke und ältere Menschen stellt die Grippe eine Bedrohung dar, da deren Immunsystem geschwächt ist und es zu teils lebensbedrohlichen Komplikationen kommen kann. Weil die Abwehrkräfte besonders angegriffen sind, drin-

gen neben den Viren auch Bakterien in den Organismus ein und lösen Entzündungen der Nasennebenhöhlen, des Mittelohrs oder der Lunge aus. In besonders schweren Fällen greifen die Erreger sogar Organe oder das Herz-Kreislauf-System an.

Eine **Corona-Infektion** äußert sich mit ähnlichen Symptomen wie eine Erkältung oder eine Grippe. Charakteristisch sind in diesem Fall jedoch mehr oder weniger starke Atembeschwerden sowie Geruchs- oder Geschmacksverlust. Bei manchen Menschen verläuft die Covid-19-Erkrankung aber auch symptomlos, sodass sie ihren Infekt gar nicht bemerken. Eine sichere Diagnose kann durch einen PCR-Test gestellt werden, bei dem Zellproben aus Mund oder Nase genommen und auf das Corona-Virus getestet werden.

### Hausapotheke oder Arzt?

Gegen Infekte, die durch Viren ausgelöst werden, gibt es keine wirksame Basisbehandlung. Da die Erreger resistent sind gegen Antibiotika, ist es in diesen Fällen lediglich möglich, die einzelnen Symptome zu bekämpfen.

Einer Erkältung kann man häufig schon mit Hausmitteln oder frei verkäuflichen Medikamenten zu Leibe rücken; ein Arztbesuch ist nicht unbedingt notwendig. Durch die Erkältung verliert der Körper vermehrt Flüssigkeit, weshalb es besonders wichtig ist, viel zu trinken. Damit sich der Körper möglichst schnell erholt, ist Schonung angesagt.

Zur Bekämpfung der Symptome sollten Nasentropfen, In-

halationen mit Kräuterölen, hustenlösende bzw. hustenstillende Mittel, Halstabletten und eventuell leichte Schmerzmittel eingenommen werden. Bei Fieber helfen kühlende Wadenwickel.

Auch bei einer Grippe steht die Behandlung der einzelnen Beschwerden im Vordergrund. Da diese meist ausgeprägter sind als bei einer Erkältung, sollte Bettruhe eingehalten werden, um den geschwächten Organismus zu schonen. Zur Linderung der Symptome können die gleichen Mittel angewandt werden wie bei einer Erkältung. Ein Arztbesuch ist bei Grippe ratsam, denn eine zeitige Therapie kann spätere Komplikationen verhindern.

Gleiches gilt bei Verdacht auf eine Corona-Infektion. In diesem Fall sollte unbedingt ein Test durchgeführt und der Kontakt zu anderen Menschen gemieden werden, um die Verbreitung der Krankheit einzudämmen.



## Impfmöglichkeiten

Die Corona-Impfung wird generell für alle Erwachsenen und Jugendlichen empfohlen.

Bestimmte Personengruppen sollten sich zudem jährlich zwischen September und November gegen die Grippe impfen lassen. Der Impfschutz wird besonders empfohlen für Menschen über 65 Jahre, Bewohner von Alten- und Pflegeheimen sowie chronisch Kranke und deren Umfeld.

Schwangere ab dem zweiten Schwangerschaftstrimester, Babys unter sechs Monaten (und deren Eltern) sowie Kinder und Jugendliche mit einer langzeitigen Aspirin-Therapie zählen ebenfalls zur Risikogruppe.

Des Weiteren sollten auch Ärzte, Pflegepersonal und Menschen, die regelmäßig mit den genannten Personen in Kontakt stehen, über einen Impfschutz verfügen. Bricht die Krankheit trotz Impfung aus, so verläuft sie in einer leichteren Form als bei nicht geimpften Menschen. Auch Komplikationen im Krankheitsverlauf treten nach einer Impfung selten auf.

Personen mit erhöhtem Risiko erhalten eine Erstattung der gesetzlichen Krankenversicherung für die Grippeimpfung. Die Impfung gegen das Corona-Virus ist für alle Menschen kostenlos.

Für kostenpflichtige Impfungen erstatten wir durch unsere *Zusätzlichen Dienste* 30 € pro Jahr, vorausgesetzt, es handelt sich um einen anerkannten Impfstoff. Um die Rückzahlung zu erhalten, müssen Sie lediglich den Beleg der Apotheke (annexe 30 oder BVAC) bei uns einreichen.

## Vorbeugen: der sicherste Weg, den Winter gut zu überstehen!



- Achten Sie auf eine ausgewogene, vitaminreiche Ernährung. Viel frisches Obst und Gemüse versorgen den Körper mit den notwendigen Nährstoffen und stärken so das Immunsystem.
- Vermeiden Sie Stress und Schlafmangel, es sind pure Vitaminkiller.
- Saunabesuche und Bäder mit Kräuterzusätzen beugen Erkältungen vor.
- Treiben Sie Sport, das baut Ihre Immunabwehr auf.
- Gehen Sie regelmäßig an die frische Luft, egal bei welchem Wetter.
- Wechselduschen regen den Kreislauf an.
- Vermeiden Sie feuchte und kalte Füße.
- Halten Sie Abstand zu erkälteten Personen. Die Viren überleben bis zu fünf Stunden auf der Haut und sind somit lange ansteckend.
- Zigaretten und Alkohol schwächen das Immunsystem.
- Kleiden Sie sich warm genug.

# Pflegende Angehörige

## Verlängerung des Pflegeurlaubs

*Viele Menschen kümmern sich zuhause um einen pflegebedürftigen Angehörigen. Seit September 2020 können sie für diese Tätigkeit ein offizielles soziales Statut erhalten. Außerdem können sie unter bestimmten Bedingungen einen Pflegeurlaub beantragen. Bisher betrug dieser Urlaub einen Monat in Vollzeit oder zwei Monate in Teilzeit. Nun wurde der Zeitraum auf drei Monate bzw. sechs Monate verlängert.*

### Wer ist pflegender Angehöriger?

Man spricht von einem pflegenden Angehörigen, wenn jemand eine Person, zu der eine enge und vertrauensvolle Beziehung besteht, im Alltag unterstützt. Bedingung ist, dass diese Person wegen ihres fortgeschrittenen Alters, ihres Gesundheitszustands oder einer Behinderung Hilfe benötigt. Die Unterstützung erfolgt unentgeltlich und auf nicht professioneller Basis. Zu den anerkannten Leistungen gehören sämtliche Hilfen im Alltagsleben wie die Zubereitung der Mahlzeiten, Waschen und Ankleiden der hilfsbedürftigen Person, Erledigung der Einkäufe, Reisebegleitung, psychologische Betreuung usw.

### Zwei Anerkennungen möglich

Seit September 2020 haben Personen, die sich um eine pflegebedürftige Person kümmern, die Möglichkeit, diese Tätigkeit von der Krankenkasse „anerkennen“ zu lassen. Es gibt zwei unterschiedliche Formen der Anerkennung:

#### Die allgemeine Anerkennung

Für diese Form können wir als Krankenkasse dem pflegenden Angehörigen ein unbefristetes Zertifikat für seine Tätigkeit aushändigen. Dieser Nachweis bietet zwar derzeit auf föderaler Ebene noch keinerlei finanzielle Vorteile, jedoch können Organisationen auf

nicht föderaler Ebene (z.B. Gemeinden, Regionen, Städte usw.) bestimmte Vergünstigungen vorsehen.

Um dieses Statut zu erhalten, müssen Sie als pflegender Angehöriger folgende Kriterien erfüllen:

- Sie haben Ihren Hauptwohnsitz in Belgien und sind im Bevölkerungsregister eingetragen. Auch die hilfsbedürftige Person muss in Belgien leben.
- Sie haben eine Beziehung des Vertrauens und der Nähe (emotional oder geographisch) zur betreuten Person. Es muss sich aber nicht zwingend um ein Familienmitglied handeln.
- Sie leisten dem hilfsbedürftigen Menschen ständige oder regelmäßige Unterstützung, d.h. monatlich mindestens 50 Stunden oder 600 Stunden pro Jahr.
- Sie leisten die Unterstützung auf freiwilliger Basis, ohne finanzielle Gegenleistung und in Zusammenarbeit mit mindestens einem (para-)medizinischen Dienstleister (Krankenpfleger, Arzt, Kinesitherapeut, ...).

#### Die Anerkennung mit Anrecht auf soziale Vorteile

Die Anerkennung mit Anrecht auf soziale Vorteile können wir für ein Jahr aushändigen. Insofern die Bedingungen erfüllt bleiben, kann die Anerkennung jährlich erneuert werden.

Bei der Anerkennung mit sozialen Vorteilen ist es möglich, einen bezahlten Pflegeurlaub in Anspruch zu nehmen (mehr dazu auf der nächsten Seite).

Um als „pflegender Angehöriger mit Anrecht auf soziale Vorteile“ anerkannt zu werden, muss zusätzlich zu den oben erwähnten Bedingungen (Allgemeine Anerkennung) der Grad der Abhängigkeit der betreuten Person bestimmt werden.

### Grad der Abhängigkeit

Bei pflegebedürftigen Personen über 21 Jahre gelten die Kriterien zur Bewertung des Autonomieverlustes, die bei einem Antrag auf Eingliederungsbeihilfe festgelegt werden. Diese Einschätzung erfolgt durch:

- die Generaldirektion „Personen mit Behinderung“ des FÖD Soziale Sicherheit oder
- Medex (Direction d'Expertise Médicale) des FÖD Volksgesundheit.

Wurde die Beeinträchtigung nicht schon durch eine dieser Institutionen festgestellt, kann der Autonomieverlust durch den Vertrauensarzt der Krankenkasse bewertet werden.

Für pflegebedürftige Personen unter 21 Jahren werden die Kriterien zur Bewertung einer Beeinträchtigung angewandt, die auch für die Familienzulagen gelten.

### Antrag bei uns einreichen

Als pflegender Angehöriger können Sie sich für die Antragstellung an uns wenden. Unsere Mitarbeiter werden gerne mit Ihnen die Antragsformulare ausfüllen. Jedoch muss der Antrag auch von der versorgten Person unterzeichnet werden.

Wenn die Bedingungen für eine „Anerkennung mit sozialen Vorteilen“ erfüllt sind, ermöglicht Ihnen die Bescheinigung darüber einen bezahlten Pflegeurlaub, den Sie bei Ihrem Arbeitgeber und dem LfA (Landesamt für Arbeitsbeschaffung) beantragen müssen.



### Bezahlter Pflegeurlaub

Im Falle des Anrechts auf soziale Vorteile kann der pflegende Angehörige einen Pflegeurlaub beanspruchen, der durch das LfA bezahlt wird. Dabei handelt es sich um eine pauschale monatliche Vergütung, die nicht an das frühere Gehalt gekoppelt ist.

**Die Dauer des thematischen Urlaubs wurde nun zum 1. September 2021 von einem auf drei Monate verlängert.**

### Formen des Pflegeurlaubs

Bei vollzeitiger Laufbahnunterbrechung darf der Pflegeurlaub während drei Monaten in Anspruch genommen werden. Wenn der pflegende Angehörige einen teilzeitigen Pflegeurlaub wünscht, ist dies halbtags oder für einen Tag pro Woche (ein Fünftel) möglich. Die gestückelte Variante kann nur bei einer Vollzeitbeschäftigung genehmigt werden.

Im Laufe der gesamten Berufslaufbahn darf dieser thematische Urlaub während maximal sechs Monaten in Vollzeit oder zwölf Monaten in Teilzeit genommen werden.

Der Arbeitnehmer hat die Möglichkeit, die drei Monate der vollständigen Aussetzung in Zeiträumen von je einem Monat (oder je zwei Monaten in Halbzeit) aufzuteilen. Es kann pro Mitteilung an den Arbeitgeber aber nur ein einziger zusammenhängender Urlaubszeitraum beantragt werden. Der pflegende Angehörige kann, wenn er dies wünscht, die beiden Formen des Urlaubs miteinander kombinieren, sofern sie nicht den Gegenwert von drei Monaten vollständiger Beurlaubung überschreiten.

*Weitere Informationen über die Formalitäten für den Pflegeurlaub und das Antragsformular finden Sie auf der Seite des LfA ([www.lfa.be](http://www.lfa.be)) unter Bürger > Laufbahnunterbrechung, Zeitkredit und thematische Urlaube > Thematische Urlaube (alle Sektoren) > T164*



# Depression bei Kindern: Verständnis und Feingefühl sind gefragt

Die Depression ist eine der häufigsten psychischen Erkrankungen weltweit. Selbst Kinder und Jugendliche können an einer Depression leiden – oft jedoch ohne dass sie erkannt wird. Durch Isolation und soziale Einschränkungen sind die Fallzahlen in der Zeit der Corona-Pandemie deutlich angestiegen.

Freude, Wut, Angst oder Ärger sind nur einige der Gefühle, mit denen Menschen ab dem Kleinkindalter auf ihr Umfeld reagieren. Naturgemäß gehören auch Traurigkeit und Niedergeschlagenheit dazu. Sie helfen der Psyche, belastende Erlebnisse zu verarbeiten und sind meist nach kurzer Zeit überwunden.

Doch nicht jeder findet sofort wieder sein seelisches Gleichgewicht. Eine schwere, anhaltende Verstimmung kann das Allgemeinbefinden erheblich beeinflussen – man spricht von einer Depression.

Während das Krankheitsbild bei Erwachsenen allgemein bekannt ist, wird oft vergessen, dass auch junge Menschen unter einer depressiven Störung leiden können.

## Anzeichen

Gerade bei Kindern und Jugendlichen macht sich eine Depression nicht vorwiegend psychisch bemerkbar, sondern breitet sich auf die verschiedensten Bereiche aus.

- **Stimmung:** Alarmierende Zeichen sind anhaltende Niedergeschlagenheit, Verzweiflung und tiefe Traurigkeit. Häufig treten aber auch eine psychische Überempfindlichkeit, Aggressionen, Reizbarkeit, vermehrte Angst oder wechselnde Launen auf.
- **Mentale Ebene:** Pessimismus, ständige Schuldgefühle oder ein niedriges Selbstwertgefühl können auf eine Depression hindeuten. In schweren Fällen äußert das Kind sogar Selbstmordgedanken.
- **Verhalten:** Auf der Verhaltensebene reichen die Symptome einer Depression von sozialem Rückzug aus der Familie und von Freunden, über die Unlust zu spielen oder Hobbys nachzugehen bis hin zu häufigen Weinkrämpfen. Auch eine Hyperaktivitätsstörung kann mit der Depression einhergehen. Bei Jugendlichen sind zudem Alkohol- und Drogenmissbrauch auffällig.
- **Körper:** Kinder und Jugendliche klagen oft über Müdigkeit und

Antriebslosigkeit oder leiden unter Schlafstörungen. Selbst Essverhalten (verminderter oder gesteigerter Appetit) und Körpergewicht verändern sich oft dramatisch.

- **Leistung:** Konzentrationsschwierigkeiten führen nicht selten zu einem Leistungsabfall im Unterricht. Manche Kinder verweigern den Schulbesuch sogar vollständig.

## Unterschiedliche Erkrankungen

Eine krankhafte Störung liegt vor, wenn mehrere der oben angeführten Anzeichen zeitgleich und während eines bestimmten Zeitraums auftreten.



Eine **depressive Episode** macht sich vorwiegend durch Niedergeschlagenheit und Interessenverlust bemerkbar. Begleitet wird die Stimmungsänderung meist noch von anderen Symptomen (siehe oben). Je nach Ausprägung der Beschwerden spricht man von einer leichten bis schweren depressiven Episode.

Bei einer **Dysthymie**, einer leichten depressiven Verstimmung, sind die Anzeichen weniger offensichtlich, doch es handelt sich um eine chronische Störung, die in der Regel ein bis zwei Jahre andauert.

Jugendliche leiden häufig auch unter **gemischten Störungsbildern**, bei denen sowohl Verhaltensauffälligkeiten als auch depressive Stimmungsbilder in Erscheinung treten, z.B. Magersucht, Drogenmissbrauch oder Selbstverletzung.

Das **manisch-depressive Krankheitsbild** hingegen entwickelt sich meist erst im Erwachsenenalter und ist bei Kindern bzw. Jugendlichen kaum verbreitet. Etwa jeder zehnte Minderjährige weist emotionale Auffälligkeiten auf, die sich in belastenden Situationen oder bei Stress zu einer ernsthaften Depression steigern könnten. Ähnlich wie bei den Erwachsenen wird bei Mädchen fast doppelt so oft eine Depression diagnostiziert wie bei Jungen.

Stetig wachsender Leistungsdruck, Stress sowie zunehmende familiäre und gesellschaftliche Belastungen lassen schon in jungen Jahren die Anzahl der depressiven Störungen ständig steigen.

### Verstecktes Leiden

Die Vielschichtigkeit der Symptome und deren oft langsame Entwicklung erschweren die Diagnose einer Depression. Vor allem bei Kindern und Jugendlichen sind die seelischen Merkmale weniger offensichtlich. Das Umfeld wird erst aufmerksam, wenn sich diese stark verschlimmern (bis hin zu Selbstmordgedanken) oder wenn körperliche Beschwerden hinzukommen.

Bis es soweit ist, können mehrere Monate vergehen. Zu Beginn einer depressiven Störung versuchen viele Kinder zudem instinktiv, ihre seelische Unausgeglichenheit zu verbergen, indem sie sich zurückziehen.

Auch Verhaltensstörungen, die eine Depression bei jungen Menschen oftmals begleiten, werden nicht immer mit dieser in Verbindung gebracht.

Im Gegenteil: plötzliche Überängstlichkeit, Aggressionen, bei Jugendlichen verändertes Essverhalten oder steigender Alkoholkonsum werden erst einmal als Nebenwirkung des Heranwachsens bewertet.

Selbst Kleinkinder können schon eine depressive Störung aufweisen. Da sie in diesem Alter ihr Unwohlsein meist als körperliche Beschwerden wie bspw. Bauch- oder Kopfschmerzen ausdrücken, ist es noch schwieriger, ihr emotionales Leiden zu erkennen.



### Depressive Spirale

Bildlich gesehen kann man den Entstehungsprozess einer Depression mit einer Spirale vergleichen, die nach unten führt. Zu Beginn fühlt sich das Kind oder der Jugendliche ständig niedergeschlagen.

Die seelische Verstimmung führt allmählich dazu, dass positive und aufbauende Erfahrungen ausbleiben. Der Gemütszustand verschlechtert sich immer weiter, bis sich schließlich ein absolut negatives Selbstbild verfestigt.

### Richtig einschätzen

Unter Umständen sind die Eltern so sehr mit ihren eigenen privaten oder beruflichen Sorgen beschäftigt, dass sie die Verhaltensänderungen ihrer Sprösslinge nicht bemerken bzw. nicht darauf eingehen können. Hinzu kommt, dass die Gefühlsäußerungen der Kinder und Jugendlichen von ihren Bezugspersonen manchmal lediglich als Launen angesehen und somit nicht ernst genommen werden. Gerade das verschlimmert die Situation noch, da die Kinder sich nicht verstanden fühlen und sich auf Dauer immer weiter zurückziehen.

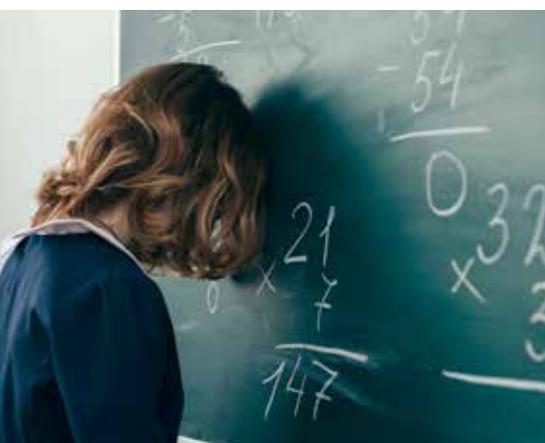


Für die Eltern ist es schwierig, die Lage objektiv einzuschätzen. Vor allem bei Verhaltensauffälligkeiten wird der Grund gerne im schulischen Umfeld oder im Freundeskreis gesucht. Psychische Erkrankungen sind immer noch ein gesellschaftliches Tabuthema.

Daher fällt es vielen Menschen schwer, die eigene Familie damit konfrontiert zu sehen. In manchen Fällen werden die Probleme auch verdrängt, weil Erwachsene sich Selbstvorwürfe machen und sich die Schuld daran geben, ihr Kind nicht ausreichend beschützt und gestärkt zu haben.

### Auslöser

Eine Depression in jungen Jahren kann durch unterschiedliche Faktoren ausgelöst werden, die biologischer, gesellschaftlicher oder familiärer Natur sind. So wurde bspw. beobachtet, dass in manchen Familien Depressionen gehäuft vorkommen. Wer also genetisch vorbelastet ist, hat somit ein erhöhtes Risiko, selbst auch eine emotionale Störung zu entwickeln. Umgekehrt schauen Kinder zu ihren Eltern auf und das depressive Verhalten wird in gewisser Weise „erlernt“.



Schließlich spielt auch der Erziehungsstil hin und wieder eine Rolle als Auslöser von Depressionen. Wer ständig kritisiert wird, entwickelt nur ein geringes Selbstwertgefühl. Ohne Anerkennung und Lob bleiben die notwendigen Erfolgserlebnisse aus und das Kind beginnt, sich seelisch zurückzuziehen.

Auffällig ist die geschlechtliche Verteilung der Fälle. Mädchen sind meist nachdenklicher als Jungen und setzen sich anders mit ihren Problemen auseinander. Doch auch funktionelle und hormonelle Gegebenheiten sind dafür verantwortlich, dass das weibliche Geschlecht doppelt so häufig an Depressionen erkrankt.

Depressive Störungen können auch durch traumatische Erlebnisse hervorgerufen werden. Die Scheidung der Eltern, der Tod eines Familienmitglieds, finanzielle Probleme der Eltern oder Gewalt und Missbrauch sind nur einige der Ereignisse, die Kinder in ein tiefes Loch stürzen lassen, aus dem sie selbst nicht wieder herausfinden. Immer häufiger tritt das schulische Umfeld als Auslöser einer seelischen Störung in Erscheinung.

Während manche Schüler dem Leistungsdruck einfach nicht standhalten, werden andere von ihren Klassenkameraden regelrecht gemobbt und in eine seelische Bedrängnis getrieben.

### Depressionen vorbeugen

Mit viel Feingefühl und Verständnis können Eltern ihre Kinder vor einer Depression schützen. Das bedeutet selbstverständlich nicht, dass der Nachwuchs in Watte gepackt werden soll. Doch Lob und Anerkennung gehören ebenso zu einer gesunden Erziehungsmethode wie angemessener Tadel und gerechtfertigte Kritik.

Wichtig ist es außerdem, auf den jeweiligen Gemütszustand des Kindes einzugehen. Es sollte niemals Angst haben, den Eltern seine Gefühle und Sorgen mitzuteilen. Hilfreich ist sicherlich auch ein positives Klima innerhalb der Familie. Probleme sollten rasch aufgegriffen und möglichst schnell bereinigt werden. Durch gemeinsame Unternehmungen wird der Familienzusammenhalt zusätzlich gestärkt, was allen ein Gefühl von Geborgenheit vermittelt.



Nicht jedes Kind ist gleichermaßen intelligent oder begabt. Wer bemerkt, dass sein Kind unter dem Leistungsdruck leidet, kann – nach Rücksprache mit den Lehrern oder einem Psychologen – nach alternativen Lösungen suchen.

### Dem Kind geht's nicht gut – und nun?

Sobald sich erste Anzeichen einer depressiven Störung bemerkbar machen, ist es an der Zeit zu handeln. Von scheinbar aufmunternden Ratschlägen wie „Streng dich an!“ oder „Das ist alles halb so schlimm!“ ist in diesem Fall abzuraten, da sich die Betroffenen dann nicht ernst genommen fühlen.

Auch abwarten und hoffen, dass sich die Störung „herauswächst“ bringt nichts bei einer krankhaften Gemütsveränderung. Vertrauliche Gespräche hingegen helfen den Eltern und dem Kind oder Jugendlichen, die Situation zu akzeptieren. Dabei sind jedoch Feingefühl und Geduld gefragt, da sich das Kind meist nicht bei der ersten Unterhaltung öffnet.

Eine Depression ist eine ernstzunehmende Erkrankung und bedarf einer psychologischen Behandlung. Je nach Alter helfen Geschichten, Rollenspiele oder eine Gesprächstherapie den Therapeuten, den Auslöser der Depression zu finden und das seelische Gleichgewicht des Kindes wieder herzustellen.

Häufig sind auch die nahen Angehörigen Bestandteil der Therapie, vor allem wenn die Ursache der Störung im familiären Umfeld liegt. In schweren Fällen erweist sich unter Umständen eine medikamentöse Therapie oder ein stationärer Aufenthalt in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik als notwendig. Begleitend können auch Sport, Entspannungsübungen oder alternative Methoden zum Erfolg der Behandlung beitragen.

Wird eine Depression nicht behandelt, kann sie chronisch werden. Selbst wenn sich die emotionale Lage scheinbar von alleine wieder bessert, erhöht sich das Risiko für einen Rückfall im Erwachsenenalter.



### Psychologische Hilfe

**Für die Behandlung bei einem lizenzierten Psychologen sieht unsere Krankenkasse eine Erstattung vor. Pro individueller Sitzung in der Praxis eines diplomierten selbstständigen Psychologen erstatten wir einen Betrag von 20 € (Erstattung ab Januar 2022, unter Vorbehalt des Einverständnisses seitens des Aufsichtsamtes für die Krankenkassen). Sollte die Behandlung mehr als acht Sitzungen erfordern, so gilt danach eine Erstattung von 15 € ohne Begrenzung der Anzahl Sitzungen.**

**Diese Erstattung gilt nicht für Behandlungen in öffentlich bezuschussten Zentren oder für psychologische Dienste im Rahmen einer multifunktionalen Rehabilitation, da dort bereits eine Kostenbeteiligung seitens der öffentlichen Hand besteht.**

*Auf unserer Internetseite finden Sie eine Liste von lizenzierten Psychologen in Ihrer Nähe unter [www.freie.be](http://www.freie.be) > Leistungen > Psychologie*

# Entbindung im Ausland:

## Sonderregelung der EU

*Für die grenzüberschreitende Gesundheitspflege und deren Kostenübernahme gibt es unterschiedliche Regeln. Bei Geburten besteht eine Sonderregelung der EU, die eine Entbindung im gesamten europäischen Ausland ermöglicht.*

Die Sonderregelung für Geburten gilt europaweit. Alle Einwohnerinnen der EU, des Europäischen Wirtschaftsraums und der Schweiz haben das Recht, in gleich welchem dieser Länder ihr Kind zur Welt zu bringen. Die Kostenerstattung erfolgt nach den Bestimmungen des Entbindungslandes.

### Antrag bei der Krankenkasse

Um die Kostenbeteiligung in Anspruch nehmen zu können, muss die Schwangere bei ihrer Krankenkasse einen Schein „S2 Entbindung“ beantragen; hierzu ist kein ärztliches Attest erforderlich. Wer nicht in seinem Wohnland sondern in einem anderen Land arbeitet, muss die Bescheinigung bei der Krankenkasse des Beschäftigungslandes anfragen.

Auf dem S2-Schein ist eine Gültigkeitsdauer vermerkt. Für die Festlegung dieser Dauer gelten dieselben gesetzlichen Bestimmungen, die für die Zahlung des Mutterschaftsgeldes zur Anwendung kommen.

Für belgische Versicherte gilt:

- Bei Arbeitnehmerinnen kann das Formular S2 sich auf eine Periode von 15 Wochen beziehen, frühestens beginnend 6 Wochen vor dem errechneten Geburtstermin.
- Bei Selbstständigen kann das Formular S2 sich auf eine Periode von 12 Wochen beziehen, frühestens beginnend 3 Wochen vor dem errechneten Geburtstermin.

Ist die Schwangere nicht als Hauptversicherte eingetragen, sondern bei einer anderen Person mitversichert, so hat sie kein Anrecht auf das Mutterschaftsgeld, das als Basis für die erlaubte Gültigkeitsdauer des S2-Scheines dienen könnte. In diesem Fall kann der S2-Schein für eine Periode von vier Monaten ausgestellt werden. Den Zeitraum des Aufenthalts im Ausland kann die Schwangere frei wählen.

### Welche Kosten werden übernommen?

Im Rahmen der EU-Sonderregelung werden sämtliche Pflegekosten in Bezug auf die Entbindung berücksichtigt. Vorsorgeuntersuchungen bei einem ausländischen Gynäkologen, die nicht in die Gültigkeitsperiode des S2-Scheins fallen, werden

### Dauer der Mutterschaftsruhe

**Arbeitnehmerinnen und Arbeitslose haben Anrecht auf insgesamt 15 Wochen Mutterschaftsruhe. Diese setzen sich zusammen aus einem obligatorischen und einem fakultativen Teil. Der obligatorische Teil beginnt eine Woche vor dem errechneten Geburtstermin und endet neun Wochen nach der Entbindung. In dieser Zeit muss die Arbeit vollständig niedergelegt werden. Die restlichen fünf Wochen können wahlweise vor oder nach der Geburt genommen werden.**

**Für Selbstständige beträgt die Gesamtdauer der Mutterschaftsruhe zwölf Wochen mit einem Pflichtanteil von drei Wochen (eine Woche vor dem Geburtstermin und zwei Wochen nach der Entbindung). Wie auch die Arbeitnehmerinnen können Selbstständige über die Verteilung der verbleibenden Wochen frei entscheiden.**

*Ausführliche Infos zu den Bestimmungen der Mutterschaftsruhe in Belgien finden Sie unter [www.freie.be](http://www.freie.be) > Meine Situation > Eltern werden > Schwangerschaft und Geburt > Anrecht der Mutter*



nicht im Rahmen der Sonderregelung erstattet, sondern nach den üblichen Erstattungsregeln des Beschäftigungslandes.

Kommt es bei einem zeitweiligen Aufenthalt im Ausland, z.B. im Urlaub, zu dringenden und unvorhergesehenen Pflegeleistungen im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft, so fällt dies nicht unter die hier vorgestellte EU-Sonderregelung für Geburten. Die Kosten können jedoch, so wie andere dringende Pflegeleistungen bei einem Auslandsaufenthalt, über die EHIC (Europäische Krankenversicherungskarte) abgerechnet werden.

### Wer erstattet die Kosten?

Die Kostenübernahme erfolgt durch die Krankenkasse des Behandlungslandes zu den dort geltenden Tarifen. Dazu muss jedoch bei der Ankunft der Schein „S2 Entbindung“, ausgestellt von der Krankenkasse des Beschäftigungslandes, einer dortigen Krankenkasse übermittelt werden.

Wurde der S2-Schein nicht im Behandlungsland abgegeben, so können die Rechnungen nach der Rückkehr bei der belgischen Krankenkasse bzw. bei der Krankenkasse des Beschäftigungslandes eingereicht werden. Da hierzu jedoch ein administrativer Austausch mit den ausländischen Krankenkassen erforderlich ist, kann die Bearbeitung längere Zeit in Anspruch nehmen. Es empfiehlt sich daher immer, die Kostenabrechnung direkt im Aufenthaltsland vornehmen zu lassen.

Es kann vorkommen, dass die gesetzliche Erstattung im Behandlungsland geringer ausfällt als im Versiche-



rungsland. In diesem Fall kann die Betroffene bei ihrer Krankenkasse eine Ausgleichszahlung beantragen. Dazu muss sie die ausländischen Rechnungen bei ihrer Krankenkasse einreichen und ein entsprechendes Antragsformular ausfüllen.

Für Behandlungen in Privatkliniken kann kein S2-Schein ausgestellt werden. Diese können immer nur zum belgischen Tarif erstattet werden. Informieren Sie sich ggf. im Vorfeld über die zu zahlenden Kosten, da diese sehr hoch ausfallen können.

### Pflege des Kindes

In vielen Ländern wird die Pflege am Neugeborenen, anders als in Belgien, mit auf der Rechnung der Mutter aufgeführt. Aus diesem Grund ist es wichtig, das Kind schnellstmöglich bei der belgischen Krankenkasse einzutragen. Nachdem die Eintragung vorgenommen wurde, erhält das Kind eine eigene EHIC, die es ermöglicht, die Pflegeleistungen des Kindes im Ausland abzurechnen.



# Kinesitherapie: Erstattung für schwere Krankheiten

*Im Bereich der Kinesitherapie gibt es unterschiedliche Erstattungssysteme, je nach Art der behandelten Erkrankungen. Die Anzahl erstattbarer Sitzungen und die jeweiligen Modalitäten sind davon abhängig. Einer dieser Bereiche umfasst die so genannten schweren Krankheiten.*

Das Landesinstitut für Kranken- und Invalidenversicherung (LIKIV) hat ein Verzeichnis erstellt, in dem alle „schweren Erkrankungen“ aufgelistet sind. Dies ist die so genannte Liste E. Dazu gehören unter anderem neurologische Störungen, Mukoviszidose, Amputationen, rheumatische Arthritis oder schlimme Verbrennungen.

## Antrag an den Vertrauensarzt

Vor Beginn der Behandlung muss der behandelnde Arzt eine Anfrage an den Vertrauensarzt unserer Krankenkasse richten. Handelt es sich um den ersten Antrag, so ist Folgendes beizufügen:

- der Bericht eines Facharztes, in dem die Diagnose bestätigt wird;
- ein medizinischer Bericht, in dem erläutert wird, welche kinesitherapeutische oder physiotherapeutische Behandlung angewandt werden soll.

Sollte nach Ablauf des genehmigten Zeitraums eine Fortsetzung der Behandlung notwendig sein, so muss ein Antrag auf Verlängerung der Therapie an den Vertrauensarzt gerichtet werden.

Mindestens einmal jährlich und nach jeder erneuten Verordnung muss der Kinesitherapeut einen

Bericht über den Gesundheitszustand des Patienten erstellen und an den Arzt senden.

Wird der Antrag auf eine kinesitherapeutische Behandlung vom Vertrauensarzt abgelehnt, so können Sie dennoch kinesitherapeutische Sitzungen in Anspruch nehmen. Sie erhalten dann allerdings eine geringere Erstattung.

## Erstattung

Eine Genehmigung ist höchstens drei Jahre gültig. Während dieser Zeit ist die Anzahl der erstattbaren Sitzungen unbegrenzt. Pro Tag kann eine Pflegeleistung erstattet werden; in besonderen Situationen eventuell zwei Behandlungen pro Tag, wenn diese in einem Abstand von mindestens drei Stunden stattgefunden haben.

Der Eigenanteil für eine kinesitherapeutische Behandlung bei schwerer Krankheit beträgt 4 € pro Sitzung, für Personen mit Anrecht auf den Vorzugstarif der Krankenkasse nur 1,50 €.

In folgenden Fällen kann der vom Patienten zu zahlende Eigenanteil allerdings höher ausfallen:

- Wenn der Kinesitherapeut nicht konventioniert ist: Falls der Therapeut dem Abkommen mit den belgischen Krankenkassen nicht beigetreten ist, fällt die Erstattung geringer aus. Eine Ausnahme gilt jedoch für Versicherte mit Anrecht auf den Vorzugstarif.
- Wenn die Behandlung beim Patienten zu Hause stattfindet und der Kinesitherapeut ein zusätzliches Fahrtgeld berechnet.
- Wenn die Anzahl der verordneten Sitzungen überschritten wurde.
- Wenn die Sitzung auf Wunsch des Patienten vor 8 Uhr morgens oder nach 19 Uhr abends bzw. an einem Wochenende oder Feiertag durchgeführt wird.

## Erstattung durch Hospitalia

Im Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt können auch die kinesitherapeutischen Behandlungen durch die Krankenhausversicherung übernommen werden, insofern Sie Mitglied von *Hospitalia* oder *Hospitalia Plus* sind.



# Eine Beschwerde? ... wir hören Ihnen zu!

*Ihre Reaktion kann uns dabei helfen, Schwachstellen zu erkennen und die Qualität unserer Dienstleistung zu verbessern.*

*Wir sind stets bemüht, Ihre Erwartungen an unsere Krankenkasse zu erfüllen. Dennoch ist es möglich, dass nicht immer alles zu Ihrer Zufriedenheit erfüllt werden kann. Dabei können die Probleme in unterschiedlichen Bereichen liegen, sei es im Service, in Bezug auf Rückzahlungen oder Krankengeld oder in Verbindung mit Ihrem Versicherungsverhältnis.*

## Teilen Sie uns Ihr Anliegen mit!

Falls Sie eine Unzufriedenheit äußern möchten, so stehen Ihnen viele Wege offen, dies mitzuteilen:

- in einem **persönlichen Gespräch** in einer unserer Kontaktstellen;
- per **Telefon** unter der Nummer 080 640 515;
- per **E-Mail** an [info@freie.be](mailto:info@freie.be);
- über das **Beschwerdeformular** auf unserer Internetseite oder im **Online Büro** unter [www.freie.be](http://www.freie.be);
- per **Brief** an den Gesellschaftssitz der Freien Krankenkasse, Hauptstraße 2 in 4760 Büllingen;
- anhand eines Beschwerdeformulars, das in unseren Kontaktstellen bereitliegt.

## Bearbeitung Ihrer Beschwerde

Jede Beschwerde wird bei uns sorgsam verfolgt. Nachdem Sie uns Ihr Anliegen mitgeteilt haben, wird Ihre Nachricht bei uns registriert und Sie erhalten eine Empfangsbestätigung.

Wir bemühen uns, Ihr Anliegen innerhalb von sieben Arbeitstagen zu bearbeiten. Falls wir diese Frist nicht einhalten können, z.B. weil wir auf Informationen anderer Institutionen oder außenstehender Personen angewiesen sind, informieren wir Sie über die weiteren Schritte.

Insofern unsere Antwort nicht zu Ihrer Zufriedenheit ausfällt, bzw. wir keine Lösung in Ihrem Sinne finden konnten, erhalten Sie von uns Informationen über mögliche weitere Schritte, die Sie einleiten können. In einem solchen Fall haben Sie die Möglichkeit, sich an folgende Schlichtungsdienste zu wenden:

- **Bei Anliegen bzgl. der gesetzlichen Krankenversicherung und der Zusätzlichen Dienste:**  
**Beschwerdemanager des Landesbundes der Freien Krankenkassen**  
Landesbund der Freien Krankenkassen  
Beschwerdemanager von MLOZ  
Route de Lennik 788A in 1070 Brüssel  
E-Mail: [complaints@mloz.be](mailto:complaints@mloz.be)
- **Bei Beschwerden in Zusammenhang mit einer Versicherung der VaG MLOZ Insurance (z.B. Hospitalia, Dentalia Plus, Medicalia):**
  1. **Beschwerdemanager von MLOZ Insurance**  
VaG MLOZ Insurance  
Beschwerdemanager von MLOZ Insurance  
Route de Lennik 788A in 1070 Brüssel  
E-Mail: [complaints@mloz.be](mailto:complaints@mloz.be)
  2. **Ombudsmann der Versicherungen**  
Square de Meeûs 35 in 1000 Brüssel  
E-Mail: [info@ombudsman.as](mailto:info@ombudsman.as)  
[www.ombudsman.as](http://www.ombudsman.as)



# Wahl der Generalversammlung der Freien Krankenkasse

*Im ersten Halbjahr 2022 werden die Mitglieder aller Krankenkassen des Landes (sowie ihre Personen zu Lasten, die volljährig und mit der Beitragszahlung in Ordnung sind) dazu aufgerufen, die Vertreter für die Generalversammlung ihrer Krankenkasse zu wählen. Der Gesetzgeber verspricht sich durch die Organisation von Wahlen eine Transparenz in der Funktion und Verwaltung der Krankenkassen (Gesetz vom 6. August 1990).*

*Ziel der Wahlen ist es, eine Mitgliedervertretung zu schaffen, die im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Satzung der Krankenkasse die Rechte der Mitglieder wahrnimmt. Diese Wahlen, die alle sechs Jahre stattfinden, werden im Mai 2022 von allen Krankenkassen des Landes organisiert.*

## Krankenkassenwahlen ... wozu?

Die Wahlen geben den Mitgliedern die Gelegenheit, eine Kandidatur einzureichen oder für einen Kandidaten ihrer Wahl zu stimmen. Die Gewählten nehmen die Rechte der Mitglieder in der Generalversammlung der Krankenkasse wahr.

## Aufruf zur Kandidatur für die Wahl der Vertreter in der Generalversammlung

Im Prinzip kann jedes beitragszahlende Mitglied (ebenso Personen zu Lasten eines beitragszahlenden Mitglieds) sich als Wahlkandidat bewerben. Falls die Anzahl der zu vergebenden Mandate überschritten wird, muss die Krankenkasse eine Wahl organisieren. Für die Mitglieder besteht jedoch keine Pflicht, an der Wahl teilzunehmen.

## Welche Funktion hat die Generalversammlung einer Krankenkasse?

Die Generalversammlung der Freien Krankenkasse tritt im Normalfall einmal pro Jahr zusammen, um die Jahresbilanz zu genehmigen und eventuell ein weiteres Mal, um die Satzungen (Grundregeln der Krankenkasse) anzunehmen oder zu ändern. Bei ihrer ersten Einberufung hat die Generalversammlung auch die Aufgabe, den Verwaltungsrat neu zu wählen. Das Mandat eines Generalversammlungsmitgliedes wird nicht entlohnt.

## Mandat für 6 Jahre

Die Eigenschaft als Mitglied der Generalversammlung ist gültig für eine Periode von höchstens 6 Jahren, das Mandat kann bei einer künftigen Wahl jedoch erneuert werden (Artikel 9 der Satzung).

## Bedingungen zur Wählbarkeit

(Artikel 12 und 13 der Satzung)

Beim Einreichen einer Kandidatur muss das Mitglied folgende Bedingungen erfüllen:

- Mitglied der Krankenkasse oder Person zu Lasten sein;
- volljährig bzw. großjährig sein;
- mit der Beitragszahlung für die gesetzliche Krankenversicherung und für die „Zusätzlichen Dienste“ in Ordnung sein;
- von guter Führung sein und über die bürgerlichen Rechte verfügen;
- am Tag der Einreichung der Kandidatur seit mindestens 2 Jahren der Krankenkasse angeschlossen sein;
- kein Personalmitglied der Krankenkasse sein oder ein ehemaliges Personalmitglied sein, welches aus nicht wirtschaftlichen Gründen oder aus anderen in der Satzung genannten Gründen entlassen worden ist. Mitglieder, die gerichtlich gegen die Krankenkasse vorgegangen sind sowie Mitglieder, über die eine rechtskräftige Strafe oder Gefängnisstrafe von mehr als 3 Monaten verhängt wurde, können nicht kandidieren.

## Einreichung einer Kandidatur

Die Mitglieder oder die Personen zu Lasten, die ihre Kandidatur einreichen möchten, können dies bis zum 30. November 2021 tun. Wer die Bedingungen zur Wählbarkeit erfüllt, kann seine Kandidatur, ggf. mit einem Motivationsschreiben, per Einschreiben ein-senden an den Vorsitzenden der Freien Krankenkasse, Hauptstraße 2 in 4760 Büllingen (siehe Vordruck).

An den Vorsitzenden der Freien Krankenkasse, Hauptstraße 2 - 4760 Büllingen

## KANDIDATUR

(Einsendung muss per Einschreiben erfolgen)

Name:

Vorname:

Adresse:

Geburtsdatum:

Kleben Sie hierhin eine Vignette

Hiermit erkläre ich, dass ich für die bevorstehenden Wahlen zur Generalversammlung der Freien Krankenkasse meine Kandidatur einreiche.

Ich erkläre, dass ich auf Anfrage einen Strafregisterauszug vorlegen kann, der keine Hinweise auf eine kriminelle Straftat oder Gefängnisstrafe enthält. Ich erkläre hiermit auf Ehrenwort, dass ich sämtliche Wählbarkeitsbedingungen erfülle, so wie sie in der Satzung der Krankenkasse festgelegt sind (siehe Text „Bedingungen zur Wählbarkeit“).

Datum:

Unterschrift

**Vergessen Sie nicht, eine Vignette aufzukleben und Ihren Namen und Vornamen in Druckbuchstaben zu vermerken. Der Brief muss vom Kandidaten selbst datiert und unterschrieben sein und per Einschreiben eingereicht werden. Einsendeschluss der Kandidatur ist der 30. November 2021 (das Datum des Poststempels gilt).**

### Wahlbezirk

Die Krankenkasse besteht aus einem einzigen Wahlbezirk, ungeachtet des Wohnsitzes der Mitglieder und ihrer mitversicherten Personen (Artikel 10 der Satzung).

Die Generalversammlung setzt sich, gemäß den Bestimmungen des Gesetzes vom 6. August 1990 sowie des Königlichen Erlasses vom 7. Juli 2021 zu dessen Ausführung aus Delegierten zusammen, und zwar ein Delegierter pro 1.000 Mitglieder. Die Generalversammlung der Freien Krankenkasse muss aus mindestens 15 und maximal 17 Mitgliedern bestehen.

Die Freie Krankenkasse agiert im Rahmen dieser Wahlen als verantwortliche Stelle. Weitere Informationen bzgl. der Verarbeitung Ihrer Daten und Ihrer Rechte können Sie einsehen unter <https://www.freie.be/datenschutzbestimmungen/>

Zusätzliche Informationen erhalten Sie bei der Freien Krankenkasse unter der Telefonnummer: 080 640 504.

# Wahl der Generalversammlung der VaG MLOZ Insurance

*Im ersten Halbjahr 2022 werden die Mitglieder aller Krankenkassen des Landes (sowie die Personen zu Lasten, die groß- bzw. volljährig und mit der Prämienzahlung in Ordnung sind), dazu aufgerufen, die neuen Gremien ihrer Krankenkasse zu wählen. Durch die Organisation von Wahlen verspricht sich der Gesetzgeber eine Transparenz in der Funktion und der Verwaltung der Krankenkassen (Gesetz vom 6. August 1990).*

*Diese Wahlen, die alle 6 Jahre stattfinden, müssen im Laufe des Monats Mai 2022 von allen Krankenkassen des Landes sowie von den Versicherungsgesellschaften auf Gegenseitigkeit, wie MLOZ Insurance, organisiert werden.*

## Krankenkassenwahlen ... wozu?

Die Wahlen geben den Mitgliedern die Gelegenheit, für einen Kandidaten ihrer Wahl zu stimmen. Die Mitglieder sind aber nicht verpflichtet, an der Wahl teilzunehmen. Wer sich aktiv in den Gremien der VaG MLOZ Insurance mit Sitz in Brüssel beteiligen möchte (die Versammlungen finden in Brüssel statt), kann sich als Wahlkandidat bewerben. Nachstehend listen wir die Informationen auf zum Einreichen einer Kandidatur.

## Welche Funktion hat die Generalversammlung einer Versicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit?

Die Generalversammlung kann die Satzungen (Grundregeln der Gesellschaft) annehmen oder ändern, die Jahresbilanz bewilligen sowie Verwaltungsratsmitglieder wählen.

## Wahlbezirke

Eine Person kann nur für den Wahlbezirk kandidieren, für den sie auch das Wahlrecht besitzt (Artikel 15 der Satzung von MLOZ Insurance). Durch den Beschluss der Generalversammlung ist die VaG in drei Wahlbezirke eingeteilt, entsprechend den drei Krankenkassen (Sektionen), die Produkte von MLOZ Insurance anbieten.

Die Wahlbezirke sind:

Partenamut 509 – 94 Mandate;

Freie Krankenkasse 515 – 4 Mandate;

Helan 526 – 78 Mandate.

Helan wird aus der Fusion der Krankenkasse OZ Onafhankelijk Ziekenfonds 501 und Partena OZV 526 zum 1. Januar 2022 hervorgehen.

Ein Wahlbezirk umfasst die Gesamtheit der Mitglieder mit Wahlrecht. Das Amt des Vertreters in der Generalversammlung gibt kein Anrecht auf irgendeine Entschädigung oder Entlohnung.

## Mandat für 6 Jahre

Die Eigenschaft als Mitglied der Generalversammlung ist für eine verlängerbare Periode von höchstens 6 Jahren gültig (Artikel 14 des Gesetzes vom 6. August 1990 über die Krankenkassen und Landesbünde der Krankenkassen).

## Bedingungen zur Wählbarkeit

(Artikel 15 B der Satzung von MLOZ Insurance)

Beim Einreichen einer Kandidatur zur Wahl in die Generalversammlung der Versicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit MLOZ Insurance muss die versicherte Person folgende Bedingungen erfüllen:

- am Tag der Einreichung der Kandidatur seit mindestens zwei Jahren Mitglied der VaG MLOZ Insurance sein;
- die Prämien ordnungsgemäß entrichtet haben;
- voll- bzw. großjährig sein;
- von guter Führung sein und über die bürgerlichen Rechte verfügen;
- kein Personalmitglied der Versicherungsgesellschaft sein oder ein ehemaliges Personalmitglied der Versicherungsgesellschaft oder ihrer Sektionen sein, welches aus nicht wirtschaftlichen Gründen oder aus anderen in der Satzung genannten Gründen entlassen worden ist.

## Bedingungen zur Einreichung einer Kandidatur

Die Versicherungsnehmer und die Personen zu Lasten, die kandidieren möchten, verfügen über eine Frist bis zum 30. November 2021, um eine Kandidatur einzureichen. Wer die Bedingungen zur Wählbarkeit erfüllt, kann seine Kandidatur mittels des nachfolgenden Vordrucks per Einschreiben an den Vorsitzenden der VaG MLOZ Insurance, Route de Lennik 788A in 1070 Brüssel senden.

An den Vorsitzenden der VaG MLOZ Insurance, Route de Lennik 788A – 1070 Brüssel

## KANDIDATUR

(Einsendung muss per Einschreiben erfolgen)

Name:

Vorname:

Adresse:

Geburtsdatum:

Krankenkasse, bei der Sie Mitglied von MLOZ Insurance sind:

Kleben Sie hierhin eine Vignette

Hiermit erkläre ich, dass ich für die bevorstehenden Wahlen zur Generalversammlung der VaG MLOZ Insurance meine Kandidatur einreiche.

Ich erkläre, dass ich auf Anfrage einen Strafregisterauszug vorlegen kann, der keine Hinweise auf eine kriminelle Straftat oder Gefängnisstrafe enthält. Ich erkläre hiermit auf Ehrenwort, dass ich sämtliche Wählbarkeitsbedingungen erfülle, so wie sie in der Satzung der VaG MLOZ Insurance festgelegt sind.

Datum:

Unterschrift

**Vergessen Sie nicht, eine Vignette aufzukleben und Ihren Namen und Vornamen in Druckbuchstaben zu vermerken. Der Brief muss vom Kandidaten selbst datiert und unterschrieben sein und per Einschreiben eingereicht werden. Einsendeschluss der Kandidatur ist der 30. November 2021 (das Datum des Poststempels gilt).**

Die VaG MLOZ Insurance agiert im Rahmen dieser Wahlen als verantwortliche Stelle. Weitere Informationen bzgl. der Verarbeitung Ihrer Daten und Ihrer Rechte können Sie einsehen unter <https://www.mloz.be/fr/content/donnees-privees-liees-lactivite-de-mloz-insurance>

Zusätzliche Informationen erhalten Sie bei der Freien Krankenkasse unter der Telefonnummer: 080 640 504.

# Rundum immer da.



Bald im neuen  
Erscheinungsbild!

[www.freie.be](http://www.freie.be)