

PROFIL **des Lebens**



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

Ausgabe Nr. 122

Reportage

Heuschnupfensaison: Schwere
Zeit für Pollenallergiker

Versicherung

Erstattungen für Zahnspangen

Gesundheit

Frühjahrsmüdigkeit: Lautes
Gähnen statt euphorischem
Tatendrang



P801141

Abgabestelle: Eupen Mail

Abs.: Freie Krankenkasse, Hauptstraße 2, B-4760 Büllingen
Erscheint dreimonatlich April • Mai • Juni 2022

Rundum sehen.



Zusätzlich zur gesetzlichen Erstattung erhalten Sie für Brillen und Kontaktlinsen:



- 125 € für Erwachsene – alle 4 Jahre
- 50 €, 100 € oder 150 € für Kinder und Jugendliche pro Jahr (je nach Dioptrie)

Augenlasern oder Kunstlinsen erstatten wir zu 250 € pro Eingriff, maximal 500 €

Vorwort

Vorsichtige Rückkehr zum normalen Leben

Zwei Jahre lang war die Corona-Pandemie das alles beherrschende Thema. Covid-19 hat unsere Welt plötzlich auf den Kopf gestellt und wird sie langfristig verändern. In diesen beiden Jahren haben wir unsere Geschäftsstellen verschiedentlich während mehreren Monaten für freie Kundenbesuche schließen müssen. Nach vorübergehenden Öffnungen folgte dann jeweils wegen einer neuen Ansteckungswelle wieder die Schließung.

Die Bedienung unserer Mitglieder musste von heute auf morgen auf Telearbeit umgestellt werden. Dank unseres modernen Workplace-Managements, das wir erst wenige Jahre zuvor eingeführt hatten, fanden unsere Mitarbeiter von gleich welchem Ort den gesicherten Zugang zum Netzwerk der Krankenkasse, inklusive aller Datenserver und der Telefonverbindungen. Es ist kaum auszudenken, wie unsere Arbeitsorganisation in der Corona-Zeit ausgefallen wäre, ohne die modernen technischen Möglichkeiten, die wir erst kurz zuvor eingeführt hatten.

Der belgische Staat wurde plötzlich flexibel: Infolge des Infektionsgeschehens wurde es uns erlaubt, anstelle der bisherigen Papierdokumente nun auch eingescannte Dokumente per E-Mail zu akzeptieren. Im Erstattungstarif der gesetzlichen Krankenversicherung wurden Honorare vorgesehen für telefonische Konsultationen und die Krankenkassen durften in ihren **Zusätzlichen Diensten** eine ganze Reihe von Regeln flexibel auslegen – wogegen in normalen Zeiten die geringste Abweichung von satzungsgemäßen Regeln rigoros geahndet wird.

Das Verbot des Drittzahlersystems (direkte Abrechnung des Pflegeleistenden mit der Krankenkasse) wurde abgeschafft und das System des eAttests (elektronische und vollautomatische Übermittlung der Behandlungsbescheinigung an die Krankenkasse) erhielt einen kräftigen Schub.

Auf Anordnung der Regierung haben wir, soweit dies möglich war, lange Zeit das System des „maximalen Home-Office“ für unsere Mitarbeiter angewandt, so wie die meisten Betriebe dies tun mussten. Seit der Beruhigung der Infektionslage sind unsere Geschäftsstellen nun wieder geöffnet. Aus organisatorischen Gründen beschränken wir den freien Zugang auf den Vormittag, ermöglichen aber zusätzlich (sowohl vormittags als auch nachmittags) Besprechungstermine nach telefonischer Vereinbarung oder nach einer Terminbuchung über unsere Internetseite. Vorläufig wenden wir noch die notwendigen Vorsichtsregeln an. Es gilt, die Entstehung neuer Wellen zu vermeiden, damit wir alle möglichst bald wieder zu einem richtig unbeschwerten Leben zurückfinden können.



Direktion der Freien Krankenkasse

Inhalt

Zu Ihren Diensten

4

- Diagnose Krebs: Nützliche Infos auf unserer Website!
- Fernkonsultationen: Neue Regelung

Gesundheit

5-12

- Kostenlose Behandlung für Kinder und Jugendliche
- Frühjahrsmüdigkeit: Lautes Gähnen statt euphorischem Tatendrang
- Wechseljahre bei Männern
- Schmerzen im unteren Rücken? Was können Sie tun?

Gesellschaft

13-15

- Leeres Nest: Wenn Kinder ausziehen

Reportage

16-21

- Heuschnupfensaison: Schwere Zeit für Pollenallergiker

Versicherung

22-33

- Erstattungen für Zahnspangen
- Vorteile dank des Vorzugstarifs
- Arbeitsunfähigkeit: Erneuerte Fristen und Auszahlungen
- Projekt „Rückkehr zur Arbeit“
- Höhere Erstattung der Fahrtkosten für Krebs- und Dialysepatienten

Aktuell

34-35

- Für den guten Zweck: Wandern statt Schwimmen
- Malen macht Spaß!

Impressum

Redaktion: Freie Krankenkasse

Kontakt: Doris Curnel

Layout: Indigo

Fotos: Shutterstock, Adobe Stock

Druck: Roularta

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.

Diagnose Krebs: Nützliche Infos auf unserer Website!

Die Diagnose Krebs ist für Betroffene und ihre Angehörigen ein tiefer Einschnitt in ihr Leben. Als wäre das nicht genug, sind mit dieser Erkrankung häufig hohe Behandlungskosten verbunden, die eine zusätzliche Belastung für die Patienten und ihre Familien bedeuten.

Besonders in solch schwierigen Lebenslagen möchten wir unseren Mitgliedern zur Seite stehen. Auf unserer Website stellen wir viele Informationen zur Verfügung rund um das Thema Krebs: Welche Schritte sind nach solch einer Diagnose zu unternehmen? Welche Kosten werden übernommen? An welche Hilfsdienste können Sie sich wenden?

Auf solche und weitere Fragen finden Sie schnell und übersichtlich eine Antwort.

Für anerkannte Krebsbehandlungen sieht die gesetzliche Krankenversicherung eine Erstattung vor. Wenn Sie außerdem der Garantie für schwere Krankheiten im Rahmen von **Hospitalia** angeschlossen sind, können Sie eine zusätzliche Erstattung für medizinische Kosten bis zu 7.000 € pro Jahr erhalten, auch ohne hospitalisiert zu sein. Des Weiteren sind im Rahmen unserer **Zusätzlichen Dienste** Erstattungen vorgesehen, die Ihnen das Leben während einer Krebsbehandlung erleichtern können.



Wenn Fragen offen bleiben, können Sie sich in einer unserer Geschäftsstellen informieren. Wir sind rundum für Sie da.

Fernkonsultationen: Neue Regelung

Ausgelöst durch die Corona-Pandemie wenden viele Ärzte seit dem Jahr 2020 das System der Telemedizin an. Im Frühjahr 2022 wird es einen neuen gesetzlichen Rahmen für die Erstattung der Telemedizin geben. Künftig kann die Krankenkasse pro Patient und pro Arzt 4 Telefonkonsultationen sowie 4 Videokonsultationen erstatten. Diese Fernkonsultationen ersetzen nicht die regulären Arztbesuche, können aber eine Ergänzung für diejenigen Patienten darstellen, für die eine Telekonsultation am sinnvollsten ist.

Es wird davon ausgegangen, dass die Fernkonsultationen höchstens 20 % der Gesamtzahl der Konsultationen der Praxen ausmachen werden. Der persönliche Kontakt, die körperliche Untersuchung und die Kommunikation von Angesicht zu Angesicht haben in der Gesundheitspflege jedoch weiterhin Priorität.

Welche Konsultationen werden erstattet?

Es werden ausschließlich Konsultationen berücksichtigt bei einem Arzt, zu dem der Patient bereits eine Behandlungsbeziehung hat:

- wenn in den 2 Kalenderjahren vor der Telekonsultation mindestens eine physische Konsultation stattgefunden hat
- oder wenn es sich um eine Telekonsultation mit dem Arzt handelt, der die Globale Medizinische Akte des Patienten verwaltet (bzw. einem Arzt der betreffenden Praxis).

Zudem werden Telekonsultationen mit einem Facharzt, zu dem der Patient von einem Allgemeinmediziner überwiesen wurde, erstattet.

Bei diesen Fernkonsultationen kommt das Drittzahlersystem zur Anwendung, d.h. die direkte Kostenabrechnung mit der Krankenkasse.





Kostenlose Behandlung für Kinder und Jugendliche

Vorsorgeuntersuchungen, Kinderkrankheiten oder Verletzungen machen häufig medizinische Behandlungen notwendig. Die Eigenanteile summieren sich, daher sehen wir für viele medizinische Leistungen die vollständige Erstattung vor.

Erstattung der gesetzlichen Krankenversicherung

Für medizinische oder paramedizinische Leistungen übernimmt die gesetzliche Krankenversicherung einen Großteil der Kosten, jedoch muss der Patient in den meisten Fällen einen gewissen Eigenanteil selbst tragen. Unsere Krankenkasse erstattet diese Eigenanteile für Kinder bis zum 18. Lebensjahr.

Erstattung der Zusätzlichen Dienste

Für folgende Leistungen nehmen wir die Erstattung vor:

- Leistungen bei Allgemeinmedizinern, insofern der Hausarzt für das Mitglied eine Globale Medizinische Akte angelegt hat;
- ambulante medizinische Leistungen beim Facharzt;
- paramedizinische Behandlungen (Logopädie, Kinesiotherapie, Krankenpflege);
- paramedizinische Lieferungen;
- erstattbare Medikamente (Kategorien A, B, C, Cj, Cs, Cx) sowie ärztlich verschriebene Sonderanfertigungen;

- Leistungen über das Drittzahlersystem (z.B. Laboranalysen).

Wir nehmen die Erstattung automatisch vor. Sie brauchen keine Belege einzureichen, mit Ausnahme der Leistungen, die teilweise über das Drittzahlersystem erstattet wurden (Laboranalysen), hierfür müssen Sie uns Ihren Ausgabenbeleg zustellen.

Nicht erstattet wird der erste Betrag der Eigenanteile im Jahr bis zu 12,50 €. Ist dieser Betrag erreicht, dann werden alle weiteren Eigenanteile erstattet.

Ausgeschlossen sind:

- außertarifliche Honorarzuschläge;
- kieferorthopädische Behandlungen (hierfür ist eine separate Erstattung unserer **Zusätzlichen Dienste** vorgesehen);
- Medikamente der Kategorie D oder andere pharmazeutische Lieferungen;
- alternative Therapien sowie Pflegeleistungen, die nicht im Erstattungstarif der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehen sind.



Luxemburgische Grenzgänger

Mitversicherte Kinder der luxemburgischen Grenzgänger erhalten für viele Gesundheitspflegeleistungen einen Zusatz seitens der gesetzlichen luxemburgischen Krankenkasse (CNS). Daher erstatten wir für die Kinder dieser Versicherten die Eigenanteile nicht automatisch, sondern erst auf Vorlage der Unterlagen, woraus die Erstattung der luxemburgischen Krankenkasse hervorgeht.

Rundum vital.



Frühjahrs Müdigkeit: Lautes Gähnen statt euphorischem Tatendrang

Kennen Sie das? Die Natur erwacht aus ihrem Winterschlaf, entfaltet wieder ihre volle Farbenpracht und sprüht vor Energie. Doch Sie fühlen sich einfach nur müde und ausgelaugt. Eigentlich müssten Sie jetzt voller Euphorie zu Taten drängen. Stattdessen übermannt Sie ein Gefühl der Antriebslosigkeit. Woran liegt das?

Frühjahrs Müdigkeit – was ist das?

Mit den ersten wärmenden Sonnenstrahlen und den sprießenden Blumen, die den Frühling verheißen, verbinden wir Vitalität und Lebenskraft. In der Realität jedoch kämpfen viele von uns mit Müdigkeit, Kreislaufbeschwerden, Kopfschmerzen, Abgeschlagenheit, Konzentrationsstörungen, Reizbarkeit oder Stimmungsschwankungen. Dafür gibt es einige Gründe.

Zunächst einmal muss sich unser Körper an die steigenden Temperaturen und das intensivere Tageslicht gewöhnen. Das wirkt sich vor allem auf den Hormonhaushalt aus. Während der Organismus in den Wintermonaten sozusagen in den Ruhemodus fährt und größere Mengen des Schlafhormons Melatonin ausschüttet, wird er im Frühling regelrecht vom Wach- und Glückshormon Serotonin durchströmt. Der Übergang von dem einen Botenstoff zum anderen macht manchen von uns zu schaffen, denn das gespeicherte Melatonin baut sich nur langsam ab und bremst das Serotonin aus. Hinzu kommt die Zeitumstellung, die die biologische Uhr vieler Menschen total auf den Kopf stellt. Der Körper steckt also in einem hormonellen und zeitbezogenen Dilemma.

Darüber hinaus spielt die Ernährung eine bedeutende Rolle. Im Winter isst man gewöhnlich weniger frisches Obst und Gemüse und hat daher keine ausreichenden Vitamin- und Nährstoffreserven, um die kalte Jahreszeit ohne großartige Mangelerscheinungen zu überbrücken.

Frauen sind besonders betroffen

Aus Studien geht hervor, dass Frauen häufiger von der Frühjahrmüdigkeit betroffen sind als Männer. Grund dafür ist ihr niedrigerer Blutdruck. Auch wetterfühlige Menschen, Jugendliche und ältere Personen reagieren sensibler auf die saisonalen Veränderungen.

Wer fit und gesund ist, kommt grundsätzlich besser als andere mit dem Jahreszeitenwechsel klar.

Tipps, wie Sie mit Elan durch den Frühling kommen

Im Durchschnitt braucht der Körper rund 2 bis 4 Wochen, bis er sich an die neuen Bedingungen angepasst und sein hormonelles Gleichgewicht wiedergefunden hat. Wir haben einige Tipps für Sie, wie Sie von den tückischen Frühjahrsbeschwerden verschont bleiben:

- Tanken Sie so viel Tages- und Sonnenlicht wie nur möglich. Nutzen Sie jeden sonnigen Moment, um Arbeiten draußen zu erledigen und laden Sie so Ihre Batterien wieder auf.
- Bewegen Sie sich regelmäßig an der frischen Luft und versuchen Sie dabei, Ihre Umgebung mit allen Sinnen wahrzunehmen. Planen Sie z.B. regelmäßige Spaziergänge oder Fahrradtouren in Ihren Alltag ein.
- Achten Sie auf eine frische, ausgewogene und nährstoffreiche Ernährung. Gerade jetzt braucht Ihr Körper viele Vitamine und Ballaststoffe, um wieder richtig in Schwung zu kommen. Scharfe Gemüsesorten wie Radieschen, Chili und Ingwer regen den Blutdruck und auch den Stoffwechsel besonders an.
- Trinken Sie viel Wasser – am besten 2 ½ Liter täglich. Wasser löscht nicht nur den Durst, sondern fördert auch die Konzentration. Dadurch sind Sie viel aufmerksamer und gehen wacher durch den Tag.
- Nehmen Sie morgens eine Wechseldusche (kalt zum Abschluss) und kurbeln Sie Ihren Kreislauf ordentlich an. Sie werden schnell merken, mit wie viel mehr Energie Sie in den Tag starten.
- Gönnen Sie sich nach ereignisreichen Tagen eine Auszeit. Mit dem Frühling kommt wieder viel mehr Aktivität ins Leben, dabei dürfen Sie aber nicht vergessen, dass Ihr Körper auch Erholung braucht. Finden Sie die richtige Balance zwischen „Tun“ und „Ruh'n“.



Rezeptidee: Ingwer-Shot

100 g Ingwer
3 Zitronen
1 Orange
1 Apfel
200 ml Wasser
1 TL Kurkuma
Honig, Agavendicksaft, Ahorn- oder Dattelsirup
(nach Belieben)
1 Prise Cayennepeffer (optional)

1. Ingwer (mit einem Löffel) und Apfel schälen und in grobe Stücke schneiden. Zitronen und Orange pressen.
2. Alles zusammen mit dem Wasser und dem Kurkuma in einen Behälter geben und mixen. Wer keine Stückchen mag, kann den Saft durch ein Sieb passieren.
3. Mit Honig, Agavendicksaft, Ahorn- oder Dattelsirup abschmecken. Wer es gerne besonders scharf mag, gibt noch eine Prise Cayennepeffer hinzu.

*Und fertig ist der
Frühjahrsuntermacher!*



Sollten die Symptome bei Ihnen über einen längeren Zeitraum anhalten und trotz Ihres bewussten Gegensteuerns nicht abklingen, empfehlen wir Ihnen, einen Arzt aufzusuchen und der genauen Ursache auf den Grund zu gehen.



Wechseljahre bei Männern

Stimmungsschwankungen, Schweißausbrüche, Schlafstörungen... Fast jedem sind die typischen Symptome der Wechseljahre einer Frau bekannt. Doch wie sieht es eigentlich bei Männern aus? Kommen auch sie in die Wechseljahre? Oder stecken sie, wie manch einer behauptet, einfach nur in einer Midlife Crisis?

Es ist ein viel umstrittenes Thema: Wechseljahre bei Männern. Selbst Experten sind sich nicht einig über die Existenz dieses oft belastenden Lebensabschnitts, den manch einer des „starken“ Geschlechts durchlebt. Denn im Gegensatz zur letzten Regelblutung der Frau, die die Menopause einläutet, gibt es beim Mann keinen deutlichen Wendepunkt, anhand dessen sich ein Wechsel von der fruchtbaren zur unfruchtbaren Phase feststellen ließe.

Tatsache ist jedoch, dass auch viele Männer ab einem gewissen Alter mit Beschwerden zu kämpfen haben, die denen ähneln, die das weibliche Geschlecht bei der altersbedingten Hormonumstellung erfährt.

Für diesen Prozess, der im männlichen Körper stattfindet, gibt es unterschiedliche Bezeichnungen, wie etwa „Andropause“, „Andropedie“ oder „Klimakterium virile“.

Ursache

Als Auslöser für die männlichen Wechseljahre wird eine abnehmende Hormonproduktion verantwortlich gemacht. Neben verschiedenen anderen Androgenen spielt vor allem Testosteron eine bedeutende Rolle.

Testosteron ist das wichtigste männliche Geschlechtshormon. Es wird in den Hoden produziert und ist ausschlaggebend für die Entwicklung der primären männlichen Geschlechtsmerkmale, die Produktion der Spermien und das Wachstum der Muskeln.

Die Dosis, in der es produziert wird, ist je nach Lebensphase unterschiedlich. Bis zum Alter von ungefähr 30 Jahren nimmt die Testosteronproduktion fortwährend zu. Vom 30. bis zum 40. Lebensjahr verläuft sie relativ konstant. Danach geht sie jährlich um durchschnittlich 1 bis 1,2 % zurück. Diese hormonelle Veränderung beginnt schleichend, erstreckt sich über mehrere Jahre und macht sich in den meisten Fällen erst im Alter zwischen 50 und 60 Jahren allmählich bemerkbar.

Anders als bei der Frau, deren Hormonspiegel schubweise sinkt, erfolgt der Hormonrückgang beim Mann somit langsam und kontinuierlich. Der Körper hat dementsprechend

genügend Zeit, sich stetig an den neuen Hormonhaushalt anzupassen, und wird von den Auswirkungen nicht derart übermannt wie der weibliche Organismus.

Nichtsdestotrotz kann die Abnahme des Testosteronspiegels von Mann zu Mann sehr unterschiedlich verlaufen. Auch die Wahrnehmung der Beschwerden ist sehr individuell. Die meisten Männer haben diese wechselnde Phase gewöhnlich nach ca. 7 ½ Jahren überstanden.

Symptome

Zu den geläufigsten Symptomen der Andropause zählen Schlaflosigkeit, ständige Müdigkeit, unbegründete Nervosität, innere Unruhe, Gefühlsschwankungen, Reizbarkeit, Hitzewallungen, nachlassende Konzentrationsfähigkeit, Schwächegefühl, Antriebslosigkeit, sexuelle Unlust, Erektionsstörungen, Potenzprobleme oder Gewichtszunahme ohne Veränderung der Lebensgewohnheiten.

Dass die körperlichen und geistigen Kräfte im Laufe der Lebensjahre nachlassen, ist völlig normal. Doch die hormonellen Veränderungen, gepaart mit den gewöhnlichen Alterserscheinungen, führen bei vielen Betroffenen zu einer extremen seelischen Belastung. Vielen setzt ihre körperliche Metamorphose derart zu, dass sie an einer Depression erkranken. Ihr Wohlbefinden nimmt kontinuierlich ab und ihre Lebenszufriedenheit schwindet regelrecht dahin.

Maßnahmen

Da viele der Beschwerden zum natürlichen Alterungsprozess gehören, kann ihnen nicht bewusst vorgebeugt werden. Dennoch gibt es einige Möglichkeiten, sie zu mildern.

Bei akutem und stark ausgeprägtem Auftreten von Wechseljahrsymptomen ist es ratsam, einen Arzt zu konsultieren, um körperliche Ursachen auszuschließen. Durch eine Laboranalyse des Blutes lässt sich feststellen, ob es einen signifikanten Hormonmangel gibt.

Liegt ein ernstes Testosterondefizit vor, so könnte dieses zwar medikamentös behandelt werden. Jedoch wird davon abgeraten, dies gleich als ersten Schritt zu tun, nur um Symptome zu lindern. Die möglichen Risiken und Nebenwirkungen von Testosteronpräparaten sind immer noch nicht ausreichend erforscht.

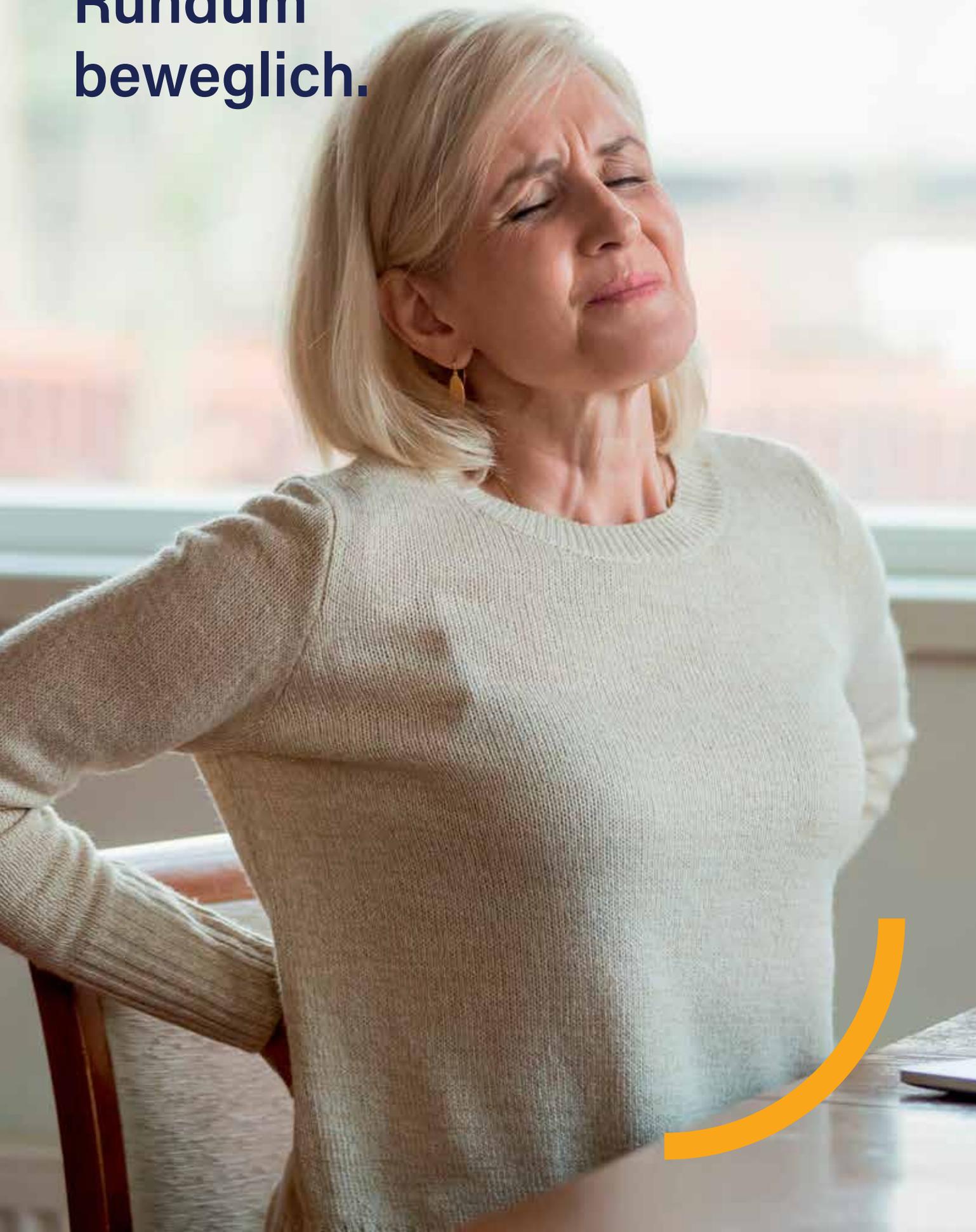
Allgemein wird daher empfohlen, den hormonellen Veränderungen, die sich mit den Jahren einstellen, schonend entgegenzuwirken. In erster Linie sollte eine Umstellung des Lebensstils ins Auge gefasst werden. Die Art und Weise, wie „Mann“ lebt, hat nämlich einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf die Hormonproduktion.



Faktoren, die ein gesundes Altern begünstigen:

- **Vitaminreiche und vorzugsweise pflanzliche Ernährung:** Gesunde Lebensmittel, sprich viel Obst und Gemüse sowie Vollkornprodukte, und ein mäßiger Verzehr von Fleisch wirken sich positiv auf den Hormonhaushalt aus. Ein wichtiges Mineral für die Ankurbelung der Testosteronproduktion ist Zink. Dieses findet man u.a. in Käse, Erbsen, Hülsenfrüchten und Johannisbeeren.
- **Begrenzter Alkoholkonsum:** Alkohol kann Beschwerden wie Hitzewallungen und Schweißausbrüche verstärken. Deshalb sollte man den Konsum begrenzen.
- **Regelmäßige körperliche Bewegung:** Es ist wissenschaftlich belegt, dass Männer, die regelmäßig Sport treiben, einen höheren Testosteronspiegel haben als ihre inaktiven Altersgenossen. Besonders geeignet sind Ausdauersport und Krafttraining.
- **Sexuelle Aktivität:** Sex regt die körpereigene Hormonproduktion an. Dadurch wird nicht nur die Manneskraft neu erweckt, sondern auch die Lust auf den Liebesakt. Ein positiver Effekt für das eigene Ego und die Beziehung.
- **Stressabbau:** Mit zunehmendem Alter nimmt die Stressresistenz ab. Das äußert sich vor allem in der Psyche und im Verhalten. Für die allgemeine Gesundheit ist es daher wichtig, einen Ausgleich zu finden, z.B. lesen, meditieren, laufen.

Rundum beweglich.



Schmerzen im unteren Rücken? Was können Sie tun?

Ein Großteil der Menschen leidet irgendwann im Leben unter Rückenschmerzen. Oft treten sie nur kurzzeitig auf, in manchen Fällen können sie jedoch chronisch werden. Vor allem Schmerzen im unteren Rücken, so genannte Lumbalgien, sind weit verbreitet.

Schmerzen im unteren Rücken

Lumbalgie ist der medizinische Fachbegriff für Schmerzen im unteren Rücken. Mehr als 70 % der Menschen leiden irgendwann einmal an Kreuzschmerzen, die in jedem Alter auftreten können.

Die Lumbalgie ist die häufigste Form von Rückenschmerzen. Sie kann bis in die Beine ausstrahlen und tritt plötzlich oder progressiv auf. Es handelt sich um einen stechenden oder auch dumpfen Schmerz. Das liegt daran, dass die Lendenwirbel ständig beansprucht werden und einen großen Teil des Körpergewichts tragen, was sie zu einer empfindlichen Region macht.

Oft sind die Schmerzen auf eine Überbelastung des Rückens oder aufgrund von steifen Haltungen über eine längere Zeit zurückzuführen. Auch falsch ausgeführte Bewegungen oder zu wenig Mobilität und eine damit einhergehende Muskelschwäche können die Ursache der Rückenbeschwerden sein. Die Schmerzen können akut oder chronisch auftreten. Von akuten Beschwerden spricht man, wenn die Symptome weniger als 4 Wochen anhalten. Bei 5 bis 8 % der Patienten werden die Schmerzen chronisch und dauern über mehrere Monate hinweg an.

Kreuzschmerzen und ihre Ursachen

Der Kreuzschmerz ist nur ein Symptom, dessen Ursachen sehr vielfältig sind. In 90 % der Fälle geht den Schmerzen keine größere Verletzung voraus, sondern die Beschwerden hängen mit den Bandscheiben, den Wirbeln, den Muskeln usw. zusammen. Oft ist es nicht möglich, die Ursache der Schmerzen genau zu bestimmen, da sie innerhalb weniger Wochen von selbst wieder verschwinden.

Häufige Ursachen sind:

- Verletzung eines Muskels, einer Sehne oder eines Bandes;
- der Verschleiß der Bandscheiben;
- ein Bandscheibenvorfall;
- ein gynäkologisches Problem;
- das Verrutschen eines Wirbels auf einen anderen Wirbel (Spondylolisthesis);
- Arthritis, Arthrose oder Osteoporose.

Unabhängig von der Ursache der Rückenschmerzen kommt es häufig zu einer Verkrampfung der Muskulatur, die sich in der Nähe der schmerzenden Region befinden. Dabei handelt es sich um einen Schutzreflex des Körpers. Diese Kontraktion kann ihrerseits zu stärkeren oder erneuten Schmerzen führen. Dadurch kann ein Teufelskreis in Gang gesetzt werden, der dazu beiträgt, dass die Beschwerden chronisch werden.

Die Lendenwirbelsäule

Die Lendenwirbelsäule besteht aus 5 Wirbeln: kleine zylindrische Knochen, die übereinander liegen und in der Mitte hohl sind. In diesem Hohlraum verläuft das Rückenmark. Das Rückenmark besteht aus einem Bündel von zahlreichen Nervenfasern. Zwischen jedem Wirbel befindet sich eine Bandscheibe aus weichem Gewebe. Die Funktion der Bandscheiben besteht darin, die Beweglichkeit der Wirbel zu ermöglichen und Stöße abzufedern.

Muskeln, Sehnen und Bänder sorgen für die Stabilität und Beweglichkeit der empfindlichen Gelenke der Wirbelsäule. All diese Strukturen können für Rückenschmerzen im Lendenwirbelbereich verantwortlich sein.



Kreuzschmerzen: Wer ist gefährdet?

- Menschen, die bei ihrer Arbeit viele Stunden im Sitzen oder Stehen verbringen;
- Personen, die schwere Lasten heben oder ziehen müssen;
- Schwangere;
- Personen, bei denen ein Elternteil an Verschleiß der Bandscheiben, Arthrose oder Osteoporose gelitten hat.

Risikofaktoren für eine Lumbalgie sind u.a. mangelndes oder – im Gegensatz dazu – übermäßiges körperliches Training, Übergewicht, Fehlhaltungen, das Tragen von Schuhen mit hohen Absätzen und anhaltender Stress. Um Rückenschmerzen vorzubeugen, sollten Sie also einen gesunden Lebensstil pflegen.

Vorbeugung von Rückenschmerzen

Wer Rückenschmerzen vorbeugen möchte, sollte unbedingt sein Gewicht kontrollieren. Auch regelmäßige Bewegung hilft bei der Vermeidung von Beschwerden. Dabei sollte vor allem die Stärkung von Bauch- und Rückenmuskulatur im Vordergrund stehen.

Bei der Arbeit sollte möglichst oft eine Veränderung der Haltung vorgenommen werden, egal ob es sich um eine vorwiegend stehende oder sitzende Position handelt. Kleine Dehnungsübungen oder kurze Gehwege helfen, die Rückenmuskulatur zu entspannen. Wer viel am Computer arbeitet, sollte unbedingt auf die optimale Ausrichtung des Bildschirms achten. Dieser ist so einzustellen, dass der Kopf möglichst gerade gehalten werden kann.

Behandlung einer Lumbalgie

In der akuten Schmerzphase steht Schonung auf dem Plan. Es ist wichtig, abrupte Bewegungen zu vermeiden und den Rücken auszuruhen. Nach einer Ruhezeit von 2 bis 3 Tagen sollte der Rücken aber wieder mobilisiert werden, auch wenn der Schmerz noch vorhanden ist. Bei akuten Beschwerden sind Röntgen- oder Ultraschalluntersuchungen z.B. nicht unbedingt notwendig.

Positionen, in denen die Lendenwirbelsäule am besten entlastet wird, sind folgende:

- auf der Seite liegend, mit angewinkelten Knien, einem Kissen unter dem Kopf und einem weiteren zwischen den Knien;
- auf dem Rücken liegend, ohne Kissen unter dem Kopf, mit einem oder mehreren Kissen unter den Knien und einem zusammengerollten Handtuch oder einem kleinen Kissen in der unteren Rückenbeuge.

Auch das Auflegen einer Wärmeflasche kann helfen, die Schmerzen zu lindern. In den meisten Fällen ist die Einnahme von Medikamenten zwecklos. Wenn die Schmerzen jedoch stark und hartnäckig sind, sollten Sie einen Arzt aufsuchen, um mit diesem nach einer sinnvollen Behandlungsmethode zu suchen, damit Ihre Schmerzen schnell gelindert werden können. Eine wirksame Schmerzlinde- rung ist nämlich wichtig, da Schmerzen zu Bewegungsängsten führen können, die wiederum zur Chronifizierung des Schmerzes beitragen.

Bewegung und alternative Methoden

Bei akuten Kreuzschmerzen hilft Bewegung eher wenig. Anhaltende Beschwerden hingegen können durch gezielte Mobilisation gelindert werden. Mögliche Methoden sind Dehn- und Kräftigungsübungen, Spaziergänge oder Kinesithérapie. Auch alternative Therapien wie Osteopathie oder Chiropraktik wirken bei Rückenbeschwerden erleichternd.

Chirurgie

Wenn ein Nerv eingeklemmt ist und auch andere Maßnahmen nicht helfen, kann er durch eine Operation dekomprimiert werden. Ist ein Nerv betroffen, der mit dem Schließmuskel der Blase oder des Anus verbunden ist, wird eine Operation in der akuten Phase durchgeführt. Handelt es sich hingegen um einen Nerv, der eine Muskelschwäche in den Beinen oder Füßen verursacht, kommt ein Eingriff in der Regel erst dann in Betracht, wenn sich die Situation nach längerer Zeit und nach anderen Behandlungen nicht bessert.



Leeres Nest: Wenn Kinder ausziehen

Plötzlich wird es ruhig im Haus. Nachdem alle Kinder ausgezogen sind, beginnt für die Eltern ein neuer Lebensabschnitt, mit dem sie sich erst einmal auseinandersetzen müssen. Manche Menschen überwinden diesen Trennungsprozess recht gut, während anderen der Verlust sehr zu schaffen macht.

Syndrom des leeren Nestes

Mit dem Auszug der Kinder aus dem elterlichen Haus endet ein wichtiges Kapitel des Lebens und die entstehenden Emotionen sind einem Trauerprozess ähnlich. Die Eltern verabschieden sich von einer bedeutenden Periode und einer gemeinsamen Aufgabe, was selbstverständlich schmerzhaft ist.

Während sich die Kinder auf ihr neues, eigenständiges Leben freuen, bleiben Vater und Mutter alleine zurück. Die meisten Eltern überstehen die Zeit des Loslassens ohne größere Schwierigkeiten. Schaffen sie es jedoch nicht, den Verlust und die Leere zu überwinden, spricht man vom „Leeres-Nest-Syndrom“. In schweren Fällen kann die Belastung, die durch den Auszug der Kinder entstanden ist, sogar in eine ernstzunehmende Depression führen.

Im eigentlichen Sinne findet keine Trennung statt, es ist eher das Loslassen von der Selbstverständlichkeit, seine Kinder um sich herum zu haben. Und anders als in der Vogelwelt, wo im nächsten Jahr wieder neuer Nachwuchs kommt, bleiben Eltern endgültig in ihrer Zweisamkeit zurück. Diese Tatsache kann erst mal schmerzhaft sein, aber daraus kann eine positive Entwicklung für Eltern als Paar hervorgehen.



Konflikte treten auf

Manche Paare verdrängen ihre eigenen Probleme solange die Kinder im Haus sind. Nach deren Auszug jedoch kommen manche alte Sorgen oder Probleme wieder hoch und führen zu Diskussionen oder Streitigkeiten, welche die Partner zusätzlich auseinandertreiben. Als Folgen eines „Leeres-Nest-Syndroms“ treten mitunter sogar regelrechte Identitätskrisen oder der übermäßige Konsum von Suchtmitteln auf.

Das Elternteil, das mehr als das andere seine Zeit in die Kindererziehung investiert hat, ist meist stärker von dem Gefühl des Verlassenseins betroffen. Jedoch ist die Trauerperiode für Eltern, die während der aktiven Elternschaft berufstätig sind, meist kürzer. Sie können besser mit der Trennung umgehen als Eltern, die sich ausschließlich ihren Kinder gewidmet haben.

Andersherum kann jedoch auch bei Eltern, die in der Kinderbetreuung passiver waren oder die voll berufstätig sind, nach dem Auszug ihrer Kinder das Gefühl eines schlechten Gewissens entstehen. Sie denken, nicht genügend Zeit mit ihren Kindern verbracht zu haben und diese Chance verpasst zu haben. Kinder können einer Beziehung sehr viel Halt geben. In den Augen der meisten Eltern wertet das Familienleben die Beziehung zweier Personen auf. Um sich von allzu reuigen Ansichten aber nicht völlig einnehmen zu lassen, ist der Prozess des Loslassens sehr wichtig. Wenn die Kinder das Haus verlassen, sollte die Partnerschaft wieder auf neue und vor allem positive Dinge ausgerichtet werden.

Loslassen lernen

Es ist zwar wichtig, die vorübergehende Traurigkeit zu akzeptieren, aber damit man nicht lange Zeit in ein Loch fällt, können einige Tipps hilfreich sein. Die beiden Elternteile sollten sich im Vorfeld mental auf diesen schweren Moment vorbereiten, indem sie das offene Gespräch miteinander suchen. Dabei kann u.a. geklärt werden, wie viel Nähe oder Distanz sich beide Seiten künftig wünschen.

Des Weiteren sollten die Eltern sich dessen bewusst werden, dass ein kinderfreies Haus auch Vorteile hat. Der neue Lebensabschnitt ist der ideale Moment, sich neuen Projekten zu widmen. Ehrenamtliche Tätigkeiten oder neue Hobbys können Erfüllung schenken. Der regelmäßige Kontakt mit anderen Menschen (Freunde, Nachbarn, Gleichaltrige) erleichtert die Trennung ebenfalls. Besonders wichtig ist es jedoch, dass sich Mann und Frau genügend Zeit füreinander und für ihre Partnerschaft nehmen, solange die Kinder noch im Haus sind.

War ihr eigenes Leben zu sehr in den Hintergrund gedrängt, dann führen möglicherweise schon kleine Veränderungen der Lebenssituation zu depressiven Verstimmungen. Führen die Eltern hingegen während des Heranwachsens der Kinder eine ausgewogene Beziehung, so geben sie sich gegenseitig Kraft und schwierige Situationen sind leichter zu meistern.



Tipps nach dem Auszug der Kinder

- **Blieben Sie entspannt:** Klammern und ständiges Hinterhertelefonieren sind eher kontraproduktiv für eine innige Beziehung. Je entspannter die Eltern mit dem Auszug umgehen, desto enger bleibt in der Regel der Kontakt zu den Kindern.
- **Sprechen Sie darüber:** Reden Sie mit Ihrem Partner über die Gefühle und Gedanken, die Sie nach dem Auszug der Kinder haben. Auch das Gespräch mit anderen Eltern kann helfen.
- **Tauschen Sie sich aus:** Während früher die Kinder vielleicht sehr oft Mittelpunkt Ihrer Kommunikation waren oder die Kinder die Gespräche z.B. am Esstisch dominiert haben, ist es nun wichtig, neue Themen zu finden und im Austausch zu bleiben.
- **Nehmen Sie sich Zeit für sich:** Nutzen Sie die neu gewonnene Zeit für Dinge, die Ihnen Freude bereiten. Früher haben Sie gerne gelesen, Sport gemacht oder ein Handwerk ausgeübt. In den alten Kinderzimmern ist nun genügend Platz für einen eigenen Hobbyraum.
- **Finden Sie gemeinsame Projekte:** Sie wollten schon immer diesen Raum umbauen? Sie möchten schon lange eine bestimmte Reise machen? Viele Dinge kommen zu kurz, wenn die Kinder noch im Haus sind. Sehen Sie es also positiv und packen Sie die Dinge jetzt an.
- **Richten Sie sich bewusst gemeinsame Zeit ein:** Gehen Sie z.B. zusammen wandern, Tennis spielen oder einfach ins Kino. Ein romantischer Restaurantbesuch oder gemeinsames Kochen sind auch schöne Optionen. Genießen Sie einfach Ihre neu gewonnene Zeit zu zweit.

Professionelle Hilfe

Wenn der Auszug der Kinder dennoch langfristig und übermäßig belastet, sollte professionelle Hilfe aufgesucht werden. Wenn Paare jahrelang aneinander vorbeigelebt haben, kann eine Paartherapie hilfreich sein. Auch bei anhaltender Trauer, einem beginnenden Suchtverhalten oder ständiger Niedergeschlagenheit macht das Gespräch mit einem Therapeuten Sinn.



Im Rahmen unserer Zusätzlichen Dienste sehen wir eine Erstattung für Beratungen bei einem anerkannten selbstständigen Psychologen vor. Für die ersten 8 Sitzungen pro Jahr erstatten wir 20 € pro Sitzung, für jede weitere Sitzung 15 €. Finden Sie einen Psychologen in Ihrer Nähe.



Heuschnupfensaison: Schwere Zeit für Pollenallergiker

Rund die Hälfte aller Allergiker leidet unter einer Pollenallergie, im Volksmund auch als Heuschnupfen bekannt. Von Februar bis Oktober haben Pollen Hochsaison. Bis zu 4.000 verschiedene Arten befinden sich während dieser Zeit in der Luft. Dabei hat jede ihre eigene Flugperiode.

Im Frühjahr ist es vor allem der Blütenstaub von Bäumen und Sträuchern (z.B. Erle, Haselnuss oder Birke), im Sommer haben Allergiker hauptsächlich mit Gräserpollen zu kämpfen und im Herbst sind es die Kräuterpollen (z.B. Beifuß, Brennnessel oder Ambrosia). Rund 100 Pollenarten wurden als allergieauslösend eingestuft.

Symptome im Überblick

- **AUGEN**
Tränende, geschwollene und gerötete Augen, Juckreiz, Bindehautentzündungen
- **NASE**
Verstopfte oder laufende Nase, Niesreiz und Nasenjucken
- **MUND- UND RACHENRAUM**
Kratzen, Brennen oder Jucken im Mund und Rachenbereich
- **LUNGE**
Trockener Husten, erschwerte oder pfeifende Atmung, im schlimmsten Fall Asthma
- **OHREN**
Juckende Gehörgänge
- **HAUT**
Juckende Haut, Rötungen oder Pusteln, andere sich verschlimmernde Hautkrankheiten
- **ANDERE SYMPTOME**
Kopfschmerzen, Müdigkeit und Schlafstörungen, allgemeines Unwohlsein



Tipps und Hinweise für Pollenallergiker

Zu Hause

- Lüften Sie Ihr Zuhause am besten, wenn es regnet. Die Luft ist dann nicht nur rein von Pollen, durch die Feuchtigkeit wird auch die Luft im Innenraum gereinigt.
- Wenn es nicht regnet, kann ein Pollenschutzgitter Abhilfe schaffen. Auch ist es ratsam, erst am späten Nachmittag zu lüften, da die Pollenkonzentration besonders in den Morgenstunden hoch ist.
- Die Pollenbelastung steigt besonders an sonnigen und warmen Tagen an. An solchen Tagen sollten Sie Ihre Wäsche besser drinnen trocknen.
- Es ist wichtig, täglich den Pollenstaub aus der Wohnung zu entfernen. Achten Sie beim Staubsaugen auf einen guten Filter, damit die gesaugten Pollen nicht erneut durch die Wohnung gewirbelt werden.
- Ziehen Sie während der Pollenzeit Ihre Kleidung nicht im Schlafzimmer aus und legen Sie diese in einem anderen Raum ab.
- Regelmäßiges Duschen und Haarewaschen hilft, die Pollen vom Körper zu entfernen.



Ein Heuschnupfen entwickelt sich meist schon in der Kindheit. Besteht der Verdacht auf eine Pollenallergie, so sollte die Ursache unbedingt geklärt werden. Denn bei einem Fünftel der Betroffenen greift die Erkrankung auf die Lunge über und ruft ein allergisches Asthma hervor. Durch eine frühzeitige Behandlung kann das Asthma hinausgezögert oder sogar vermieden werden.



Informieren Sie sich über den aktuellen Pollenflug!

Mittlerweile gibt es eine Menge kostenloser Apps und Websites mit Pollenflugkalendern, die Ihnen dabei helfen, leichter durch die Heuschnupfenzeit zu kommen. Diese geben an, welche Art von Pollen aktuell unterwegs ist, wie die Pollenbelastung aussieht, wann der Pollenflug vorbei ist... Auch wenn die Apps kein Allheilmittel sind, können Sie damit als Allergiker doch etwas beruhigter aus dem Haus gehen.

Unterwegs

- Nach einem Regenguss befinden sich nur wenige Pollen in der Luft. Diese Zeit können Sie für ausgiebige Spaziergänge und Radtouren nutzen. An warmen, windigen Tagen sollten Sie erst im späten Nachmittag nach draußen gehen, weil die Pollendichte morgens besonders hoch ist.
- Beim Autofahren sollten Sie die Fenster geschlossen halten. Verfügt die Belüftungsanlage nicht über einen Pollenfilter, so schalten Sie diese aus.
- Planen Sie Ihren Urlaub vorzugsweise am Meer oder im Hochgebirge. In nördlichen Ländern findet der Pollenflug später statt als in Mittel- und Südeuropa.

Unbedingt vermeiden

- Vermeiden Sie Ausflüge auf Wiesen und Felder, besonders an warmen, windigen Tagen.
- Pollenallergiker sollten nicht selber den Rasen mähen. Familienangehörige, Freunde oder Nachbarn, die nicht allergisch reagieren, können hier aushelfen. Es ist wichtig, das Gras kurz zu halten, damit es nicht zu blühen beginnt.
- Vorsicht ist geboten bei einigen Lebensmitteln, denn die Hälfte der Pollenallergiker entwickelt auch eine Allergie gegen bestimmte Lebensmittel (Kreuzallergie).





Leide ich an einer Pollenallergie?

Wenn Sie vermuten, an einer Pollenallergie zu leiden, sollten Sie sich zunächst an Ihren Hausarzt wenden oder an einen Facharzt (Allergologe, Pneumologe, HNO- oder Hautarzt), um herauszufinden, ob eine Pollenallergie vorliegt. Ein erstes Gespräch kann bereits etwas Klarheit schaffen und möglicherweise werden Allergietests durchgeführt. Notieren Sie sich vor dem ersten Arztbesuch, welche Beschwerden bei Ihnen aufgetreten sind, wann und an welcher Körperstelle diese eingesetzt haben.

Der Prick-Test gibt Gewissheit

Beim Prick-Test werden verschiedene Allergene in Berührung mit der Haut gebracht. Tritt eine Reaktion auf, so weist dies auf eine Allergie hin. Zusätzlich zum Prick-Test kann durch eine Blutanalyse die Menge der Antikörper gegen Pollen festgestellt werden.

Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es?

Medikamentöse Behandlung

Eine medikamentöse Behandlung lindert lediglich die Beschwerden. Sie beseitigt nicht die Ursache, wie es bei der spezifischen Immuntherapie der Fall ist.

Antihistaminika

Antihistaminika neutralisieren den Botenstoff Histamin. Die klassischen Allergiebeschwerden (laufende Nase, Niesreiz sowie tränende und gerötete Augen) klingen durch dieses Medikament schnell ab. Außerdem haben Antihistaminika eine entzündungshemmende Wirkung.

Kortison

Kortison hat eine entzündungshemmende Wirkung und bekämpft die Symptome effektiv. Es kann vorbeugend oder auch lindern verabreicht werden. Dadurch, dass der bekannte Wirkstoff in verschiedenen Mitteln wie Nasensprays, Salben, Tabletten, Injektionen oder als Zäpfchen verarbeitet wird, kann er für die Behandlung vieler Symptome angewandt werden.

Spezifische Immuntherapie

Die Immuntherapie ist auch unter den Bezeichnungen „Allergie-Impfung“ und „Hyposensibilisierung“ bekannt. Sie wird eingesetzt, um das Immunsystem schrittweise an die allergieauslösende Substanz zu gewöhnen. Voraussetzung ist jedoch, dass das Allergen bekannt ist, welches die Beschwerden auslöst. Die spezifische Immuntherapie ist die einzige Behandlung, welche die Ursache bekämpft. Andere Arzneien lindern lediglich die Symptome oder unterdrücken die Entzündungsreaktion.

Je früher in den Verlauf der Allergie eingegriffen wird, umso höher sind die Heilungschancen. In der Regel verordnet und begleitet ein Facharzt (Allergologe, Hautarzt, HNO-Arzt oder Pneumologe) die Immuntherapie.

Bei saisonbedingten Allergien, wie es bei einer Pollenallergie der Fall ist, sollte die Behandlung möglichst vor der Saison, d.h. im Herbst oder Winter beginnen.

Subkutan oder Sublingual?

Es gibt verschiedene Einnahmeformen, die alle eines gemeinsam haben: Die Allergendosis wird stetig erhöht, so dass die Toleranz im Laufe der Zeit zunimmt, bis zur Unempfindlichkeit. Der Impfstoff wird dabei individuell auf den einzelnen Patienten abgestimmt. Dies geschieht anhand einer Rezeptur, die der Facharzt für den Betroffenen zusammenstellt und mit der dieser sein individuelles Allergenextrakt in der Apotheke bestellen kann.

Es gibt zum einen die **subkutane Immuntherapie**, bei der das Allergen in regelmäßigen Abständen vom Arzt mit einer Spritze injiziert wird. Mögliche Nebenwirkungen und Komplikationen können dabei sofort vom Arzt behandelt werden. Es können z.B. auftreten:

- Rötung, Schwellung, Juckreiz, tränende Augen;
- Atembeschwerden und Atemnot;
- Kopfschmerzen, Unwohlsein;
- Kreislaufbeschwerden;
- anaphylaktischer Schock.

Andererseits gibt es die **sublinguale Immuntherapie**, bei der der Patient selbst das Allergen in Form von Tropfen oder Tabletten unter die Zunge gibt. Die sublinguale Therapie hat den Vorteil, dass die Häufigkeit der Besuche beim Facharzt reduziert wird, da der Arzt dabei nicht anwesend sein muss. Die beobachteten Nebenwirkungen sind deutlich schwächer als bei der subkutanen Behandlung.

Ob in Form von Spritzen, Tropfen oder Tabletten – bei der Hyposensibilisierung wird dem Allergiker das entsprechende Allergen in allmählich steigenden Dosierungen verabreicht, bis die verträgliche Höchstdosierung erreicht ist.

Für wen ist die Therapie geeignet?

Die spezifische Immuntherapie kann nicht gegen alle Allergene eingesetzt werden. Bisher sind vor allem Präparate gegen Pollen, Milben, Insektengift, Tierhaare und Schimmelpilze erhältlich.

Folgende Personen sollten sich jedoch nicht einer Immuntherapie unterziehen:

- Autoimmunerkrankte, die an Rheuma, Morbus Crohn oder Multiple Sklerose leiden;
- Menschen mit einem Immundefekt;
- schwer Herz-Kreislauf-Erkrankte;
- Krebspatienten;
- Schwangere;
- Asthmatiker, bei denen die Lungenfunktion erheblich eingeschränkt ist.





Erstattung durch unsere Zusätzlichen Dienste

Die Freie Krankenkasse übernimmt 75 % der Behandlungskosten einer Immuntherapie, bis zu 375 € pro Jahr. Die Behandlung kann sich über 3 Jahre erstrecken und unsere Erstattung somit insgesamt bis zu 1.125 € betragen.

Voraussetzungen:

- Die spezifische Immuntherapie wird nur bei Allergien auf Birkenpollen, Gräserpollen oder Milben angewandt.
- Für die festgestellte Allergie ist das passende Impferum vorhanden und dessen Wirksamkeit ist erwiesen.
- Die Lebensqualität des Allergikers ist durch die Beschwerden (z.B. Heuschnupfen) stark eingeschränkt und die Allergie droht, sich zum Asthma auszuweiten.
- Durch die Vermeidung des Allergens oder durch lindernde Medikamente kann keine Besserung der Allergie erreicht werden.
- Die Immuntherapie wurde von einem Facharzt (Dermatologe, HNO-Arzt, Pneumologe oder Allergologe) verordnet.
- Die Erstattung wird während 3 aufeinander folgenden Behandlungsjahren gezahlt. Bei einer Unterbrechung und Wiederaufnahme der Immuntherapie wird diese Periode nicht verlängert.
- Die Kostenerstattung von 75 % gilt für die in Belgien angewandten Preise. Allergenextrakte, die nicht in Belgien käuflich sind, werden nicht zurückerstattet.



Rundum lächeln.



Erstattungen für Zahnsparungen

Eine Zahnsparung hat nicht nur ästhetische Gründe. Eine Fehlstellung der Zähne kann Sprech-, Verdauungs- und sogar Atembeschwerden hervorrufen. Die Krankenkasse übernimmt unterschiedliche Erstattungen für die Kosten einer Zahnsparung.

Kieferorthopädische Behandlung „erster Absicht“

Bestimmte Zahnfehlstellungen können bereits im Kindesalter durch eine Behandlung „erster Absicht“ korrigiert werden. Dadurch wird oft eine langwierige kieferorthopädische Behandlung im Jugendalter vermieden.

Die gesetzliche Krankenversicherung sieht eine Erstattung vor, die von Kindern in Anspruch genommen werden kann, die noch nicht alle bleibenden Zähne haben und folgende Bedingungen erfüllen:

- Die Behandlung wird vor dem 9. Lebensjahr durchgeführt.
- Die Behandlung wird mit folgender Absicht durchgeführt:

- › zur Korrektur eines frontalen oder seitlichen Kreuzbisses oder
- › zur Korrektur eines frontalen oder seitlichen Zwangsbisses oder
- › zur Vorbeugung eines Traumas durch die Korrektur der Position der Schneidezähne oder
- › zur Behebung von Platzmangel während der Wechselphase von den Milchzähnen zu den bleibenden Zähnen.

Der Zahnarzt oder Kieferorthopäde muss eine Mitteilung an den Vertrauensarzt unserer Krankenkasse richten. Wird die Behandlung genehmigt, so erfolgt die Erstattung der gesetzlichen Krankenversicherung in 2 Pauschalbeträgen zu Beginn und zum Ende der Behandlung.



Sollte nach einer Behandlung „erster Absicht“ später dennoch eine kieferorthopädische Behandlung notwendig sein, so darf diese frühestens 12 Monate nach Abschluss der Behandlung „erster Absicht“ beginnen.

Nützliche Informationen über weitere Erstattungsbedingungen, z.B. im Falle einer Verlängerung oder Unterbrechung, finden Sie auf unserer Website.

Kieferorthopädische Behandlung bis 15 Jahre

Damit die gesetzliche Krankenversicherung sich an der Behandlung beteiligt, müssen folgende Bedingungen erfüllt sein:

- Die Anfrage einer kieferorthopädischen Behandlung muss vor dem 15. Lebensjahr beim Vertrauensarzt unserer Krankenkasse eingereicht werden.
- Nachdem die Genehmigung auf diese Weise rechtzeitig erteilt wurde, darf eine Behandlung auch nach dem Alter von 15 Jahren beginnen – jedoch nie später als 2 Jahre nach der Genehmigung des Vertrauensarztes.

Im Normalfall erstreckt sich eine kieferorthopädische Behandlung über eine Dauer von 12 bis zu 36 Monaten. Leistungen, die vor dem Zustimmungsdatum des Vertrauensarztes beginnen, werden nicht erstattet.

Unterbrechung der Behandlung

Unterbrechung zwischen 3 und 6 Monaten: Das Anrecht auf Erstattung bleibt bestehen, falls derselbe Kieferorthopäde die Behandlung fortführt. Werden diese Regelungen nicht beachtet oder wird die Behandlung ohne Einverständnis des Arztes unterbrochen, übernehmen wir keine Erstattung mehr für die restliche Behandlung.

Unterbrechung länger als 6 Monate: Wird die Behandlung während mehr als 6 Monaten unterbrochen, so muss der behandelnde Arzt unserem Vertrauensarzt eine schriftliche Begründung zustellen.

Verlängerung der Behandlung

Falls die Behandlung nach Zahlung von 36 Monatspauschalbeträgen verlängert werden soll, so muss der Zahnarzt spätestens 1 Monat vor Beginn dieser Verlängerung einen ausführlichen Antrag bei uns einreichen. Der „Technische Zahnärzterat“ entscheidet dann über die Genehmigung. Auch bei lang andauernden Behandlungen endet das Anrecht auf Erstattung der Krankenkasse spätestens mit dem 22. Geburtstag.

Erstattung der Zusätzlichen Dienste

Weil die Erstattung der gesetzlichen Krankenversicherung lediglich einen Teil der Kosten deckt, sieht unsere Krankenkasse im Rahmen unserer **Zusätzlichen Dienste** eine weitere Erstattung vor.

Für eine kieferorthopädische Behandlung „erster Absicht“ (Behandlungsbeginn vor dem Alter von 9 Jahren) sehen wir zusätzlich zur gesetzlich vorgesehenen Erstattung eine pauschale Erstattung vor in Höhe von 250 €, in 2 Teilzahlungen von je 125 € (parallel zu den gesetzlichen Erstattungen). Für eine traditionelle kieferorthopädische Behandlung (Behandlungsbeginn zwischen dem 9. und 15. Lebensjahr) sehen wir zusätzlich 800 € vor, die ebenfalls in 2 Teilzahlungen von 400 € erstattet werden – parallel zur gesetzlichen Erstattung.

Beide Erstattungen können kumuliert werden, so dass die gesamte Erstattung unserer **Zusätzlichen Dienste** sich auf 1.050 € belaufen kann.

Kieferorthopädische Behandlung für Erwachsene

Wenn vor dem Alter von 15 Jahren kein Antrag beim Vertrauensarzt eingereicht wurde, ist weder in der gesetzlichen Krankenversicherung noch im Rahmen unserer **Zusätzlichen Dienste** eine Erstattung vorgesehen.

Erstattung durch Dentalia Plus

Mitglieder unserer Krankenkasse haben die Möglichkeit, die freiwillige Zusatzversicherung **Dentalia Plus** abzuschließen. Diese übernimmt, ergänzend zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und den Leistungen unserer **Zusätzlichen Dienste**, zusätzliche Erstattungen für Zahnpflege und Zahnersatz, so auch im Bereich der Vorsorge. Ab dem dritten Anschlussjahr übernimmt **Dentalia Plus** bis zu 1.050 € für Zahnspangen.



Die gesetzliche Erstattung für Zahnspangen umfasst lediglich das einfachste Material. Für die Materialkosten werden somit meist Zuschläge berechnet, selbst dann, wenn es sich um einen Kieferorthopäden mit Kassenabkommen handelt. Um finanzielle Überraschungen zu vermeiden, sollten Sie stets einen schriftlichen Kostenvoranschlag beim Kieferorthopäden anfragen.

Übersicht der Erstattungen

Alter	Leistung	Gesetzliche Krankenversicherung		Zusätzliche Dienste	Dentalia Plus (falls Mitglied)
		Normale Erstattung	Erstattung Vorzugstarif	Zusätzliche Erstattung	Erstattung nach Wartezeit*
Bis 9 Jahre	1. Pauschalbetrag für die Apparatur	166 €	211,50 €	125 €	bis zu 1.050 €
	2. Pauschalbetrag für die Apparatur	166 €	211,50 €	125 €	
Bis 15 Jahre	Vorbereitende Untersuchung	37 €	47,5 €		bis zu 1.050 €
	Analyse der Untersuchungsergebnisse	29 €	39,50 €		
	Monatl. Pauschalbetrag für reguläre Behandlung (max. 36 Mal)	19 €	25,50 €		
	1. Pauschalbetrag für die Apparatur (zu Beginn der Behandlung)	154€	199,50 €	400 €	
	2. Pauschalbetrag für die Apparatur (nach 6 Monaten Behandlung)	154 €	199,50 €	400 €	
	Kontrolluntersuchung (max. 12 Mal)	12,50 €	19 €		
Ab 16 Jahre	Kieferorthopädische Behandlung				bis zu 1.050 €



Dentalia Plus ist eine Zahnpflegeversicherung, die zusätzliche Erstattungen vorsieht für folgende Behandlungen: vorsorgende und heilende Zahnpflege, Parodontologie, Prothesen und Implantate und kieferorthopädische Behandlungen. Die Erstattung ist begrenzt auf einen jährlichen Höchstbetrag, der nach gewissen Wartezeiten in Anspruch genommen werden kann.



Dentalia 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).

Dentalia Plus ist eine Zahnpflegeversicherung von MLOZ Insurance. Das IPID sowie die AGB können Sie einsehen unter www.freie.be. Die Produkte unterliegen der belgischen Gesetzgebung. Der Versicherungsvertrag wird auf Lebenszeit geschlossen. Beschwerden können gerichtet werden an info@frei.be oder an den Beschwerdemanager von MLOZ Insurance (complaints@mloz.be) oder an den Ombudsmann der Versicherungen (info@ombudsman.as).



Vorteile dank des Vorzugstarifs

Bestimmte Personengruppen mit besonderem sozialen Statut und/oder begrenztem Einkommen haben Anrecht auf eine höhere Erstattung der Krankenkasse. Sie zahlen somit einen geringeren Eigenanteil für Pflegeleistungen. Die Rede ist vom so genannten Vorzugstarif.

Der Vorzugstarif in der gesetzlichen Krankenversicherung wurde eingeführt, um Personen und Familien mit besonderem sozialen Statut und/oder begrenztem Einkommen bei der Gesundheitsversorgung finanziell zu entlasten. Darüber hinaus öffnet dieses von der Krankenkasse anerkannte Statut den Zugang zu weiteren sozialen Vorteilen.

Wer kann den Vorzugstarif erhalten?

Nur bestimmte Personenkategorien können die Vergünstigungen des Vorzugstarifs erhalten. Das Anrecht wird je nach Kategorie auf unterschiedliche Weise ermittelt.

Personen mit Anrecht auf eine bestimmte Zulage

Personen mit Anrecht auf eine bestimmte Zulage erhalten automatisch Anrecht auf den erhöhten Erstattungstarif, ohne dass ihr Einkommen zusätzlich überprüft werden muss. Zu dieser Kategorie zählen:

- Empfänger des Eingliederungseinkommens oder einer gleichgestellten Hilfe seitens des ÖSHZ;
- Empfänger einer Behindertenbeihilfe seitens des FÖD Soziale Sicherheit;
- Empfänger des garantierten Einkommens für Senioren oder des Rentenzuschusses seitens des Landespensionsamtes;
- Kinder mit Behinderung, die Anrecht auf erhöhte Kinderzulagen haben;
- Vollwaisen mit Anrecht auf Waisenkindergeld;
- ausländische Minderjährige, die ohne Begleitperson in Belgien wohnen und als Hauptversicherte bei der Krankenkasse eingetragen sind.

Das Anrecht auf den Vorzugstarif wird in diesen Fällen jährlich erneuert, insofern die Bedingungen weiterhin erfüllt sind.

Personen mit begrenztem Einkommen

Folgende Personen haben Anrecht auf den Vorzugstarif, insofern das jährliche Bruttoeinkommen ihres Haushalts den Betrag von 22.762,17 € pro Jahr (zzgl. 4.213,90 € pro mitversicherte Person) nicht überschreitet:

- Personen mit Alters- oder Hinterbliebenenrente sowie Invaliden;
- Langzeitarbeitslose (mindestens 12 Monate);
- Alleinerziehende;
- Personen mit Anerkennung einer Behinderung, die keine Behindertenbeihilfe erhalten;
- Berufssoldaten in zeitweiliger Freistellung vom Dienst oder Beamte, die seit 12 Monaten aus gesundheitlichen Gründen ihre Arbeit nicht ausüben können;
- Berechtigte des Heizölsozialfonds, d.h. Personen mit geringem Einkommen;
- Personen, die einer kollektiven Schuldnerregelung oder einer Schuldnervermittlung folgen und die aus diesem Grunde nicht in der Lage sind, ihre Heizölrechnung zu bezahlen.

Personen, die **keiner dieser Versicherungskategorien angehören**, die jedoch nur über ein geringes Einkommen verfügen, können ebenfalls Anrecht auf den Vorzugstarif erhalten. Voraussetzung ist, dass das jährliche Bruttoeinkommen ihres Haushalts den Betrag von 20.292,59 € (zzgl. 3.756,71 € pro mitversicherte Person) nicht überschreitet.

Zur Berechnung des Haushaltseinkommens wird jegliches Einkommen in Betracht gezogen, das auch bei der Steuerverwaltung angegeben werden muss (z.B. Berufs- und Ersatzeinkommen, Immobilien- und Mobilieneinkünfte usw.).

Ehrenwörtliche Erklärung

Wir informieren Sie schriftlich, falls Sie Anrecht auf den Vorzugstarif haben. Wir senden Ihnen eine „Ehrenwörtliche Erklärung“ zu, in der Sie Ihre steuerbaren Haushaltseinkünfte eintragen müssen. Diese Erklärung müssen Sie innerhalb von 2 Monaten bei uns einreichen. Selbstverständlich sind wir Ihnen gerne beim Ausfüllen behilflich.

Falls Sie keine automatische Aufforderung von uns erhalten haben, jedoch der Meinung sind, die erwähnten Kriterien für das Anrecht auf den Vorzugstarif zu erfüllen, so können Sie sich diesbezüglich in einer unserer Kontaktstellen erkundigen.



Das Anrecht auf den Vorzugstarif wird nicht auf unbegrenzte Dauer zuerkannt. Jährlich wird durch einen Datenabgleich mit dem Finanzministerium überprüft, ob weiterhin die vorgeschriebenen Bedingungen erfüllt sind.

Ändert sich Ihr soziales Statut oder Ihre Einkommenslage, so kann dies auch das Anrecht auf den Vorzugstarif ändern. Informieren Sie uns, wenn sich Ihre persönliche Situation oder Ihre Einkommenslage ändert.

Vorteile bei der Krankenkasse

Versicherte mit Anrecht auf den Vorzugstarif erhalten eine höhere Erstattung seitens der gesetzlichen Krankenversicherung für die Kosten der Gesundheitspflege (z.B. Arzneimittel, Zahnpflege, ärztliche Konsultationen, häusliche Krankenpflege, Kinesithérapie, Krankenhausaufenthalt usw.). In diesen Fällen bleibt ein geringerer Eigenanteil zu Lasten des Patienten.

Hinzu kommt, dass für die betreffenden Personen die Höchstgrenze der jährlich zu zahlenden Eigenanteile (Maximale Gesundheitsrechnung) auf 250 € begrenzt ist und in allen Fällen das Drittzahlersystem, also die direkte Kostenabrechnung mit der Krankenkasse, angewandt werden darf.



Haben Sie Anrecht auf den Vorzugstarif, so ist dies ebenfalls anwendbar für Ihren Ehepartner bzw. Lebensgefährten sowie Ihre mitversicherten Personen.



Weitere Informationen dazu finden Sie auf unserer Website.



Vorteile bei anderen Institutionen

Vergünstigter Telefontarif und Hausnotrufgerät

Personen über 65 Jahre, die Anrecht auf den Vorzugstarif der Krankenkasse haben, können eine Vergünstigung für die Nutzung des Festnetzes sowie für das Abonnement eines Mobiltelefons erhalten. Ausführliche Informationen hierzu erhalten Sie bei Ihrer Telefongesellschaft. Außerdem zahlen Sie beim ÖSHZ eine geringere Leihgebühr für ein Hausnotrufgerät.

Heizölsozialfonds

Personen mit Anrecht auf den Vorzugstarif der Krankenkasse können über den Heizölsozialfonds eine Beihilfe für die Finanzierung ihres Heizstoffbedarfs erhalten. Dies gilt für Heizöl, Heizpetroleum (Typ C) oder Propangas als Massengut. Die Beihilfe kann einmal pro Kalenderjahr in Anspruch genommen werden, die maximale Brennstoffmenge beträgt 1.500 Liter. Stellen Sie innerhalb von 2 Monaten nach der Heizöllieferung einen Antrag an das ÖSHZ Ihrer Gemeinde. Legen Sie dort Ihre eID sowie die Rechnung der Heizöllieferung vor.

Für Brennstoff, der in großen Mengen geliefert wird, schwankt die Höhe der Beihilfe zwischen 0,14 € und 0,20 € pro Liter. Für kleine Mengen Heizöl oder Heizpetroleum (Typ C), die an der Zapfsäule gekauft wurden, wird ein Pauschalbetrag von 210 € gezahlt.

Reduzierter Tarif für öffentliche Verkehrsmittel

Der Vorzugstarif der Krankenkasse ermöglicht auch einen Preisnachlass für ein Abonnement bei der SNCB oder bei der TEC. Stellen Sie einfach beim nächstgelegenen Bahn- oder Bushof einen Antrag. Anhand eines Passfotos und einer von uns ausgestellten Bescheinigung stellt die Bahn Ihnen einen Vergünstigungsausweis aus.

Die Anfrage muss jährlich erneuert werden, außer für Personen über 65 Jahre (für diese beträgt die Gültigkeit 5 Jahre). Durch das Vorweisen des Vergünstigungsausweises berücksichtigt der Busfahrer sofort den Preisnachlass. Personen über 65 Jahre können darüber hinaus kostenlos Bus fahren.

SOS-Hilfe

Die Organisation SOS-Hilfe bietet älteren Menschen in Ostbelgien bestimmte Haushaltsdienste an, z.B. für Putz- oder Gartenarbeiten, kleinere Reparaturen und Renovierungen. Für Personen mit Anrecht auf den Vorzugstarif der Krankenkasse gelten dabei geringere Kostenbeteiligungen.

Verringerte Kosten für die Müllentsorgung

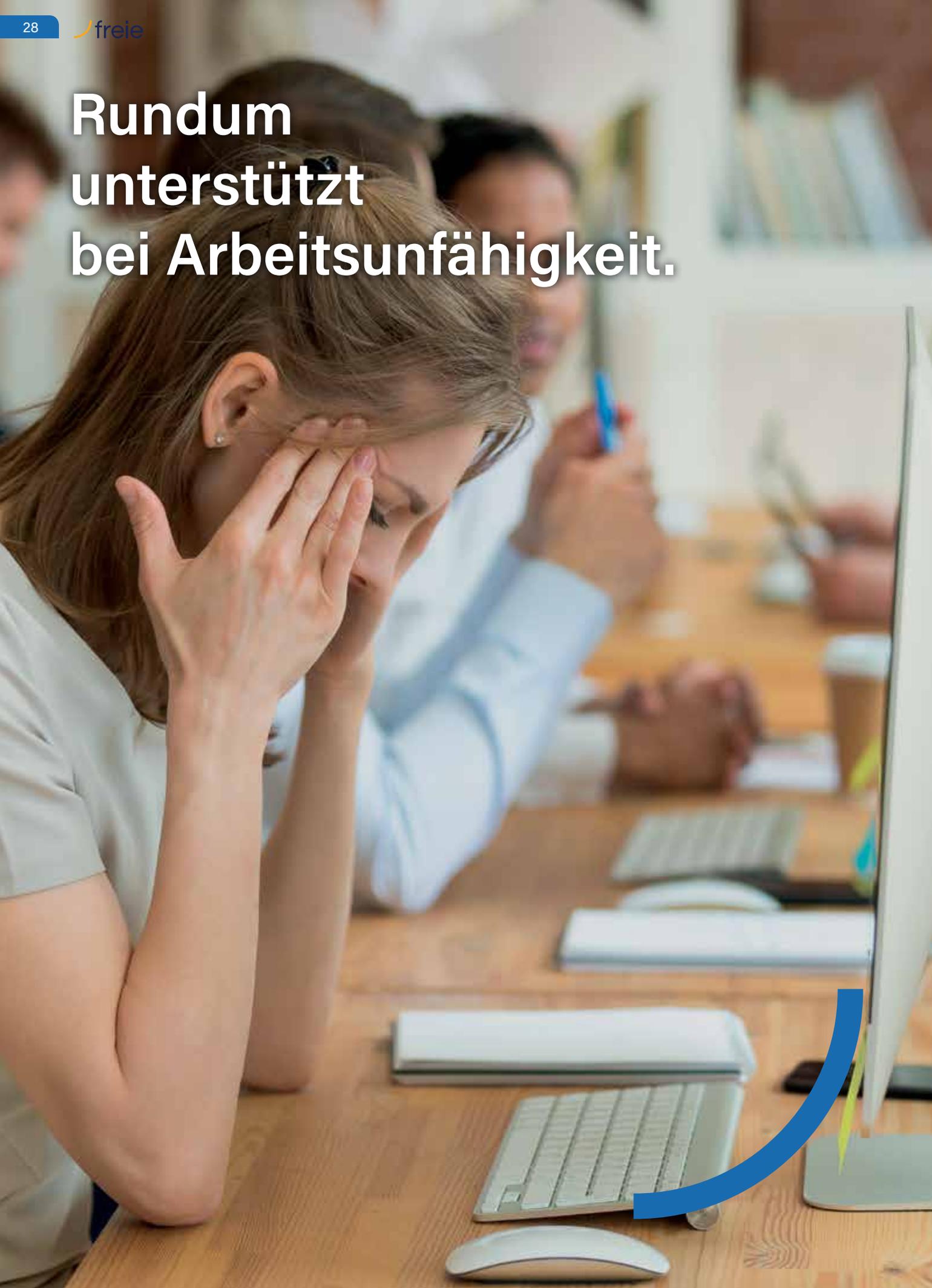
Einige Gemeinden sehen für Personen mit geringem Einkommen reduzierte Kosten für die Müllentsorgung vor, entweder in Form einer Ermäßigung der Müllsteuer oder indem sie eine gewisse Anzahl Mülltüten kostenlos zur Verfügung stellen. Informieren Sie sich bei Ihrer Gemeindeverwaltung.

Sozialtarif für Strom und Gas

Personen mit Anrecht auf den Vorzugstarif der Krankenkasse haben während des Jahres 2021 vorübergehend ebenfalls den Sozialtarif für Strom und Erdgas erhalten. Diese Ausnahme wurde nun für das erste Quartal im Jahr 2022 verlängert. Die Energieversorger werden im April 2022 automatisch über die betroffenen Haushalte informiert. Der vergünstigte Tarif wird dann rückwirkend zwischen dem 1. Januar 2022 und dem 31. März 2022 angewandt. Der Sozialtarif gilt nur für den offiziellen Wohnsitz und den Eigenbedarf.



**Rundum
unterstützt
bei Arbeitsunfähigkeit.**



Erneuerte Fristen und Auszahlungen

Sie sind krank oder hatten einen Unfall? Als in Belgien krankenversicherter Berufstätiger oder Arbeitssuchender haben Sie Anrecht auf ein Krankengeld seitens der Krankenkasse. Seit Anfang des Jahres gibt es einige Neuerungen bezüglich der Abgabefristen und Auszahlungen.

Arbeitnehmer und Arbeitslose

Arbeitnehmer erhalten von ihrem Arbeitgeber während des ersten Krankheitsmonats ein garantiertes Einkommen. Angestellte erhalten während der ersten 30 Tage ihrer Krankheit das vollständige Gehalt. Arbeiter erhalten in den ersten 7 Tagen ihren vollständigen Lohn und vom 8. bis zum 14. Tag 85,88 % davon. Zwischen dem 15. und dem 30. Tag erhält der Arbeiter vom Arbeitgeber einen Zusatz zum Krankengeld der Krankenkasse.

Demzufolge ist die Zahlung eines Krankengeldes durch die Krankenkasse bei Arbeitern ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit möglich, bei Angestellten ab dem 31. Tag. Da Arbeitslose keinerlei Lohnfortzahlung erhalten, greift die Krankenkasse bereits ab dem 1. Tag ein, vorausgesetzt, dass die Arbeitsunfähigkeit fristgerecht gemeldet wurde (siehe Abgabefristen).

Berechnung des Krankengeldes

Nach dem Ende der Lohnfortzahlung seitens des Arbeitgebers zahlen wir ein Krankengeld. Dieses beläuft sich in der Regel auf 60 % des Bruttolohns (allerdings begrenzt auf einen Höchstbetrag) und es wird in Tagessätzen berechnet. Hierzu wird, aufgrund einer gesetzlichen Vorschrift, die Umrechnung des Tagessatzes im System der 6-Tage-Woche vorgenommen.

Bruttolöhne sind unterschiedlich hoch, demzufolge kann das auf dieser Basis errechnete Krankengeld für Geringverdiener nur einen niedrigen Betrag ergeben. Daher wurde für diese ein Mindestbetrag eingeführt. Seit Januar 2022 gilt der Mindestbetrag ab dem 4. Monat der Arbeitsunfähigkeit. Zum 1. Januar 2023 wird der Betrag ab dem 3. Krankheitsmonat gelten und mit Beginn des Jahres 2024 bereits ab dem 1. Monat der Krankheit. Somit wird dann das Krankengeld in allen Fällen ab dem 1. Tag der Zahlung der Krankenkasse dem garantierten Mindestbetrag entsprechen.



Der Mindestbetrag hängt von der Familiensituation (alleinstehend oder zusammenlebend) sowie dem Status als „regelmäßiger Arbeitnehmer“ oder „unregelmäßiger Arbeitnehmer“ ab. Erfahren Sie mehr dazu auf unserer Website.

Grenzbeträge regelmäßiger Arbeitnehmer

	alleinstehend	zusammenwohnend mit nicht mitversicherter Person	mit Familienlast
Mindestbetrag vom 4. bis zum 6. Monat	52,72 € (begrenzt auf tägl. Bruttoeinkommen)	52,72 € (begrenzt auf tägl. Bruttoeinkommen)	66,20 € (begrenzt auf tägl. Bruttoeinkommen)
Mindestbetrag ab dem 7. Monat	52,72 €	45,20 €	66,20 €
Höchstbetrag ab der ersten Zahlung	92,76 €		

Grenzbeträge unregelmäßiger Arbeitnehmer

	alleinstehend	zusammenwohnend mit nicht mitversicherter Person	mit Familienlast
Mindestbetrag vom 4. bis zum 6. Monat	52,72 € (begrenzt auf tägl. Bruttoeinkommen)	52,72 € (begrenzt auf tägl. Bruttoeinkommen)	55,74 € (begrenzt auf tägl. Bruttoeinkommen)
Mindestbetrag ab dem 7. Monat	41,24 €	41,24 €	55,74 €
Höchstbetrag ab der ersten Zahlung	92,76 €		

Selbstständige

Selbstständige erhalten erst Krankengeld ab einer Krankheitsperiode von mindestens 8 Tagen. Nach dem 8. Tag ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit erhalten sie vom 1. Tag an ein Krankengeld seitens ihrer Krankenkasse. Die Auszahlung wird in Form einer Tagespauschale im System der 6-Tage-Woche vorgenommen. Die Höhe der Tagespauschale ist nicht vom Einkommen abhängig, sondern von der Familiensituation.

Wenn Sie mitversicherte Personen haben, oder wenn in Ihrem Haushalt Mitbewohner über ein eigenes Einkommen verfügen, kann dies die Höhe Ihres Krankengeldes beeinflussen.

Sie wohnen	Mindestbetrag
zusammen mit Personen, die bei Ihnen mitversichert sind (Kinder und/oder Partner)	66,20 €
alleine	52,72 €
zusammen mit einer Person, die ein eigenes Einkommen bezieht	40,43 €



Selbstständige: Krankmeldung rückwirkend möglich

Vor der Corona-Pandemie galt für Selbstständige: Der Beginn einer Arbeitsunfähigkeitsperiode musste mit dem Datum des Arztbesuches übereinstimmen, um ab dem 1. Tag der Arbeitsunfähigkeit Anrecht auf Krankengeld zu haben. Während der Pandemie wurde diese Regelung bereits gelockert: Das Ausstellungsdatum der Krankmeldung durfte auch ein späteres Datum sein als das des Beginns der Krankheitsperiode. Seit dem 1. Januar 2022 gilt Folgendes: Das Krankengeld wird höchstens 14 Tage rückwirkend ausbezahlt, ab dem Ausstellungsdatum der Krankmeldung.

Abgabefristen

Seit dem 1. Januar 2022 muss die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung des Arztes innerhalb folgender Frist bei der Krankenkasse eingereicht werden:

- Arbeitslose: 8 Kalendertage
- Selbstständige: 8 Kalendertage
- Arbeiter: 14 Kalendertage
- Angestellte: 28 Kalendertage

Bis auf Weiteres darf diese Krankmeldung auch per E-Mail eingereicht werden.

Während der Periode eines Krankenhausaufenthaltes werden die Abgabefristen ausgesetzt.

Verlängerung und Rückfall

Bei Verlängerung einer Arbeitsunfähigkeitsperiode oder bei einem Rückfall gilt eine Abgabefrist von 8 Kalendertagen. Um einen Rückfall handelt es sich, wenn ein Mitglied innerhalb von 14 Kalendertagen erneut arbeitsunfähig wird.

Diese Frist gilt im Laufe des 1. Jahres der Arbeitsunfähigkeit. Ab dem 2. Krankheitsjahr (Invalidität) beträgt die Rückfallfrist 3 Monate, ab der vollständigen Wiederaufnahme der Arbeit.

Wird ein Mitglied erneut arbeitsunfähig nach der Frist von 14 Tagen, bzw. 3 Monaten so gilt dies als neue Arbeitsunfähigkeitsperiode.

Einmalige Ausnahme

Die neue gesetzliche Regelung sieht eine Ausnahme vor: Bei einer Krankheitsperiode wird toleriert, dass der Kranke ein einziges Mal seine Krankmeldung verspätet einreicht, allerdings darf die Verspätung höchstens 1 Monat betragen. Endet diese Zeitspanne mit einem Samstag, Sonntag oder Feiertag, so wird sie bis zum nächsten Arbeitstag ausgedehnt.

Nach dieser Frist, oder auch bei erneut verspäteter Abgabe der Verlängerungsatteste, wird der Tagessatz des Krankengeldes um 10 % gekürzt, bis zum Tag nach dem Einreichen der Krankmeldung.



Projekt „Rückkehr zur Arbeit“

Das Projekt „Rückkehr zur Arbeit“ soll Arbeitsunfähigen, die ein Krankengeld durch ihre Krankenkasse beziehen, einen leichten Wiedereinstieg ins Arbeitsleben ermöglichen. Landesweit sollen die Vertrauensärzte der Krankenkassen hierzu eine nachhaltige Unterstützung bekommen: Mithilfe eines so genannten Return to work-Koordinators soll die Begleitung des Kranken im Hinblick auf seine Rückkehr in ein (seiner Gesundheit angepasstes) Arbeitsverhältnis verbessert werden.

Hilfe zur Wiedereingliederung

Eine der Aufgaben des Vertrauensarztes und ggf. seines paramedizinischen Beraters ist es, arbeitsunfähigen Personen die Wiedereingliederung ins Berufsleben zu ermöglichen. Dies ist jedoch eine zeitaufwändige Angelegenheit. Durch den Return to work-Koordinator soll die Rückkehr zu einer angepassten Arbeit für die Betroffenen besser und zielgerichteter ermöglicht werden. Je nach Art der gesundheitlichen Probleme und der individuellen beruflichen Möglichkeiten hilft der Koordinator dem Betroffenen bei der Ausarbeitung eines Plans. Dies kann sein: eine angepasste Teilzeitarbeit, eine Anpassung der Arbeitsbedingungen, eine Umschulung, ein neues Arbeitsverhältnis oder Ähnliches.

Rolle des neuen Koordinators

Der Return to work-Koordinator soll leicht erreichbar sein für arbeitsunfähige Personen, die wieder ins Arbeitsleben einsteigen möchten und dazu in der Lage sind. Der Koordinator verfügt über die erforderlichen Kompetenzen und greift bei der Ausübung seiner Funktion auch auf externe Partner zurück, wie bspw. den Dienst für Gefahrenverhütung und Schutz am Arbeitsplatz, den Arbeitgeber, Berufsberatungs- und Umschulungsdienste usw.

Kontaktaufnahme

Durch den Vertrauensarzt

Der Vertrauensarzt kann von Fall zu Fall entscheiden, ob eine Rückkehr zur Arbeit während der Arbeitsunfähigkeitsperiode sinnvoll ist oder nicht. Wenn diese Möglichkeit realistisch erscheint, wird der Betroffene durch unseren Vertrauensarzt kontaktiert.

Nachdem eine Arbeitsunfähigkeit gemeldet wurde, kann durch die auf der ärztlichen Krankmeldung vermerkten Angaben eine erste Einschätzung erfolgen.



Die ärztliche Krankmeldung (Meldung der Arbeitsunfähigkeit) erhalten Sie von Ihrem Arzt.

Sie können einen Vordruck hierzu von unserer Website oder mit Ihren persönlichen Abgaben vorausgefüllt im Online Büro herunterladen.

Innerhalb von 10 Wochen nach dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit erhält der Betroffene von der Krankenkasse einen medizinischen Fragebogen (QMV). Auf Grundlage dieses Fragebogens wird der Vertrauensarzt einschätzen, ob und wie ggf. die Rückkehr zur Arbeit oder zu einer neuen Tätigkeit gefördert werden kann, oder ob dies im betreffenden Fall nicht angebracht ist. Das Mitglied muss den Fragebogen innerhalb von 10 Tagen ausgefüllt bei uns einreichen. Anschließend bewertet der Vertrauensarzt die Situation – bspw. ob die arbeitsunfähige Person angesichts ihres Gesundheitszustandes evtl. eine angepasste oder eine andere Berufstätigkeit ausüben könnte. Der Vertrauensarzt bewertet die unterschiedlichen Situationen und ordnet die Person einer der folgenden Gruppen zu:

1. Der Vertrauensarzt geht von der Annahme aus, dass die arbeitsunfähige Person innerhalb von 6 Monaten nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit die vereinbarte Arbeit oder eine neue Tätigkeit spontan wiederaufnimmt.
2. Die Wiederaufnahme der Arbeit oder die Aufnahme einer neuen Tätigkeit scheint aus medizinischen Gründen nicht möglich.
3. Die Wiederaufnahme der Arbeit oder die Aufnahme einer neuen Tätigkeit ist derzeit nicht möglich, weil der medizinischen Diagnose und der Behandlung Vorrang eingeräumt werden muss.
4. Die Wiederaufnahme der Arbeit oder der Start in eine neue Tätigkeit scheint nach einer oder mehreren Anpassungs- und Betreuungsmaßnahmen durchaus möglich.

Nachdem der Betroffene einer der obengenannten Gruppen zugeordnet wurde, erfolgen die weiteren Schritte. Für die zur Gruppe 4 gehörenden Personen ist es sinnvoll, den Return to work-Koordinator einzuschalten. Dieser wird die arbeitsunfähige Person kontaktieren und klärt sie über die konkrete Begleitung und die Vorgehensweise für eine optimale Rückkehr zur Arbeit auf. Voraussetzung ist, dass der Betroffene seine schriftliche Zustimmung zur Bearbeitung seiner Akte erteilt. Nach dem Erstkontakt kann die weitere Vorgehensweise, je nach Situation, sehr unterschiedlich sein. Ziel ist

es, dass der derzeit Arbeitsunfähige entsprechend seinem Gesundheitszustand einer angepassten Arbeit nachgehen kann – sei es durch Anpassungen im bisherigen Job, z.B. andere Arbeitszeiten, reduzierte Zeiten, eine Umstrukturierung der Arbeitsbedingungen, oder aber dass er durch eine neue Herausforderung, z.B. ein neuer Beruf oder eine Umschulung wieder beruflich integriert werden kann.

Durch spontanen Antrag des Arbeitsunfähigen

Zu jedem Zeitpunkt der Arbeitsunfähigkeit können Betroffene den Wunsch äußern, wieder eine Arbeit aufzunehmen und dies auch mithilfe des neuen Koordinators. Auf Anfrage des Arbeitsunfähigen wird der Kontakt zum Koordinator hergestellt. Der Antrag wird überprüft und der Vertrauensarzt informiert.

Zur Vorbereitung erhält der betroffene Arbeitsunfähige den medizinischen Fragebogen, mit dessen Hilfe die Möglichkeiten für eine Rückkehr zur Arbeit ermittelt werden können. Nach Rücksendung des Fragebogens wird der Koordinator den Erstkontakt herstellen und die weiteren Maßnahmen mit dem Betroffenen besprechen. Es kann bspw. der Wunsch bestehen, das alte Arbeitsverhältnis in angepasster Weise wiederaufzunehmen. Der Vertrauensarzt wird über alle Schritte informiert, so bspw. darüber, dass der Arbeitsunfähige unter bestimmten Konditionen und zu reduzierten Arbeitszeiten zu seinem alten Job zurückkehren möchte. Anhand des Gesundheitszustandes und der konkret geäußerten Maßnahmen wird der Vertrauensarzt eine Entscheidung bezüglich deren Realisierbarkeit treffen.

Falls der Vertrauensarzt entscheidet, dass der Gesundheitszustand des Betroffenen mit den beabsichtigten Maßnahmen unvereinbar ist, so wird ein zweiter Kontakt zwischen dem Betroffenen und dem Koordinator vereinbart, wobei andere Maßnahmen zur Rückkehr an den Arbeitsplatz ins Auge gefasst werden. Diese Anpassungen werden dem Vertrauensarzt erneut zur Annahme vorgelegt. Wenn die Genehmigung zur Wiederaufnahme der Arbeit erteilt wurde, ist der Return to work-Koordinator dafür zuständig, die künftigen Schritte zu begleiten und nachzuverfolgen.



Höhere Erstattung der Fahrtkosten für Krebs- und Dialysepatienten

Manche Personen müssen regelmäßig weite Wege zurücklegen, um die notwendige Gesundheitsversorgung zu erhalten. Die gesetzliche Krankenversicherung sieht in bestimmten Fällen eine Kostenübernahme vor. Seit Beginn des Jahres 2022 gibt es einige Verbesserungen bei der Erstattung von Fahrtkosten, davon betroffen sind insbesondere die Dialysebehandlungen und Krebsbehandlungen.



Höhere Kilometerpauschale

Für Ihren Krankentransport mit Ihrem eigenen Wagen erhalten Sie seitens der gesetzlichen Krankenversicherung fortan einen Betrag in Höhe von 0,30 € pro Kilometer (bisher 0,25 €). Dies gilt ebenfalls bei einem Transport per Taxi oder Krankenwagen. Wenn Sie öffentliche Verkehrsmittel benutzen, werden die Kosten vollständig von der Krankenkasse übernommen.

Kostenbeteiligung für Krebsbehandlungen

Wenn Sie als Krebspatient ein Krankenhaus aufsuchen müssen, das ein onkologisches Behandlungsprogramm anbietet, erhalten Sie eine Kostenbeteiligung für die Fahrtkosten zur Behandlung und zwar 0,30 € pro Kilometer. Diese Erstattung galt vor allem für Fahrten zur Chemotherapie und Strahlen-

therapie. Nun können auch die Fahrtkosten zu anderen Behandlungen übernommen werden, die im Zusammenhang mit der Krankheit stehen.

Keine Kilometerbeschränkung bei Dialyse

Wenn eine Person sich mehrmals wöchentlich zur Dialysebehandlung begeben muss, dann summieren sich die Fahrtkosten. Bisher war es so, dass die Kostenerstattung der Krankenversicherung täglich auf 2 Mal 30 Kilometer, also 60 Kilometer täglich, beschränkt war.

Diese Begrenzung wurde nun aufgehoben. Die Erstattung von 0,30 € gilt fortan für die gesamte zurückgelegte Strecke, auch wenn das Dialysezentrum weiter entfernt liegt.



Kostenlose Fahrdienste für Krebskranke

Im **Norden Ostbelgiens** bietet der Josephine-Koch-Service einen Fahrdienst für Krebspatienten an und begleitet die Patienten des Sankt Nikolaus Hospitals zu Diagnose- und Therapiezentren in der Region, u.a. nach Verviers und Lüttich. Die ehrenamtlichen Fahrer stehen den erkrankten Menschen der **Gemeinden Eupen, Lontzen, Kelmis und Raeren** von montags bis freitags jeweils von 7.00 Uhr bis 18.00 Uhr zur Seite. Anfragen werden täglich von 9.00 Uhr bis 11.00 Uhr und von 14.00 Uhr bis 16.00 Uhr entgegengenommen. ☎ **087 56 98 44**

Im **Süden Ostbelgiens** organisiert die Vereinigung **Hilfe für Krebskranke im Süden Ostbelgiens** einen kostenlosen Fahrdienst für Krebspatienten der **Gemeinden Amel, Büllingen, Bütgenbach, Burg-Reuland, Sankt Vith, Malmedy und Weismes**. Sollten Sie diesen Fahrdienst in Anspruch nehmen, so werden Sie von Ehrenamtlichen zu Hause abgeholt, zur Therapie begleitet und wieder nach Hause gebracht. ☎ **080 349 346**

Für den guten Zweck: Wandern statt Schwimmen

Seit 14 Jahren schon unterstützt die Freie Krankenkasse den jährlich stattfindenden Schwimmmarathon. Aufgrund der Einschränkungen durch die Corona-Krise musste 2022 ein Alternativkonzept her. Daher hieß es Ende Januar erstmals „Wandern statt Schwimmen“.

In den vergangenen Jahrzehnten hat sich der Schwimmmarathon zu einer wichtigen Wohltätigkeitsveranstaltung in Ostbelgien entwickelt und wird von der Bevölkerung großzügig unterstützt. Bei dieser Veranstaltung werden Spenden für soziale Projekte in der Region gesammelt. Für jede geschwommene Länge spenden die Lions-Clubs in der Deutschsprachigen Gemeinschaft 0,20 €. Darüber hinaus kommen viele Geldspenden aus der Bevölkerung.

Da die Veranstaltung nach 2021 aufgrund der Corona-Situation schon zum zweiten Mal nicht in gewohnter Form stattfinden konnte, haben sich die Organisatoren in diesem Jahr eine abgewandelte Form überlegt, nämlich die Bewegung an der frischen Luft. Vom 19. bis 26. Januar 2022 fand erstmals der so genannte Benefizmarathon statt, bei dem die Bevölkerung eine ganze Woche lang wandern und die zurückgelegten Kilometer online eintragen konnte.

Insgesamt nahmen rund 15.000 Personen (darunter 8.500 Schüler) teil und wanderten fast 100.000 Kilometer, für die die Lions-Clubs Eupen und Sankt Vith jeweils 0,20 € spendeten. Zusammen mit den zahlreichen Geldspenden wurde eine Rekordsumme für Menschen in Not in der Region gesammelt.

Zum 14. Mal ist auch die Freie Krankenkasse Partner der Wohltätigkeitsveranstaltung. Neben einer finanziellen Unterstützung für die Veranstaltung verteilten wir ein Geschenk an jeden Schüler, der sich am Benefizmarathon beteiligt hat. Die teilnehmenden Schülerinnen und Schüler erhielten als Dankeschön ein Leuchtband der Freien Krankenkasse.

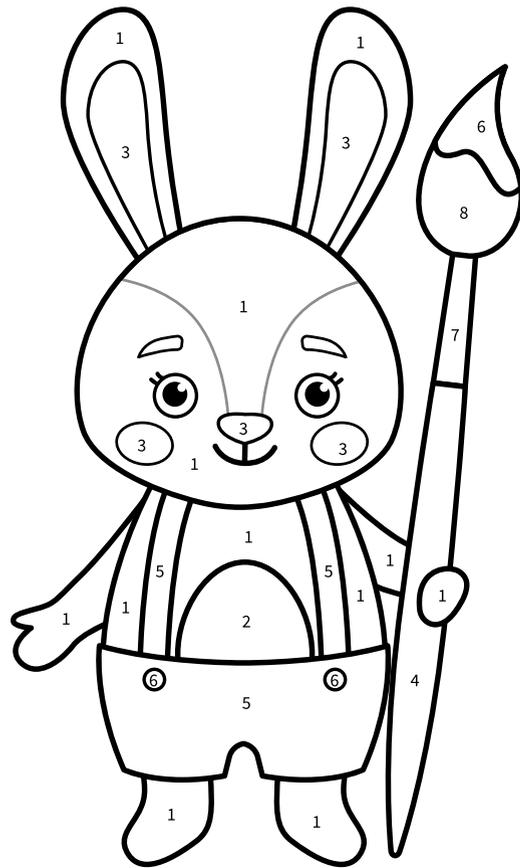
**Benefiz-
Marathon**

vom 19. bis zum
26. Januar 2022

Malen macht Spaß!

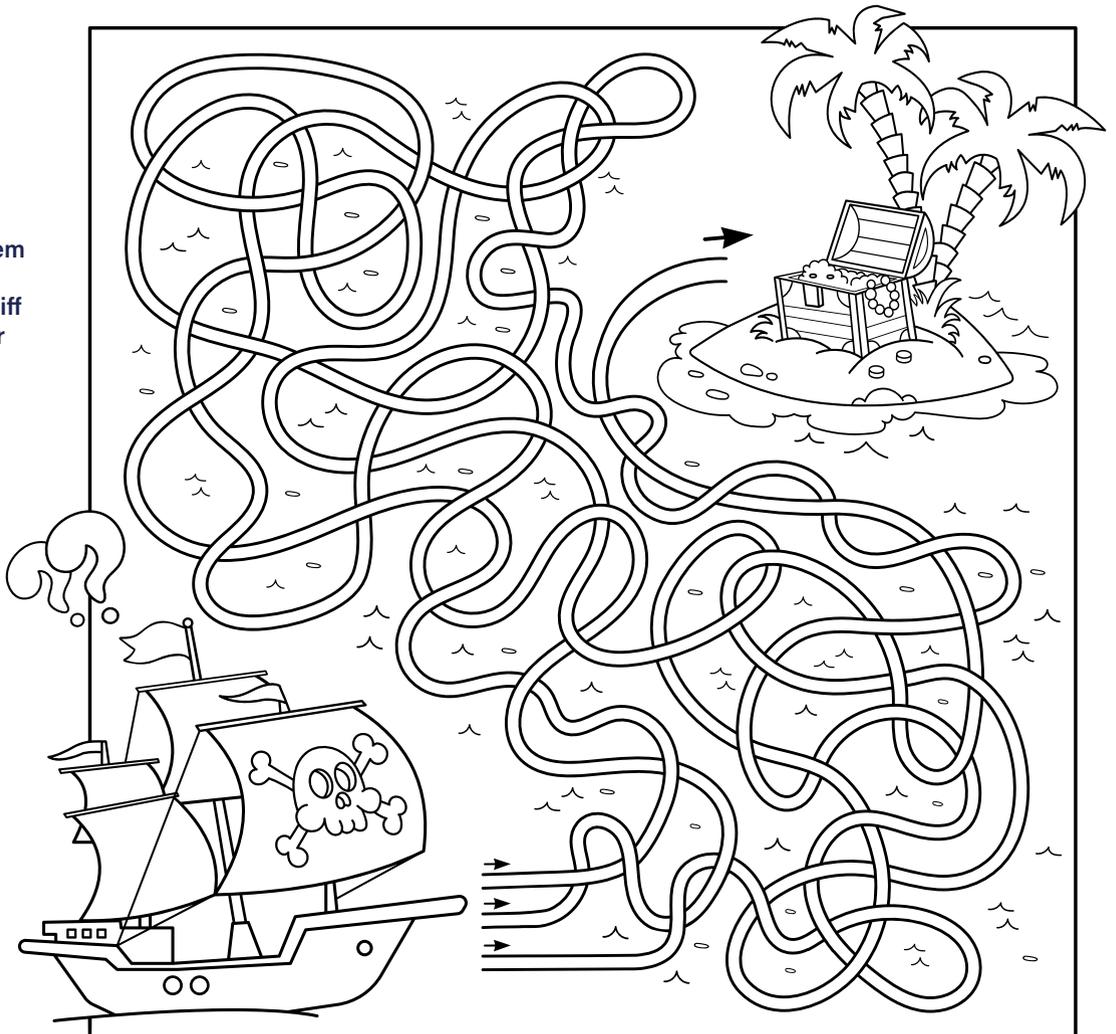
Malen nach Zahlen!

Ostern steht vor der Tür - male den kleinen Hasen mit den vorgegebenen oder ähnlichen Farben aus.



Ahoi, Seemann!

Schnapp dir deine Buntstifte, verleihe dem Bild etwas Farbe und zeige dem Piratenschiff den richtigen Weg zur Schatzinsel.



Rundum gesund.



Wir erstatten Ihre Ernährungsberatung:



- 130 € nach Abschluss eines Behandlungsplans (7 Beratungen) oder
- 10 € pro Einzelsitzung bzw. 20 € für die erste Beratung

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