

PROFIL des Lebens



PB-PP | B-5595
BELGIE(N)-BELGIQUE

Ausgabe Nr. 121

Reportage

Wege zum
Idealgewicht

Versicherung

Medizinische
Behandlung für jeden

Gesundheit

Wie viele
Medikamente
nehmen
Sie ein?



P801141

Abgabestelle: Eupen Mail

Abs.: Freie Krankenkasse, Hauptstraße 2, B-4760 Büllingen
Erscheint dreimonatlich Januar • Februar • März 2022

Entdecken Sie unser Online Büro!

Rundum
immer
da.



- Überblick Ihrer Versicherungen
- Einsicht in Ihre Erstattungen und Ihr Krankengeld
- Ihre Anträge an den Vertrauensarzt
- Download von personalisierten Formularen
- Verwaltung von Angelegenheiten der gesamten Familie
- Bestellung und Download zahlreicher Dokumente



Registrieren Sie sich noch heute unter:

online.freie.be

Vorwort

Wahl der Generalversammlung 2022-2028

Die belgischen Krankenkassen unterliegen einer speziellen Gesetzgebung. Darin ist unter anderem die Vertretung der Mitglieder in der Generalversammlung der Krankenkasse verankert, welche alle 6 Jahre neu gewählt wird und die in der Regel 2 Mal pro Jahr zusammentritt. Ein ausführender Königlicher Erlass vom 7. Juli 2021 hat verschiedene Änderungen in Bezug auf die Struktur der Krankenkassen festgelegt. Für unsere Krankenkasse hat dies zur Folge, dass die Anzahl der Mitglieder, welche die Generalversammlung in der Zeit von 2022 bis 2028 bilden werden, auf 17 Personen begrenzt wird. Bisher setzte sich unsere Generalversammlung aus 46 Personen zusammen.

Den gesetzlich vorgeschriebenen Aufruf zur Kandidatur für die Mitgliedschaft in der Generalversammlung haben wir in unserer Profil-Ausgabe des Monats Oktober 2021 veröffentlicht. Im Prinzip kann jedes Mitglied der Krankenkasse diesem Aufruf Folge leisten und für ein Mandat in der Generalversammlung kandidieren.

Nach Erhalt der Kandidaturen ist die Krankenkasse verpflichtet, ein Abstimmungsverfahren zu organisieren. Dieses muss laut der Gesetzgebung auf folgende Weise durchgeführt werden: Sämtliche Mitglieder der Krankenkasse müssen dazu aufgerufen werden, an dieser Wahl teilzunehmen. Im Anschluss daran werden die Mandate vergeben an die benötigte Anzahl (17) an Kandidaten mit den höchsten Stimmenanteilen, die übrigen Kandidaten entfallen. Das aufwändige Wahlverfahren entfällt jedoch, falls die Anzahl der erhaltenen Kandidaturen nicht die Zahl der zu vergebenden Mandate übersteigt. Bei den aktuellen Wahlen in unserer Krankenkasse ist dies der Fall, so dass alle neuen Kandidaten als gewählt gelten. Die neue Generalversammlung wird erstmals im Juni des Jahres 2022 zusammentreten.

Ausdrücklich danken möchten wir an dieser Stelle den 46 Mitgliedern, welche in den vergangenen 6 Jahren diese Mandate wahrgenommen haben und die stets – auch jetzt im Zusammenhang mit dieser strukturellen Veränderung – das Gesamtwohl der Krankenkasse und der Mitglieder im Auge behalten haben.



Direktion der Freien Krankenkasse

Inhalt

Zu Ihren Diensten

- Mutterschaftsgeld für Selbstständige: Neuerungen ab dem 1. Januar 2022
- Corona: Kostenübernahme bei Verlegung in ausländisches Krankenhaus

Gesundheit

- Zusätzliche Dienste: Änderungen einiger Erstattungen
- Antibiotika: Wann nimmt man sie?
- Wie viele Medikamente nehmen Sie ein?

Gesellschaft

- Smartwatches und Aktivitätstracker: Motivation durch Kontrolle

Reportage

- Wege zum Idealgewicht

Versicherung

- Das Drittzahlersystem: medizinische Behandlung für jeden
- Hospitalia und Hospitalia Plus – bestens versichert bei Krankenhausaufenthalt

Aktuell

- Rundum immer da. Auch im neuen Look
- Abschluss der Krankenkassenwahlen der Freien Krankenkasse
- Abschluss der Krankenkassenwahlen der VaG MLOZ Insurance

Impressum

Redaktion: Freie Krankenkasse
Kontakt: Doris Curnel
Layout: CLOTH. kreativbureau
Fotos: Shutterstock, Adobe Stock
Druck: IPM Printing

Verantwortlicher Herausgeber:
Hubert Heck, Hauptstraße 2, 4760 Büllingen
+32 (0)80 640 515
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.*

4

5-9

10-11

12-15

16-20

21-23

Rundum geborgen.

Mutterschaftsgeld für Selbstständige: Neuerungen ab dem 1. Januar 2022

Während der Mutterschaftsruhe erhalten Selbstständige ein pauschales Mutterschaftsgeld. Dieser Betrag wurde zum 1. Januar 2022 erhöht, unabhängig davon ob die Mutterschaftsruhe ganz- oder halbtags genommen wird. Darüber hinaus sind seit dem 1. Januar 2022 auch der Betrag für die ersten 4 vollständigen Wochen und der Betrag ab der 5. Komplettwoche der Mutterschaftsruhe verschieden. Dabei gilt, dass jeweils 2 Wochen halbtags als eine komplette Woche gelten.

Beträge der Mutterschaftsruhe zum 1. Januar 2022

	Woche 1 bis 4	ab Woche 5
Mutterschaftsruhe Vollzeit	737,61 €	674,64 €
Mutterschaftsruhe halbtags	368,80 €	337,32 €

Beispiel:

Vom 03.01.2022 bis zum 09.01.2022 nehmen Sie Ihre Mutterschaftsruhe halbezeitig und erhalten 368,80 €. In den 3 darauffolgenden Wochen legen Sie Ihre Arbeit vollständig nieder, wofür Ihnen jeweils 737,61 € gezahlt werden. Vom 31.01. bis zum 06.02. haben Sie sich wieder für die Halbezeitvariante zu 368,80 € entschieden und vervollständigen somit die 4 ersten Wochen. Ab dem 07.02. erhalten Sie dann die Entschädigung, die ab der 5. Woche gilt.

Die Änderungen gelten für Selbstständige ab dem 1. Januar 2022. Falls Ihre Mutterschaftsruhe vor diesem Datum begonnen hat, erhalten Sie ab Januar die angepassten Beträge.

Die Entschädigungen für Adoptions- und Elternurlaub bleiben unverändert.

Corona: Kostenübernahme bei Verlegung in ausländisches Krankenhaus

Aufgrund der wieder gestiegenen Anzahl an Corona-Infektionen sind die Krankenhäuser überlastet und die Bettenkapazität ist knapp. In Ermangelung freier Krankenhausbetten werden manche Patienten im benachbarten Ausland stationär behandelt. Um den schwer erkrankten Personen eine angemessene medizinische Versorgung bieten zu können, hat die Föderalregierung dies genehmigt und außerdem eine Kostenübernahme beschlossen für den Transport von Corona-Patienten in ein ausländisches Krankenhaus. Auch die anschließende Behandlung wird erstattet.

Dies gilt jedoch ausschließlich, wenn der Patient aus einer belgischen Klinik in ein Krankenhaus eines benachbarten EU-Mitgliedstaates verlegt werden muss. Falls Personen sich auf eigene Initiative in ein ausländisches Krankenhaus begeben, so gelten die üblichen Erstattungsregeln.

Zusätzliche Dienste: Änderungen einiger Erstattungen

Psychologie

Für psychologische Behandlungen sehen wir seit Jahresbeginn für die ersten 8 Sitzungen des Jahres eine Erstattung von 20 € vor, vorausgesetzt es handelt sich um einen von uns anerkannten selbstständigen Psychologen. Für die weiteren Sitzungen erstatten wir unverändert 15 €. Als anerkannte Psychologen zählen alle Therapeuten, die dem belgischen Verband der Psychologen angehören. Bei deutschen Pflegeleistenden entspricht der Titel „Diplompsychologe“ dieser Qualifikation.

Besondere ambulante Augeneingriffe

Falls ein ambulanter Augeneingriff (z.B. Hornhauttransplantation) nicht durch die gesetzliche Krankenversicherung übernommen wird und dieser von einem Facharzt außerhalb eines Krankenhaus- oder Tagesaufenthaltes in dessen Kabinett durchgeführt wird, erstatten wir bis zu 1.000 € pro Eingriff.

Verhütungsmittel

Für verschreibungspflichtige Verhütungsmittel, wie z.B. Antibabypille und Hormonring, für Kondome, die in der Apotheke erworben werden oder den Ankauf von Teststreifen für einen Zykluscomputer erstatten wir jährlich bis zu 50 €. Für Langzeitverhütungsmittel, wie z.B. Spirale und Hormonstäbchen, oder die Schulung „Sensiplan“ sehen wir eine Erstattung von 150 € alle 3 Jahre vor.

Genesungsaufenthalt

Sowohl für Mitglieder mit Anrecht auf den Vorzugstarif als auch für Normalversicherte sehen wir für einen Genesungsaufenthalt eine Erstattung vor in Höhe von 35 € pro Tag, maximal 28 Aufenthaltstage pro Jahr.

Nicht dringender Krankentransport

Für Transporte, die durch einen von uns empfohlenen Dienst ausgeführt werden, sehen wir eine vollständige Erstattung der Kosten vor. Als von uns empfohlen gelten die Transport-

dienste, deren Kilometerpreis 1,75 € nicht übersteigt. Für alle übrigen Transporte beträgt die Erstattung 75 % des Rechnungsbetrags.

Erstattung unterschiedlicher Behandlungen

Fußpflege

Für die medizinische Fußpflege erstatten wir 7 € pro Behandlung (10 € für Versicherte mit Anrecht auf den Vorzugstarif). Um diese Kostenbeteiligung auszahlen zu können, muss der Fußpfleger auf der Behandlungsbescheinigung vermerken, dass es sich um „medizinische Fußpflege“ handelt.

Osteopathie und Chiropraktik

Für die Behandlung durch einen diplomierten Osteopathen (D.O.) oder einen Chiropraktiker (D.C.) erhalten Sie eine Erstattung in Höhe von 20 €. Reichen Sie dazu die Behandlungsbescheinigung bei uns ein. Pro Jahr und pro Person können insgesamt bis zu 8 Osteopathie-, Chiropraktik- oder Akupunkturbehandlungen (10 € pro Sitzung bei einem anerkannten Arzt) erstattet werden.



Auf unserer Website unter www.freie.be finden Sie Listen bestimmter Therapeuten, die uns ihr Einverständnis zur Veröffentlichung ihrer Angaben erteilt haben.

Aktuelle Infos zu allen Erstattungen unserer **Zusätzlichen Dienste** finden Sie unter www.freie.be

Antibiotika: Wann nimmt man sie?



Antibiotika sind eine der bedeutendsten Entdeckungen der Medizingeschichte. Bei schweren Erkrankungen können sie Leben retten, doch nicht selten werden sie zu Unrecht bei leichten Infektionen eingesetzt, wie Erkältungen oder Husten. Diese kann der Körper selbst bekämpfen. Der übermäßige und teils unnütze Einsatz von Antibiotika macht diese Medikamente langfristig wirkungslos.

Was ist ein Antibiotikum?

In ihrer ursprünglichen und natürlichen Form sind Antibiotika Stoffwechselprodukte von Pilzen oder Bakterien. Sie haben die besondere Eigenschaft, das Wachstum anderer Mikroorganismen zu hemmen oder abzutöten. Schon in der Antike verwendeten die Menschen schimmelige oder vergorene Substanzen zur Heilung von Infektionen. Offiziell gilt jedoch die Entdeckung des Penicillins, 1928, als Grundstein der Antibiotika-Therapie. Der schottische Arzt Alexander Fleming beschäftigte sich zu dieser Zeit mit bestimmten Bakterien. Im Rahmen seiner Arbeit vergaß er ein Gefäß mit Bakterien und als er nach einiger Zeit wieder darauf stieß, fand er darin einen Schimmelpilz vor, der die Ausbreitung der Bakterien verhindert hatte. In der Medizin wurde das Penicillin jedoch erst während des Zweiten Weltkriegs systematisch eingesetzt.

Heute gibt es viele verschiedene antibiotische Stoffe, die sowohl von natürlichen Substanzen abgeleitet, als auch synthetisch hergestellt werden. Das bekannteste Mittel ist weiterhin das aus einem Schimmelpilz gewonnene Penicillin. Da Antibiotika eine rein antibakterielle Wirkung haben, helfen sie nicht in der Behandlung von Infektionen, die durch Viren oder sonstige Krankheitserreger ausgelöst werden.

Häufig ist der krankheitsauslösende Bakterienstamm nicht genau auszumachen. In diesen Fällen wird meist ein so genanntes Breitspektrum-Antibiotikum verordnet. Dieses greift unterschiedliche Bakterienarten an und erhöht die Wahrscheinlichkeit einer raschen Heilung. Ist hingegen der Auslöser bekannt, kann gezielt mit einem bestimmten Antibiotikum therapiert werden.

Antibiotika-Resistenz

Seit jeher kämpfen die Forscher gegen eine steigende Resistenz der Bakterien auf Antibiotika. Werden sie unsachgemäß und missbräuchlich verwendet, verlieren sie ihre Wirkung. Die krankheitsauslösenden Bakterien werden widerstandsfähiger und reagieren nicht mehr auf die Behandlung. Dies hat eine längere Krankheitsdauer zur Folge – unter Umständen sogar Lebensgefahr. Die Zahl der Todesfälle aufgrund der stets wachsenden Widerstandsfähigkeit der Bakterien wird allein in Europa auf 25.000 Personen geschätzt. Verbessert sich die Situation nicht, so könnte die Antibiotika-Resistenz bis zum Jahr 2050 rund 10 Millionen Menschenleben kosten. Einzige Möglichkeit, einer steigenden Widerstandsfähigkeit vorzubeugen ist, Antibiotika seltener und vor allem gezielter einzusetzen. Die Medikamente helfen nämlich ausschließlich bei der Behandlung bakterieller Infektionen. In allen anderen Fällen sind sie wirkungslos.

Unterschiedliche Antibiotika

Vor der Behandlung sollte möglichst herausgefunden werden, welcher Bakterienstamm die Infektion ausgelöst hat. Zum einen ist nicht jedes Antibiotikum wirksam gegen sämtliche Bakterien und zum anderen leben im Körper nützliche Bakterien, die geschützt werden müssen, z.B. in der Darmflora. Wenn der Erreger bekannt ist, kann der Arzt ein Schmalspektrum-Antibiotikum verordnen. Dieses greift gezielt nur den betreffenden Bakterienstamm an. Andernfalls wird ein Breitspektrum-Antibiotikum eingesetzt, welches mehrere verschiedene Bakterienstämme zerstört.

Selbstverantwortlich handeln

Durch eine zu häufige Einnahme von Antibiotika werden immer mehr Bakterienstämme resistent gegen diese Medikamentengruppe. Manche Krankheiten, die heutzutage relativ leicht zu behandeln sind, benötigen in Zukunft möglicherweise eine längere Heilungszeit oder können fatale Folgen haben. Ohne wirksame Antibiotika erweisen sich zahlreiche Behandlungen zunehmend als gefährlich. Nach chirurgischen Eingriffen oder im Rahmen einer Chemotherapie spielen bestimmte antibiotische Medikamente eine wichtige, teils lebensrettende Rolle.

Um die steigende Widerstandsfähigkeit der Bakterien zu verhindern, ist es wichtig, Antibiotika genau nach Anweisung des Arztes einzunehmen, d.h.

- in der verordneten Dosierung;
- zu den vorgegebenen Einnahmezeiten;
- während der gesamten vorgesehenen Behandlungsdauer.

Nur wenn diese Anweisungen befolgt werden, können alle schädlichen Bakterien im Körper zerstört werden. Bei einer unsachgemäßen Einnahme ist es möglich, dass einige Erreger überleben, sich wieder vermehren und resistent werden.

Es ist sinnlos, Antibiotika vorbeugend einzunehmen, um sich vor einer Erkrankung zu schützen. Im Gegenteil: ein solches Verhalten erhöht das Risiko einer Resistenz und kann langfristig die Wirkung der Medikamente einschränken.

Nur in ganz seltenen Fällen werden sie prophylaktisch verordnet, so z.B. wenn jemand in Kontakt mit einer Person gekommen ist, die an einer bakteriellen Hirnhautentzündung erkrankt ist.

*Ein verantwortlicher Umgang
mit Antibiotika kann
Leben retten!*



Werden Sie ein „Antibiotika-Wächter“

2014 wurde in Großbritannien die Kampagne „Antibiotic Guardian“ gegründet. Mit ihren Aktionen fordern die Organisatoren die Bevölkerung zu einem verantwortungsvollen Umgang mit Antibiotika auf, indem sie über die Gefahren eines übermäßigen Konsums und einer daraus resultierenden Antibiotika-Resistenz informieren. Inzwischen wurde die Initiative auf mehrere Länder ausgedehnt – auch Belgien beteiligt sich daran. Ziel ist es, die Mitbürger zu animieren, ein „Antibiotika-Wächter“ zu werden und die eigene Einstellung zu Antibiotika zu überdenken. Wer sich an der Kampagne beteiligen möchte, kann sich auf der Website www.antibioticguardian.com (auch auf Deutsch verfügbar) eintragen und seine persönlichen Beweggründe angeben, die ihn dazu veranlassen, möglichst selten Antibiotika einzunehmen.

Rundum bewusst.



Wie viele Medikamente nehmen Sie ein?

Sie sind über 75 Jahre alt? Dann ist Ihre Hausapotheke womöglich gut gefüllt. Tatsächlich scheinen 4 von 10 Personen über 75 Jahre mindestens 5 Arzneimittel langfristig einzunehmen. Dies geht aus einer Studie des Landesbundes der Freien Krankenkassen hervor. Es scheint uns wichtig, die Menschen an die Gesundheitsrisiken einer Multimedikation zu erinnern.

Was ist Multimedikation?

Unter Multimedikation versteht man die langfristige Einnahme von mindestens 5 verschiedenen Medikamenten pro Tag. In Pflegeheimen ist dieser Anteil manchmal sogar noch höher: im Durchschnitt bis zu 9 Arzneimittel.

Welche Risiken birgt die Multimedikation?

Die gleichzeitige Einnahme von mehreren Medikamenten sollte immer mit Bedacht abgewogen werden. Denn die Wirkung der einzelnen Arzneimittel kann dadurch verstärkt bzw. abgeschwächt werden oder zu ernsthaften Gesundheitsproblemen führen: Stürze, Verringerung der funktionellen Fähigkeiten im Alltag, geistiger Abbau, Verdauungsstörungen, Inkontinenz, vermehrte Krankenhauseinweisungen, erhöhte Sterblichkeit usw.

Was sind die Folgen einer Multimedikation?

Zunächst einmal gibt es die Auswirkungen, die durch die Behandlung selbst hervorgerufen werden, die sogenannten „iatrogenen Wirkungen“. Dabei handelt es sich um unerwünschte Nebenwirkungen von Medikamenten. Risiken bestehen außerdem, wenn ein sogenanntes „ungeeignetes“ Medikament verordnet wird. Ein Medikament gilt als ungeeignet, wenn seine Wahl, die Dosis und die Dauer mehr Risiken als Nutzen für den Patienten mit sich bringen. Auch die Art und Weise, wie ein Medikament eingenommen wird, kann riskant

sein: falsches Abzählen von Tropfen oder schwer einzunehmende Tabletten für Menschen, die Schwierigkeiten beim Schlucken haben.

Andere Begleiterscheinungen können durch die Wechselwirkung zwischen den Medikamenten ausgelöst werden. Je mehr Medikamente interagieren, desto riskanter ist es. Ältere Menschen sind besonders anfällig für die schädlichen Nebenfolgen von Medikamenten, u.a. weil ihre Nieren schlechter arbeiten. Darüber hinaus führen die manchmal komplizierten Beipackzettel oder Vergesslichkeit bei Senioren zu zusätzlichen Risiken.

Was können Sie selbst tun?

Die Studie hat gezeigt, dass bei 40 % der Personen mindestens 3 verschiedene Ärzte an der Verschreibung von Medikamenten beteiligt sind. Bei jedem 5. Patient sind es sogar mindestens 4 Ärzte. Es gibt verschiedene Möglichkeiten, wie sich der Informationsfluss zwischen den Ärzten verbessern und die Verschreibung von zu vielen Medikamenten vermeiden lassen.

Das erste Hilfsmittel ist die Globale Medizinische Akte (GMA). Diese hilft den Ärzten dabei, Daten über Ihre Verordnungen und die Einnahme von Medikamenten auszutauschen. Auch Apotheker können Informationen untereinander austauschen, und zwar mithilfe der Geteilten Pharmazeutischen Akte (GPA), einer Liste der Medikamente, die Sie als Patient in den vergangenen 12 Monaten gekauft haben. Mit Ihrer Zustimmung wird die Akte mit anderen Apotheken geteilt. So können Sie, basierend auf den Informationen Ihrer GPA, in gleich welcher Apotheke den Ratschlag des Apothekers einholen.



Leiden Sie an einer chronischen Krankheit?

Seit 2017 können Patienten einen Referenzapotheker wählen, der ihre Medikamenteneinnahme überwacht. Dieser Apotheker prüft eingehend den Medikamentenkonsum, indem er eine Liste aller vom Patienten eingenommenen Arzneimittel führt. Zudem nimmt der Referenzapotheker andere Aufgaben wahr. Er garantiert dem Patienten eine individuelle pharmazeutische Betreuung, die auf dessen Bedürfnisse zugeschnitten ist. Er kann auch mit dem Hausarzt und anderen Pflegeleistenden zusammenarbeiten und ist die Kontaktperson bezüglich der Arzneverordnungen für den Patienten. Somit hat er einen umfassenden Überblick über die gesamte Medikation des Patienten.

Der Referenzapotheker führt einen sogenannten „Medikationsplan“. Dieser steht dem Patienten und mit dessen Zustimmung auch den betreffenden Pflegeleistenden zur

Verfügung. Der Medikationsplan gibt nicht nur einen Überblick über die verordneten Medikamente, sondern auch über die nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel, die gekauft wurden. Darüber hinaus beinhaltet er Informationen wie die Dosierung und den Zeitpunkt der Einnahme der einzelnen Medikamente. Wenn der Patient mit der Weitergabe seines Medikationsplans einverstanden ist, kann der Referenzapotheker ihn mit anderen Pflegeleistenden teilen, die mit dem Patienten in Kontakt kommen. Das ist vor allem bei einem Krankenhausaufenthalt sehr interessant.

Grundsätzlich hat jeder Patient das Recht, einen Referenzapotheker zu wählen. Die gesetzliche Krankenversicherung erstattet die Kosten für die Leistungen des Referenzapothekers jedoch nur für chronisch Kranke, bei denen festgestellt wird, dass sie in einem Zeitraum von 1 Jahr mindestens 5 verschiedene erstattungsfähige Arzneimittel, darunter mindestens 1 Medikament gegen eine chronische Krankheit, gekauft haben.



Das Wichtigste zusammengefasst:

- Die gleichzeitige Einnahme von mehreren Medikamenten kann teils schwerwiegende gesundheitliche Folgen haben.
- Informieren Sie sich immer über die zu erwartenden Nebenwirkungen der verschriebenen Behandlung und über die Gründe für die Einnahme oder das Absetzen eines Medikaments. Zögern Sie nicht, mit Ihrem Arzt zu sprechen.
- Erkundigen Sie sich bei Ihrem Hausarzt, ob Sie eine Globale Medizinische Akte (GMA) haben. Diese hilft den Pflegeleistenden, sich einen Überblick über Ihre Medikation zu verschaffen.
- Wenn Sie an einer chronischen Krankheit leiden, sollten Sie einen Referenzapotheker wählen. Er führt Ihren Medikationsplan, der bei Arztterminen oder Krankenhausaufenthalten hilfreich ist. Diese Dienstleistung kann Ihnen von der Krankenkasse erstattet werden.

Smartwatches und Aktivitätstracker: Motivationsschub durch Kontrolle

Smartwatches haben sich zu beeindruckenden Trackern entwickelt. Sie messen nicht nur die Herzfrequenz und zählen die zurückgelegten Schritte, sondern können zum Beispiel auch die Sauerstoffsättigung des Blutes ermitteln. Doch tragen solche intelligenten Uhren wirklich dazu bei, dass wir gesünder leben?

Aus technischer Sicht sind die modernen Smartwatches und Aktivitätstracker ziemlich eindrucksvoll. Einige Modelle liefern unglaublich viele und sehr genaue Informationen. Man kann die Signalqualität mancher Uhren sogar mit einem im Krankenhaus durchgeführten Elektrokardiogramm vergleichen. Somit könnte sich diese Technologie in ein paar Jahren zu einem echten medizinischen Gerät entwickelt haben, das z.B. einen Herzstillstand verhindern kann.

Technisches Spielzeug

Intelligente Uhren und andere vernetzte Geräte sollten den- noch vorerst weiterhin als technische Spielzeuge betrachtet werden. Sie haben nämlich noch ihre Tücken und können manchmal leicht von ihrem Träger überlistet werden. Auf dem Sofa sitzend reicht es beispielsweise, den Arm etwas hin und her zu bewegen, um den Aktivitätstracker glauben zu lassen, man sei aktiv. Manche Funktionen sind einfach noch nicht ausreichend ausgefeilt.

Nichtsdestotrotz bieten Smartwatches gesundheitliche Vorteile. Ein Aktivitätstracker spornt dazu an, sich zu bewegen. Das beste Beispiel ist der Schrittzähler. Das Gerät konfrontiert den Träger mit seinem Bewegungsprofil. Die Uhr macht ihm bewusst, wie er mehr Aktivität in seinen Alltag einbringen kann.

Couch-Potatos

Studien zeigen, dass vor allem sogenannte Couch-Potatos davon profitieren. Diejenigen, die sich am wenigsten bewegen, scheinen sich durch den Aktivitätstracker zum Sporttreiben ermutigt zu fühlen.

Die Auswirkungen auf das Verhalten bereits aktiver Menschen sind weniger ausgeprägt. Allerdings kann eine Smartwatch auch deren Kampfgeist wecken. Denn anhand der Tracker und der dazugehörigen Apps vergleichen sie ihre Statistiken gerne mit Gleichgesinnten. Oder sie fühlen sich angespornt, ihre Trainingsergebnisse zu verbessern. Die besten intelligenten Uhren zeigen sogar, wie man dies auf optimalem Wege erreicht. Das Messen gibt ein Gefühl der Kontrolle – und dieses Gefühl verleiht uns einen regelrechten Motivationsschub.



Gesunde Gewohnheiten

Das Tragen einer intelligenten Uhr über einen längeren Zeitraum kann dabei helfen, Muster zu entwickeln und gesunde Gewohnheiten zu pflegen. Schafft man es dadurch, seinen Lebensstil zu ändern, wirkt sich das natürlich auch positiv auf die Gesundheit aus.

Wer eine Smartwatch oder einen Aktivitätstracker kauft, macht sich in der Regel bereits Gedanken über seine Gesundheit. Das Gerät wird somit hauptsächlich von Personen genutzt, die schon vor dem Kauf motiviert waren, aktiv zu werden. Die größte Hürde liegt in der Umsetzung und der Beständigkeit. Das Messen der eigenen Ergebnisse kann letztlich den notwendigen Impuls geben, seine Vorsätze auch zu verwirklichen.

Vielversprechend für die Zukunft

In naher Zukunft werden Smartwatches und andere vernetzte Geräte viel mehr als nur technische Spielzeuge sein. Bald wird es medizinisch verwendbare Tracker geben, die nicht nur die körperliche Aktivität, sondern auch die psychosozialen Aspekte des Trägers überwachen. Vor allem für Sportler und Reha-Patienten wird sich dies als sehr nützlich erweisen. Dank der kontinuierlichen Datenerfassung können jederzeit Änderungen vorgenommen werden, die dazu beitragen, das persönliche Trainings- oder Wiederaufbauprogramm zu optimieren. Im Gesundheitswesen werden vernetzte Geräte bereits erfolgreich eingesetzt. So sind zum Beispiel Apps entwickelt worden, mit denen sich Patienten mit unterschiedlichen gesundheitlichen Problemen selber überwachen können. Dies geschieht derzeit meist noch unter der Beobachtung eines Facharztes, der die Daten im Hintergrund im Auge behält. Die künstliche Intelligenz ist jedoch schon so weit fortgeschritten, dass „virtuelle Fachärzte“ denkbar wären.

Stress messen

Mithilfe der Tracker können eine Vielzahl von körperlichen Funktionen und Aktivitäten gemessen werden. Ein interessantes Beispiel ist die Messung der elektrodermalen Aktivität. Dabei wird die elektrische Leitfähigkeit der Haut ermittelt, diese gibt Aufschluss über den Stresspegel des Trägers. Durch diese Analyse kann die betroffene Person ihren Stresshöhepunkten vorbeugen. Somit können Smartwatches und Tracker auch als wertvolle Hilfsmittel in der Behandlung von Depressionen, Burnouts und posttraumatischen Belastungsstörungen verwendet werden.

Rundum Bewegung.



Rundum Gesundheit.

Wege zum Idealgewicht

Viele Menschen sind unzufrieden mit ihrem Gewicht. Zu Recht, denn fast die Hälfte aller Belgier hat etliche Kilos zu viel auf den Rippen, andere hingegen sind deutlich untergewichtig. Doch wie erkenne ich das richtige Mittelmaß?

Anhaltendes Über- oder Untergewicht kann zu schweren gesundheitlichen Beschwerden führen. Unter Umständen verkürzt sich sogar die Lebenserwartung. Auch die individuelle Lebensqualität verringert sich bei vielen Betroffenen.



Was ist das Idealgewicht?

Ob Sie über- oder untergewichtig sind, können Sie mit dem **Body-Mass-Index (BMI)** ermitteln:

$$\frac{\text{Körpergewicht (kg)}}{\text{Körpergröße (m)}^2 \times \text{Körpergröße (m)}^2} = \text{BMI}$$

Beispiel: $\frac{68 \text{ kg}}{1,6 \text{ m} \times 1,6 \text{ m}} = 26,56$

Diese Formel ist jedoch nur zur Gewichtseinteilung bei Erwachsenen bestimmt. Neben dem BMI spielt auch der Körperfettanteil eine wichtige Rolle. Muskelmasse ist deutlich schwerer als Fett, sodass der BMI für besonders muskulöse Menschen weniger aussagekräftig ist.

BMI	Bedeutung
unter 18,5	Untergewicht
18,5 – 24,9	Normalgewicht
25 – 29,9	leichtes bis mittleres Übergewicht
30 – 39,9	schweres Übergewicht (Adipositas)
ab 40	extremes Übergewicht (extreme Adipositas)

Das Körperfett lässt sich mit einer Körperfettwaage messen, die Sie in jedem Elektrofachgeschäft kaufen können.

Mit Hilfe von Elektroden wird der Anteil des Fetts zum Gesamtgewicht gemessen und errechnet. Die empfohlenen Werte variieren je nach Alter und Geschlecht.

Die Verteilung des Körperfetts hat einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit. Bauchfett z.B. erhöht das Risiko für Stoffwechsel- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen um ein Vielfaches.

Körperfettanteil

Alter	Frauen			Männer		
	gut	mittel	hoch	gut	mittel	hoch
20-24	22 %	25 %	30 %	15 %	19 %	23 %
25-29	22 %	25 %	30 %	17 %	20 %	24 %
30-34	23 %	26 %	31 %	18 %	22 %	25 %
35-39	24 %	28 %	32 %	19 %	23 %	26 %
40-44	26 %	29 %	33 %	21 %	24 %	27 %
45-49	27 %	31 %	34 %	22 %	25 %	28 %
50-59	30 %	33 %	36 %	23 %	26 %	29 %
> 60	31 %	34 %	37 %	24 %	27 %	30 %

Entstehung von Übergewicht

In den meisten Fällen entsteht Übergewicht durch Bewegungsmangel und durch falsche Ernährung. Dem Körper wird mehr Energie zugeführt als er verbraucht. Der Überschuss lagert sich als Fettdepots ab.

Übergewichtig sein, bedeutet nicht übergewichtig bleiben. Doch wer abnehmen möchte, muss bereit sein, dafür seine ungesunden Lebensgewohnheiten abzulegen.

- Gestalten Sie Ihren Speiseplan möglichst abwechslungsreich.
- Halten Sie die Mengenangaben für die einzelnen Gruppen der Ernährungspyramide ein.
- Trinken Sie täglich mindestens 1,5 bis 2 Liter Wasser oder ungesüßten Tee.
- Nehmen Sie sich Zeit zum Essen, vor allem um die Nahrung gründlich zu kauen. Das Sättigungsgefühl setzt erst nach 20 bis 30 Minuten ein.

Regelmäßige Bewegung

Bewegung ist ein wichtiger Aspekt beim Abnehmen. Nur wenn der Körper mehr Energie verbraucht als ihm zugeführt wird, ist es möglich, an Gewicht zu verlieren. Körperliche Aktivität fördert zudem das allgemeine Wohlbefinden und dient dem Stressabbau.

Selbst Menschen, die keine Zeit haben, regelmäßig Sport zu treiben, können Bewegung in ihren Alltag integrieren.

- Nehmen Sie die Treppen statt den Lift.
- Nutzen Sie die Mittagspause für einen kleinen Spaziergang.
- Parken Sie Ihr Auto möglichst auf den hintersten Parkplätzen oder fahren Sie mit dem Rad zur Arbeit.
- Viele Hausarbeiten beinhalten automatisch Bewegung: Fensterputzen, Bodenwischen, Aufräumen, ...

Gesunde Ernährung

Wer sein Gewicht langfristig kontrollieren möchte, sollte sich gesund und ausgewogen ernähren, denn das ist der beste Weg zum Idealgewicht. Dabei ist die Kalorienzufuhr ebenfalls ausschlaggebend. So sollte der Körper nicht mehr Energie erhalten als er verbraucht. Folgende Grundregeln sind zu beachten:

- Essen Sie täglich Erzeugnisse aus den wichtigsten Gruppen der Ernährungspyramide.

Gesunde Ernährung und Bewegung sind wichtig für die Gesundheit!



Übergewichts-Chirurgie

Manchen Menschen mit extremem Übergewicht hilft selbst eine gründliche Anpassung der Lebensgewohnheiten nicht weiter. In diesen Fällen ist ein chirurgischer Eingriff oft die letzte Hoffnung auf ein normalgewichtiges und gesünderes Leben. Die Übergewichts-Chirurgie ist allerdings kein Wundermittel, das überschüssige Kilos einfach wegzaubert. Wer sich für diese Maßnahme entscheidet, muss sich bewusst sein, dass er sein Leben langfristig umstellen muss. Vor der Entscheidung zu dem Eingriff ist die Beratung durch ein multidisziplinäres Team erforderlich, das neben Medizinern verschiedener Spezialisierungen auch einen Psychologen oder einen Psychiater umfasst.

Übergewicht bei Kindern

Immer mehr Kinder haben zu viel Hüftspeck. Einer aktuellen Studie zufolge ist in Belgien jedes 5. Kind übergewichtig. Auch im jungen Alter ist die Ursache meist in einer unangemessenen Lebenshaltung zu finden, denn viele Kinder beschäftigen sich vorwiegend mit elektronischen Spielzeugen und digitalen Medien und vernachlässigen die körperliche Aktivität. Auch die Qualität der Nahrung ist in vielen Familien gesunken: Fast Food, Fertigprodukte und Süßes stehen zu häufig auf dem Speiseplan. Immer mehr junge Menschen leiden an Diabetes Typ 2, Bluthochdruck oder Gelenksbeschwerden. Zudem werden sie unter Umständen von den Klassenkameraden wegen ihres Aussehens gehänselt. Solche Situationen schwächen das Selbstbewusstsein und führen leider oft dazu, dass zum Trost noch mehr Süßigkeiten gefuttert werden.

Schön schlank oder schon krank?

Manche Maßnahmen, die für Übergewichtige sinnvoll sind, führen hingegen für andere Menschen ins Gegenteil. Es besteht die Gefahr, dass die Gewichtsabnahme zum Gesundheitsrisiko wird. Oft sind es Mädchen und junge Frauen, die dem Magerwahn verfallen. Mit „Genuss“ hat Essen für die Betroffenen zu diesem Zeitpunkt nichts mehr zu tun. Im Gegenteil, nur wenn der Magen fast leer ist und vor Hunger schmerzt, verspüren sie Glück und Zufriedenheit. Ursachen hierfür sind oft großer Leistungsdruck, Trauer oder andere psychische Belastungen. Oft glauben die Menschen, die in diesem Konstrukt gefangen sind, sich ihr Essen verdienen zu müssen. Der eigene Körper stellt eine große Last dar und das Lebensbild ist geprägt von Ablehnung. Das Hungern oder Erbrechen gibt ihnen das Gefühl, sich von diesem Ballast zu befreien.

Während an Magersucht erkrankte Menschen darauf bedacht sind, so wenig Nahrung wie möglich aufzunehmen, essen Bulimiker innerhalb kurzer Zeit große Mengen, um sie unmittelbar danach wieder zu erbrechen.

Um bleibenden gesundheitlichen Schäden vorzubeugen, ist eine pluridisziplinäre Behandlung bei einer Essstörung unbedingt notwendig. Da seelische Faktoren oft eine große Rolle spielen, kann eine psychotherapeutische Begleitung hilfreich sein. Auch eine Ernährungsberatung unterstützt die Betroffenen dabei, wieder zu einem gesunden Verhältnis zur Nahrung zurückzufinden.



Übersicht der Erstattungen

Ernährungsberatung

Eine gezielte Ernährungsberatung kann bei der Gewichtsreduktion hilfreich sein. Unsere **Zusätzlichen Dienste** erstatten die Leistungen für anerkannte Ernährungsberater:

- **Nach Abschluss eines vollständigen Behandlungsplans** (7 Beratungen) beläuft sich unsere Gesamterstattung auf 130 € (40 € für die 1. Sitzung, je 15 € für die 6 folgenden Beratungen).
- Für **Einzelbehandlungen** erhalten Sie 20 € für die 1. Beratung und je 10 € für die weiteren Sitzungen.

Psychologie

Unsere Krankenkasse sieht im Rahmen der **Zusätzlichen Dienste** eine Erstattung für psychologische Behandlungen vor, wenn diese durch einen von uns anerkannten selbstständigen Psychologen durchgeführt werden. Die Erstattung beträgt 20 € für die ersten 8 Sitzungen, anschließend 15 € ohne Begrenzung der Anzahl.

Kurse zur Gewichtsabnahme

ObesiVith

In Sankt Vith bietet das Zentrum PhysioVith sein Konzept ObesiVith an. Nicht nur mit körperlicher Aktivität sondern auch mit einer effizienten Ernährungsumstellung sollen die Kilos purzeln und die Fitness sich verbessern. Ziel des Programms ist eine dauerhafte Lebensanpassung. Der Kurs findet in der Kinesithérapie-Abteilung PhysioVith in der Klinik St. Josef statt. Er beinhaltet 4 Termine bei einer anerkannten Ernährungsberaterin und 24 Trainingseinheiten unter Anleitung erfahrener Kinesitherapeuten.

Infolge der Anerkennung des Projektes PhysioVith durch unsere Krankenkasse unterstützen wir die teilnehmenden Personen (BMI ab 30) mit einem Betrag von 100 €.

Weitere Infos unter Tel. 080 854 440.

Diätlinik

Die Diätlinik der Klinik St. Josef in Sankt Vith hilft übergewichtigen Menschen, ihr Gewicht durch eine nachhaltige Ernährungsumstellung und angepasste Bewegungseinheiten zu reduzieren. Um einen dauerhaften Gewichtsverlust zu erzielen, wird für jeden Patienten eine individuelle Betreuung ausgearbeitet. Dies geschieht ambulant durch ein multidisziplinäres Team, bestehend aus einer Koordinatorin, einer Diätassistentin, einer Psychologin sowie Kinesitherapeuten und Fachärzten in den Bereichen Endokrinologie und Kardiologie.

Infolge der Anerkennung des Projektes Diätlinik durch unsere Krankenkasse unterstützen wir die teilnehmenden

Personen (BMI ab 30) mit einem Betrag von 200 €, dies ggf. zusätzlich zu dem Betrag von 100 € für das Projekt ObesiVith.

Informationen zum Ablauf und zu den Kosten der Diätlinik erhalten Sie in der Klinik St. Josef unter Tel. 080 854 440.

Übergewichts-Chirurgie

Erstattung der gesetzlichen Krankenversicherung

Die gesetzliche Krankenversicherung erstattet folgende Verfahren:

- Methoden nach Mason oder Sleeve
- Einsetzen eines Magenbands
- Verkleinerung in Verbindung mit einer Dünndarmumleitung (Magenbypass, Scopppinaor, duodenal switch)

Das gesetzlich vorgesehene Honorar des Chirurgen wird vollständig erstattet. Bei Wahl eines Einzelzimmers kann der Arzt allerdings Honorarzuschläge berechnen. Die Kosten für das verwendete Material werden durch die gesetzliche Krankenversicherung lediglich teilweise übernommen.

Erstattung durch Hospitalia

Die Krankenhausversicherung **Hospitalia** sichert Sie bei stationären Aufenthalten zusätzlich vor Kosten ab. Falls Sie sich für **Hospitalia Plus** entschieden haben, stehen Ihnen noch umfassendere Rückvergütungen zu. Die wichtigsten Erstattungen von Hospitalia beziehen sich auf die Zimmer- und Honorarzuschläge, Medikamente, aber auch das beim Eingriff verwendete Material sowie Pflegeleistungen vor und nach dem Krankenhausaufenthalt, falls diese in Verbindung damit stehen.

Die Erstattung durch **Hospitalia** oder **Hospitalia Plus** ist vorgesehen bei Krankenhausaufenthalt in Belgien. Für Krankenhausaufenthalte im Ausland ist die Kostenübernahme auf pauschale Beträge begrenzt.



Ausführliche Infos zum Thema und den entsprechenden Erstattungen finden Sie unter

www.freie.be > Leistungen



Das Drittzahlersystem: medizinische Behandlung für jeden

Jeder wird im Leben irgendwann krank und benötigt einen Arzt. Die Honorare für ärztliche Konsultationen und Hausbesuche muss der Patient oft vorstrecken. Unter Umständen bringt ihn dies jedoch in finanzielle Schwierigkeiten.

Wenn Sie einen Arzt oder Zahnarzt aufsuchen, zahlen Sie meistens das gesamte Honorar der Konsultation (plus eventuelle Zuschläge wenn der Pflegeleistende dem Kassenabkommen nicht beigetreten ist). Die Krankenkasse erstattet Ihnen im Nachhinein einen Teil der Kosten. Außer eventuellen Zuschlägen bleibt somit nur ein Teil des gesetzlich festgelegten Honorars zu Ihren Lasten. Dieser Teil wird auch Eigenanteil genannt.

Um eine Rückzahlung zu erhalten, reichen Sie die erhaltene Pflegebescheinigung bei der Krankenkasse ein. Inzwischen wenden zahlreiche Ärzte das sogenannte e-Attest an. Dabei handelt es sich um eine elektronische Pflegebescheinigung, die der Mediziner der Krankenkasse auf digitalem Weg zusendet, sodass die Erstattung der Behandlungskosten unmittelbar – oft noch am selben Tag – erfolgt.

Bei Krankenhausaufenthalt und in der Apotheke hingegen werden die Kosten sofort mit der Krankenkasse verrechnet und Sie zahlen nur den verbleibenden Eigenanteil. Diese Vorgehensweise bezeichnet man als Drittzahlersystem.

Beim Drittzahlersystem rechnet der Pflegeleistende (Arzt, Pflegerin, Krankenhaus usw.) die erbrachten Leistungen direkt mit der Krankenkasse ab, diese überweist ihm den Betrag der gesetzlichen Krankenversicherung. So muss der Patient die Honorare oder Krankenhauskosten nicht mehr vollständig vorstrecken, sondern zahlt nur seinen Eigenanteil und eventuelle Zuschläge – d.h. die Kosten, die er ohnehin tragen muss.

Situationen, in denen das Drittzahlersystem automatisch angewendet wird

- **Krankenhausaufenthalt:** Das Krankenhaus rechnet die Kosten direkt mit der Krankenkasse ab. Somit zahlen Sie lediglich Ihre Eigenanteile sowie eventuelle Zimmer- und Honorarzuschläge. Für diese können Sie eine Erstattung durch die zusätzliche Krankenhausversicherung Hospitalia erhalten.
- **Apotheke:** Für erstattbare Medikamente wird automatisch das Drittzahlersystem angewendet, sodass Sie in der Apotheke lediglich Ihren Eigenanteil zahlen.
- **Hausarzt:** Personen mit Anrecht auf den Vorzugstarif müssen bei ihrem Hausarztbesuch nur den Eigenanteil zahlen. Bei Hausbesuchen darf der Allgemeinmediziner das System anwenden, ist aber nicht dazu verpflichtet.

Fakultative Anwendung

Bestimmte Pflegeleistende (z.B. Krankenpfleger oder Logopäden) können selbst entscheiden, ob sie das Drittzahlersystem anwenden. Wenn sie darauf zurückgreifen, müssen sie sich an die offiziellen Tarife halten. Diese werden in Abkommen zwischen den Pflegeleistenden und den Krankenkassen festgelegt.



Zahnärzten ist die Anwendung des Drittzahlersystems untersagt, außer für Personen mit Anrecht auf den Vorzugstarif.

Ausnahmen für die Anwendung des Drittzahlersystems

Damit niemand auf eine ärztliche Behandlung verzichten muss, gibt es bestimmte Situationen, in denen das Drittzahlersystem angewendet werden darf:

- Für Personen mit Anrecht auf den Vorzugstarif.
- Für Kinder mit einer anerkannten Behinderung und mit Anrecht auf erhöhte Kinderzulagen. Die Anwendung des Systems gilt ab dem Moment der Anerkennung bis zum 31. Dezember desselben Jahres. Gegebenenfalls wird sie automatisch verlängert.
- Personen, die seit mindestens 6 Monaten vollqualifizierend arbeitslos sind und eine Arbeitslosenunterstützung erhalten. Die Anwendung des Systems gilt ab dem Moment der Anerkennung bis zum 31. Dezember des darauffolgenden Jahres. Gegebenenfalls wird sie automatisch verlängert.
- Für Personen, die unter dem Statut Einwohner versichert sind und keinen Pflichtbeitrag bei der Krankenkasse zahlen müssen.
- Für Personen, die sich in einer finanziellen Notsituation befinden (dies gilt nicht für zahnärztliche Pflege). Der Patient oder der Arzt muss eine ehrenwörtliche Erklärung erstellen, in der die finanzielle Notlage erklärt wird, unterzeichnet vom Patienten.

Diese Erleichterungen gelten nicht für Personen, die zum Zeitpunkt der Behandlung nicht genügend Geld bei sich trugen, die aber sehr wohl in der Lage sind, ihre Schulden durch eine andere Zahlungsweise zu begleichen.

Weitere Leistungen, für die das Drittzahlersystem angewendet werden darf

Für unterschiedliche Leistungen darf der Pflegeleistende automatisch oder auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten das Drittzahlersystem anwenden:

- Honorare für die Verwaltung der Globalen Medizinischen Akte (GMA),
- Zahnbehandlungen bei Kindern unter 18 Jahre (gilt nicht für kieferorthopädische Behandlungen),
- Honorare für Nacht- und Wochenenddienste von Allgemeinmedizinerinnen,
- Pflegeleistungen, die in anerkannten Zentren für Geistesgesundheit, Familienplanung, Sexualberatung sowie in Einrichtungen für Drogensüchtige erbracht werden,
- Pflegeleistungen in medizinischen Einrichtungen (Ärztehäuser), die die Zahlung durch Pauschalhonorare anwenden,
- Leistungen bei Versicherten, die während einer Behandlung gestorben sind oder im Koma liegen,
- Für Behandlungen in spezialisierten Einrichtungen:
 - **Kinderpflege:** in Kinderkliniken oder Krankenhäusern,
 - **Seniorenpflege:** in anerkannten und unter Vertrag stehenden Alten- und Pflegeheimen. Dies gilt auch für die Abrechnung ärztlicher Behandlungen, die der Hausarzt direkt bei der Krankenkasse einreicht,
 - **Behindertenpflege:** in funktionellen Rehabilitationseinrichtungen, die ein Abkommen mit dem Landesinstitut für Kranken- und Invalidenversicherung (LIKIV) abgeschlossen haben, oder in Einrichtungen, die durch die Dienststelle für Selbstbestimmtes Leben anerkannt sind.



Ärztehäuser

Immer mehr Arztpraxen, denen mehrere Hausärzte angeschlossen sind, wenden das Pauschalssystem an. Sie erhalten pro Patient, der einen Vertrag mit der Praxis abgeschlossen hat, einen monatlichen Festbetrag von der Krankenkasse. Im Gegenzug ist die Behandlung für den Patienten kostenlos.

Ausführliche Infos zu diesem System finden Sie unter:

www.freie.be > Leistungen > Ärztehaus



Ausweitung des Drittzahlersystems

Derzeit kann das Drittzahlersystem je nach Art der Leistung und der Situation des Patienten entweder obligatorisch oder verboten sein, wobei es einige Ausnahmesituationen gibt (siehe oben).

Um die Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung zu verbessern, arbeitet das LIKIV in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen daran, das Verbot des Drittzahlersystems aufzuheben. Dabei soll dessen Anwendung fakultativ werden, das bedeutet, dass Sie als Patient das Recht haben, den Pflegeleistenden zu bitten, das Drittzahlersystem anzuwenden. Der Pflegeleistende kann das allerdings verweigern, es sei denn, es liegt eine Situation vor, in der der Einsatz des Systems verpflichtend ist.

Diese Maßnahme soll in Kürze umgesetzt werden. Wundern Sie sich also nicht, wenn Ihr Arzt künftig einen geringen Betrag verlangt im Vergleich zu dem, was Sie sonst gezahlt haben. Ihr Pflegeleistender hat sich in dem Fall ganz einfach für die Anwendung des Drittzahlersystems entschieden.

Hospitalia und Hospitalia Plus – bestens versichert bei Krankenhausaufenthalt

Ein Krankenhausaufenthalt ist oft mit hohen Kosten verbunden. Honorarzuschläge, die Kosten im Einzelzimmer oder auch die Pflege vor und nach einem Krankenhausaufenthalt können die Rechnung in die Höhe treiben. Die Versicherungsprodukte von **Hospitalia** sichern Sie für einen solchen Fall bestens ab.

Anschlussbedingungen

Eine Voraussetzung für die Mitgliedschaft in **Hospitalia** oder **Hospitalia Plus** ist der Anschluss an die **Zusätzlichen Dienste** der Freien Krankenkasse. Außerdem liegt die Altersgrenze für die Aufnahme in **Hospitalia Plus** bei 65 Jahren.

Um Mitglied einer der Krankenhausversicherungen zu werden, müssen Sie folgende Dokumente ausfüllen:

- einen Antrag auf Mitgliedschaft (pro Haushalt);
- einen medizinischen Fragebogen (pro Person).

Die erforderlichen Dokumente können Sie auf unserer Webseite (www.freie.be) oder im Online Büro (online.freie.be) herunterladen. Sie erhalten die Vordrucke außerdem in unseren Geschäftsstellen.

Wartezeit

Bei einer Neueinschreibung können Mitglieder in der Regel nach einer 6-monatigen Wartezeit die Erstattungen beanspruchen. Falls Sie vor dem Eintritt in **Hospitalia** oder **Hospitalia Plus** einer gleichwertigen Krankenhausversicherung bei Ihrer früheren Krankenkasse angeschlossen waren, kann Ihre Wartezeit unter Umständen gekürzt oder gestrichen werden.

Deckungsbeschränkungen

Der medizinische Fragebogen wird an den Medizinischen Berater von MLOZ Insurance weitergeleitet. Es ist möglich, dass dieser bei einem bereits bestehenden Leiden eine „begrenzte Erstattung“ hierfür festlegt. Dies bedeutet, dass bei Krankenhaus- und Tagesaufenthalten in Bezug auf diese Krankheit in einem Einzelzimmer weder Zimmer- noch Honorarzuschläge erstattet werden.

Garantie schwere Krankheiten

Die „Garantie schwere Krankheiten“ ist eine Option, die Sie durch die Zahlung einer geringen Prämie hinzuwählen können. Wer dieser Garantie angeschlossen ist und danach schwer erkrankt, kann eine zusätzliche Erstattung für Pflegekosten erhalten, die nicht im Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt stehen. Dabei können bis zu 7.000 € pro Jahr zusätzlich erstattet werden.

Die zu zahlenden Prämien sowie eine Liste der „schweren Krankheiten“ können Sie im Internet einsehen unter: www.freie.be > Versicherungen > Hospitalia – Hospitalia Plus.

Hospitalia Assist für Mitglieder von Hospitalia Plus

Nach einem Krankenhausaufenthalt bietet **Hospitalia Plus** einen Unterstützungsdienst für verschiedene Leistungen und Hilfen, bis zu 40 Stunden und je nach Ihren Bedürfnissen: Unterstützung bei Haushaltsarbeiten, Betreuung von Kindern oder von Haustieren, psychologische Hilfe, medizinischer Transport oder Hilfe bei Schulaufgaben. Kontaktieren Sie den Dienst unter der Nummer 02 560 47 88. Er kann Ihnen ein individuelles Servicepaket zusammenstellen.

Hospitalia Kontinuität

Berufstätige, die durch ihren Arbeitgeber krankenhauserversichert sind, haben durch unsere Versicherung **Hospitalia Kontinuität** die Möglichkeit, mittels Zahlung einer geringen Prämie, ihre Rechte aufrechtzuerhalten. Bis zum 65. Geburtstag können sie dann ohne Wartezeit, ohne Prämienzuschlag und ohne erneutes Ausfüllen eines medizinischen Fragebogens wieder in **Hospitalia** oder **Hospitalia Plus** aufgenommen werden. **Hospitalia Kontinuität** übernimmt pro Aufenthaltstag bis zu 50 € der verbleibenden Kosten, nach Intervention der Gruppenversicherung des Arbeitgebers.



Hospitalia und Hospitalia Plus: Überblick der wichtigsten Erstattungen

	Basisschutz Hospitalia	Maximaler Schutz Hospitalia Plus
Franchise	  : keine Franchise  : 150 € in einem Krankenhaus, das mehr als 200 % Honorarzuschläge berechnet*	
Höchstgrenze	25.000 € /Jahr	keine Höchstgrenze
Pflege vor dem Krankenhausaufenthalt	30 Tage vor dem Aufenthalt	60 Tage vor dem Aufenthalt
Dringender Transport zum Krankenhaus	500 € /Jahr	
Anzahlung	vollständig	
Zimmerzuschläge	 : 80 € /Tag	 : 125 € /Tag
Honorarzuschläge	 : 100 % des gesetzlichen Tarifs	 : 300 % des gesetzlichen Tarifs
Pflege nach dem Krankenhausaufenthalt	90 Tage nach dem Aufenthalt: • Eigenanteile und Honorarzuschläge bis zu 100 % des gesetzlichen Tarifs • alle Eigenanteile erstattbarer Medikamente • Schienen auf ärztliche Verordnung bis zu 50 € • 20 Sitzungen: - Kinesithérapie, - Physiotherapie - oder Rehabilitation für Herzpatienten	180 Tage nach dem Aufenthalt: • Eigenanteile und Honorarzuschläge bis zu 100 % des gesetzlichen Tarifs • alle Eigenanteile erstattbarer Medikamente • Schienen auf ärztliche Verordnung bis zu 50 € • 45 Sitzungen: - Kinesithérapie, - Physiotherapie - oder Rehabilitation für Herzpatienten
Neonatale Pflege (während 7 Tagen nach Entlassung)	keine Erstattung	20 € /Tag
Tagesaufenthalt	die Erstattung entspricht derjenigen für Krankenhausaufenthalte	  : vollständig  : 80 € /Tag für Zimmerzuschläge und 100 % der Honorarzuschläge
Krankenhausaufenthalt im Ausland	200 € /Tag	360 € /Tag
Implantate und Prothesen	vollständig , falls Beteiligung der gesetzl. Krankenversicherung, sonst:   : bis zu 2.500 €/Aufenthalt  : 50 % bis zu 1.250 €/Aufenthalt	vollständig , falls Beteiligung der gesetzl. Krankenversicherung, sonst: bis zu 5.000 €/Aufenthalt
Pharmazeutische Produkte	vollständig, falls Beteiligung der gesetzl. Krankenversicherung, sonst:   : vollständig  : 1.200 € /Aufenthalt	vollständig , falls Beteiligung der gesetzl. Krankenversicherung, sonst: bis zu 1.200 € /Aufenthalt
Nicht erstattbare pharmazeutische Produkte	keine Erstattung	bis zu 250 € /Aufenthalt
Begleitkosten der Eltern (<19 Jahre)	  : vollständig  : bis zu 25 € /Tag	vollständig , unabhängig von Zimmerart
Stützstrümpfe	  : vollständig  : 50 % des berechneten Preises	vollständig
Begrenzung bei Krankenhausaufenthalt in speziellen Diensten	Psychiatrie: bis zu 10 Tage/Jahr Geriatric: bis zu 50 Tage/Jahr	Psychiatrie: bis zu 40 Tage/Jahr

* Die Krankenhäuser, die Honorarzuschläge von mehr als 200 % berechnen, sind: 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 Gosselies), Cliniques Universitaires St. Luc (Brüssel), Hôpital Brugmann (Brüssel), Hôpitaux d'Iris Sud (Brüssel), Centre de Santé des Fagnes (Chimay), C.H.C. Hermalle (Hermalle /s Argenteau), C.H.C. HEUSY Heusy (Verviers), C.H.C. Mont Legia (Lüttich), C.H.C. Waremmé (Waremmé), UZ Gent (Gent). Die Erstattungen beziehen sich auf Krankenhausaufenthalte in Belgien. Für Hospitalisierungen im Ausland gelten besondere Regelungen.



Die Prämien sowie einen Überblick aller Leistungen der Krankenversicherungen Hospitalia und Hospitalia Plus finden Sie unter:

freie.be > Versicherungen > Hospitalia - Hospitalia Plus

Freie Krankenkasse, Versicherungsvertreter (Nr. AfK 5004c) für MLOZ Insurance, die VaG des Landesbundes der Freien Krankenkassen unter der Nr. AfK 750/01 für die Zweige 2 und 18 (RJP Brüssel, 422.189.629). Die Informationsblätter sowie die Allgemeinen Bedingungen können Sie einsehen unter www.freie.be. Die Produkte unterliegen der belgischen Gesetzgebung. Der Versicherungsvertrag wird auf Lebenszeit geschlossen. Beschwerden bzgl. dieser Produkte können gerichtet werden an info@freie.be oder an den Beschwerdemanager von MLOZ Insurance (complaints@mloz.be) oder an den Ombudsmann der Versicherungen (info@ombudsman.as). Für weitere Informationen bzgl. der Eintragung in die Krankenhausversicherung stehen wir gerne zu Ihrer Verfügung.



Rundum immer da.



Auch im neuen Look

Am 1. Januar hat nicht nur ein neues Jahr begonnen. Bei der Freien Krankenkasse erneuern wir unser Erscheinungsbild. An der Qualität unserer Dienste ändert dies jedoch nichts.

Rundum neu.

Gemeinsam mit unseren Partnerkrankenkassen – Helan auf flämischer Seite, Partenamut in der Wallonie und Brüssel – gehören wir dem Landesbund der Freien Krankenkassen an. Die französische Bezeichnung ist Mutualités Libres, die niederländische Bezeichnung ist Onafhankelijke Ziekenfondsen. Helan ist ein neu gebildeter Verbund, der aus der Fusion zweier unabhängiger Krankenkassen in Flandern zum 1. Januar 2022 hervorgegangen ist. Diesen bedeutenden Schritt haben alle Partner sowie die unserem Landesbund angeschlossenen Institutionen zum Anlass genommen, um ihr visuelles Auftreten moderner zu gestalten und einander anzugleichen. Auf diese Weise wird erreicht, dass wir auf nationaler Ebene besser als bisher als einheitliche Gruppe wahrgenommen werden.

Rundum gut versorgt.

Dass Sie als Mitglied unserer Krankenkasse an erster Stelle stehen, spiegelt sich in unserem Leitsatz wider. Ihr Wohlergehen liegt uns am Herzen. Wie seit jeher möchten wir Sie besonders gegen die hohen Gesundheitskosten absichern und seriöse Vorsorgemaßnahmen empfehlen. Unser Ziel ist es, Ihnen zur Seite zu stehen. Wir sind auf vielen Kanälen erreichbar – sogar rund um die Uhr im Online Büro oder aber zu den täglichen Geschäftszeiten für eine auf Sie zugeschnittene persönliche Beratung.

Rundum für unsere Mitglieder.

Das zentrale optische Element unseres neuen Logos bildet ein angedeuteter Kreis. Das „Orbi √“ symbolisiert einen beständigen Aufschwung und somit einen positiven Blick in die Zukunft. Es heißt aber auch, dass Sie als Mitglied sich im Zentrum dieses Kreises befinden, Sie bei uns im Mittelpunkt stehen und sich gut aufgehoben fühlen können. Die offene Form des Orbi deutet an, dass Sie als Mitglied dennoch die größtmögliche Freiheit bei der Wahl Ihrer Behandlungen oder Ihrer Pflegeleistenden haben. Es gehört zu den Zielsetzungen unserer Krankenkasse, die Mitglieder nicht für sämtliche Bereiche ihres täglichen Lebens vereinnahmen zu wollen, sondern ihnen die größtmögliche Freiheit zu ermöglichen.

Rundum aktualisiert.

Entdecken Sie unsere neue Sichtbarkeit. Neben dem neuen Logo erscheinen auch all unsere Dokumente und Veröffentlichungen in einem frischen, modernen Layout. Unsere digitalen Kommunikationskanäle wurden ebenfalls dementsprechend überarbeitet. Besuchen Sie uns online auf www.freie.be oder in den sozialen Netzwerken!



@freie.be

Abschluss der Krankenkassenwahlen der Freien Krankenkasse

Alle 6 Jahre wird laut gesetzlicher Vorschrift die Generalversammlung der Krankenkasse erneuert. Die Mitglieder erhalten die Gelegenheit, ihre Kandidatur für ein Mandat in der Generalversammlung einzureichen. In unserer Ausgabe Nr. 120 von Oktober 2021 haben wir den entsprechenden Aufruf zu den Kandidaturen veröffentlicht.

Die Anzahl der erhaltenen gültigen Kandidaturen übersteigt nicht die Anzahl der zu vergebenden Mandate in unserer Generalversammlung. Gemäß dem Königlichen Erlass vom 7. Juli 2021 gelten die Personen, die bis zum vorgeschriebenen Termin (dies war der 30. November 2021) eine gültige Kandidatur eingereicht haben, als gewählt.

Es entfällt somit die Organisation eines Abstimmungsverfahrens. Folgende Personen, die ihre Kandidatur gültig eingereicht haben, werden fortan die Generalversammlung der Freien Krankenkasse bilden, bis zu den nächsten Neuwahlen im Jahr 2028:

ADAMS	Reinhold	EICHEN	Marita Helene	LEMBREE	Jessica
BÖMER	Brigitte	FRINGS	Jean-Marie	NOEL	Bernard
BONHOMME	Jean-Marie	GENTGES	Sonia	PANKERT	Karl-Heinz
BOVEROUX	Raymond	LANDERS	Didier	POTHEN	Catherine
BRAEM	Roger	LEHNEN	Cornelia	WIRTZ	Karl-Heinz
CORNELY	Jeanine	LEJEUNE	Carlo		

Abschluss der Krankenkassenwahlen der VaG MLOZ Insurance

In unserer Ausgabe Nr. 120 von Oktober 2021 teilten wir mit, dass im März 2022 Wahlen zur Erneuerung der Generalversammlung der VaG MLOZ Insurance stattfinden.

Durch den Beschluss der Generalversammlung ist die Versicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit in 3 Wahlbezirke eingeteilt, entsprechend den 3 Krankenkassen unseres Landesbundes, die Produkte von MLOZ Insurance anbieten (bspw. Hospitalia, Dentalia). Die Wahlbezirke sind: Partenamut 509 - 94 Mandate; Freie Krankenkasse 515 - 4 Mandate; Helan 526 - 78 Mandate.

Die Anzahl der eingereichten gültigen Kandidaturen übersteigt nicht die Anzahl der zu vergebenden Mandate. Gemäß dem Artikel 11 des Königlichen Erlasses vom 7. Juli 2021 gelten somit die Personen, die bis zum vorgeschriebenen Termin ihre gültige Kandidatur einreichen, als gewählt und die weitere Wahlprozedur entfällt.



Rundum
vertreten.

Folgende Personen bilden die Generalversammlung der VaG MLOZ Insurance:

Wahlbezirk Partenamut 509

ALAIME	Dimitri	DEKEYSER	Daniël	MATTELAER	Ronny
BACCAERT	Raymond	DETAVER-NIER	Luc	NOWICKI	Gustave
BACKAERT	Pascale	DETRY	Colette	PARDOEN	Martial
BAKEROOT	Françoise	DUMOULIN	Marc	PARISEL	Alex
BALENCOUR	Olivier	FERETTE	Daniel	PEETERS	Yves
BEN AISSA	Oisima	FOUILLoux	Vincent	QUEVAU-VILLERS	Francis
BRASSEUR	Christine	FRANSEN	Ronald	RAYSZ	François
BRASSEUR	Michel	GEUBELLE	Bernard	RICHARD	Michel
CHEVALIER	Carine	HOEBEKE	Dominique	ROOSE	Barbara
COLINET	Dominique	HOST	André	SCHMITZ	Jean
COQUERELLE	Christophe	JONCKHEERE	Vincent	SYMENS	Serge
DAMMAN	Philippe	LEMAIRE	Baudouin	VANDE-SANDE	Pascal
DAUMERIE	Luc	MANDIC	Radmila	VANDEVELDE	Marcel
DE BETHUNE	Elisabeth	MASSILLON	Dominique	WALLEMACQ	Jean
DE ROOVER	Axel			WAUTELET	Christine

Wahlbezirk Freie Krankenkasse 515

EICHTEN	Marita Helene	HECK	Hubert	NOEL	Bernard
---------	---------------	------	--------	------	---------

Wahlbezirk Helan 526

AUGUSTINUS	Paul	PELLE-GROMS	Eric	VAN DEN BRANDE	Joseph
BORDERE	Johan	REYNTJENS	Rudi	VAN DONINCK	Herman
BROECKX	Jan	SELLE-SLAGHS	Rik	VAN KERKHOVEN	Johan
CAUDRON	Manu	SMOUT	Marc	VAN MAELE	Rosita
CORREMANS	Ronni	STALLAERT	Johan	VAN TROYEN	André
DIELEN	François	STASSIJNS	Guido	VAN VRE	Edward
FLAMENT	Ludwig	STERCKX	Peter	VANBUEL	Ellen
GOEMINNE	Dirk	STESSEL	Christiane	VANDEN-BERGHE	Sophie
GROENINCK	Maurits	SUPAK	Linda	VERHAGEN	Kris
JACOBS	Petrus	THEEUWS	Erik	VERHEYDEN	Alexander
JANSSENS	Patrick	VAEL	Marianne	VERHOEST	Rudi
LAMBRECHT	Luc	VAN BRAEKEL	Herman	VERSCHOO-REN	Erik
LAUWERS	Stefaan				
MORES	Benoît				

Rundum gehört.

Benötigen Sie seelische Unterstützung?

Die Freie bietet
eine Erstattung
für psychologische
Beratung!



Pro Sitzung bei einem selbstständigen Psychologen erhalten Sie 20 € für die ersten 8 Beratungen – anschließend 15 € pro Sitzung ohne Beschränkung der Anzahl!

Liste der lizenzierten Psychologen in Ihrer Nähe:

www.freie.be > Leistungen > Psychologie

 **freie**

Rundum immer da.

Für weitere Informationen stehen wir gerne zu Ihrer Verfügung.
Unsere Kontaktstellen:



@freie.be

4760 Büllingen

Hauptstraße 2
+32 (0)80 640 545

4750 Bütgenbach

Marktplatz 11/E/2
+32 (0)80 643 241

4700 Eupen

Vervierser Straße 6A
+32 (0)87 598 660

4720 Kelmis

Kirchstraße 6
+32 (0)87 558 169

4730 Raeren

Hauptstraße 73A
+32 (0)87 853 464

4780 St. Vith

Schwarzer Weg 1
+32 (0)80 799 515