

PROFIL des Lebens



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

Ausgabe Nr. 124



Reportage

Hörverlust: Reagieren Sie frühzeitig!

Versicherung

Verhütung: Methoden und Erstattungen

Gesundheit

Blaues Licht: Schadet es unserer Gesundheit?

P801141

Abgabestelle: Eupen Mail

Abs.: Freie Krankenkasse, Hauptstraße 2, B-4760 Büllingen
Erscheint dreimonatlich Oktober • November • Dezember 2022



Rundum Familie.



Sie erhalten:



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

Sind Sie gerade Eltern geworden? Herzlichen Glückwunsch!

Zur Geburt oder Adoption Ihres Kindes zahlen wir Ihnen ein Babygeld in Höhe von 350 €.

Das Plus der Freien!

Verstehen Sie, wie sich Ihre Erstattungen der Krankenkasse zusammensetzen? Wissen Sie, welche Summe von welcher Versicherung übernommen wurde? Fragen Sie sich manchmal, warum es für diesen Arztbesuch oder jene Pflegeleistung Unterschiede in der Erstattung der verschiedenen Krankenkassen gibt?

In dieser Ausgabe unserer Mitgliederzeitschrift „Profil des Lebens“ erklären wir Ihnen, wie eine Krankenkasse funktioniert und welche Rolle sie im System der Sozialen Sicherheit ausübt.

So viel sei bereits gesagt: Für Pflegeleistungen, auf die jeder Mensch in Belgien Anrecht haben sollte, sieht die gesetzliche Krankenversicherung eine Kostenbeteiligung vor. Diese finanziellen Unterstützungen, wie z.B. für einen Arztbesuch, werden vom Landesinstitut für Kranken- und Invalidenversicherung (LIKIV) festgelegt und sind verbindlich für sämtliche belgischen Krankenkassen. D.h. für Ihren Arztbesuch erhalten Sie die Erstattung in demselben Umfang, ganz gleich welcher belgischen Krankenkasse Sie angeschlossen sind.

Natürlich besteht ein riesiger Katalog an Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, welche die Krankenkassen an die einzelnen belgischen Bürger auszahlen. Dieser Katalog an Leistungen, auch genannt die Nomenklatur, wird stetig angepasst und verbessert –

wir als Krankenkasse informieren Sie als Mitglied über die Neuerungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung.

Was die einzelnen Krankenkassen jedoch individuell ausmacht und worin sie sich voneinander unterscheiden, sind die Erstattungen ihrer Zusatzversicherungen. Ein Bestandteil davon sind unsere „Zusätzlichen Dienste“, hierbei handelt es sich um solidari-

sche Erstattungen für unsere gesamte Mitgliederschaft, die alljährlich von unserer Generalversammlung festgelegt werden. Wir möchten diese Erstattungen bestmöglich auf die Bedürfnisse unserer Mitglieder abstimmen.

Wir beobachten Ihre Bedürfnisse und versuchen, mögliche Defizite in der Erstattung der gesetzlichen Krankenversicherung mit unserer individuellen Kostenübernahme auszugleichen. Durch unsere Zusätzlichen Dienste möchten wir einen Mehrwert für Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden erreichen. Es ist sozusagen das Plus der Freien!

Ihre Freie – Rundum immer da.

Inhalt

Zu Ihren Diensten

- Tinnitus-Atemtraining ab November 2022
- Grünes Licht für den nationalen Aktionsplan „Endokrine Disruptoren“
- Beginnende Demenz: Kostenübernahme für Gedächtnis-Klinik

Gesundheit

- Wie wichtig sind Impfungen?
- Menopause: Der weibliche Körper im Wandel
- Blaues Licht: Schadet es unserer Gesundheit?
- Miese Stimmung? Depression bei Jugendlichen

Gesellschaft

- Mikroplastik um und in uns

Reportage

- Hörverlust: Reagieren Sie frühzeitig!

Versicherung

- Verhütung: Methoden und Erstattungen
- Krankenhausaufenthalt: Worauf sollten Sie achten?
- Logopädische Behandlung
- Krankenkasse: Wie funktioniert das?

Aktuell

- Beschwerden? Wir hören Ihnen zu!

Impressum

Redaktion: Freie Krankenkasse

Kontakt: Sarah Königs

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.

4

5-13

14-16

17-21

22-34

35



Tinnitus-Atemtraining ab November 2022

Durch plötzlichen Lärm können vorübergehende Schädigungen des Gehörs entstehen, so bspw. Ohrgeräusche wie Tinnitus. Für Personen, die an chronisch subjektivem Tinnitus leiden, organisieren wir erneut das Tinnitus-Atemtraining nach Holl®.

Am 10. November findet von 19.30 bis 21.30 Uhr in Sankt Vith ein kostenloser Infoabend zum Thema Tinnitus für Betroffene und Interessierte statt. Referentin ist Maria Holl, die die Tinnitus-Atemtherapie entwickelt hat und schon zahlreichen Menschen mit Ohrgeräuschen zu mehr Wohlbefinden und einer besseren Lebensqualität verhelfen konnte. Vorherige Anmeldung ist erwünscht.

Ab Donnerstag, den 17. November 2022 startet dann wieder der Kurs, der sich an Personen mit chronisch subjektivem Tinnitus richtet. Während 10 Abenden, die im 2-Wochen-Rhythmus stattfinden, werden gezielte Übungen erlernt, die den Umgang mit den Symptomen erleichtern sollen.



Die Teilnahmegebühr beträgt 275 €. Mitglieder unserer Zusätzlichen Dienste erhalten unter gewissen Bedingungen eine Erstattung in Höhe von 100 €. Bei Interesse wenden Sie sich an die Mitarbeiter Ihrer Geschäftsstelle oder schreiben Sie eine E-Mail an info@freie.be.

Grünes Licht für den nationalen Aktionsplan „Endokrine Disruptoren“

Ende Juni haben die zuständigen Minister den nationalen Aktionsplan „Endokrine Disruptoren“ (NAPED) gebilligt. Bei diesem Projekt, das von den Freien Krankenkassen vorangetrieben wird, handelt es sich um den ersten nationalen Aktionsplan, mit dem erreicht werden soll, dass die Menschen weniger schädlichen Chemikalien ausgesetzt sind. Auch sollen die Auswirkungen auf Umwelt und Gesundheit reduziert werden.

Endokrine Disruptoren befinden sich in alltäglichen Produkten und Gegenständen, wie Spielzeug, Kosmetika, Textilien oder Lebensmittel. Sie können unsere Gesundheit beeinträchtigen, indem sie z.B. Krebs, Fruchtbarkeits- oder Wachstumsstörungen verursachen.



Finden Sie Tipps auf unserer Website, wie Sie endokrine Disruptoren in Ihrem Haus und in Ihrer Umgebung vermeiden können.

Beginnende Demenz: Kostenübernahme für Gedächtnis-Klinik

Gedächtnis-Kliniken sind die erste Anlaufstelle für Patienten mit beginnender Demenz und deren Angehörige. Dort werden grundlegende Fähigkeiten erlernt, die es dem Patienten ermöglichen, so lange wie möglich eigenständig zu bleiben.

Durch ein kognitives Rehabilitationsprogramm erlernt der Patient Strategien, mit denen er seine Defizite ausgleichen und bestimmte alltägliche Handlungen weiterhin ausführen kann (z.B. Verwendung von Gedächtnisstützen, Umgang mit Geld, Aufrechterhaltung der Hygiene usw.).



Die Behandlung in einer Gedächtnis-Klinik muss von einem Neurologen, Geriater oder Psychiater und möglicherweise auch vom Hausarzt des Patienten verschrieben werden, um von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet zu werden.



Wie wichtig sind Impfungen?

Das Thema Impfung wird oft kontrovers diskutiert. Sollen wir uns und unsere Kinder impfen lassen oder nicht? Wie wirkt sich eine Impfung im Körper aus und welche Folgen hat Nicht-Impfen auf die Menschen in unserer Umgebung?

Wie und wovor schützt eine Impfung?

Impfstoffe stimulieren die Körperabwehr. Sie ermöglichen es unserem Organismus, Antikörper zu produzieren, ohne dass wir krank werden. Dank dieser Antikörper sind wir geschützt, wenn wir tatsächlich mit einer Krankheit konfrontiert werden.

Leider sterben immer noch Menschen an den Folgen einer Krankheit, gegen die es einen Impfstoff gibt, wie z.B. Malaria. Folgen einer solchen Erkrankung könnten durch eine Impfung vermieden werden.

Welche Risiken birgt eine Impfung?

Manchmal kann es zu leichten und vorübergehenden Nebenwirkungen kommen. Das Risiko schwerer Nebenwirkungen bzw. chronischer oder gar lebensbedrohlicher Impfschäden ist jedoch äußerst gering. Solche Situationen treten nur extrem selten auf. Häufig können die Beschwerden und die Impfung nicht in einem direkten Zusammenhang gebracht werden. Es ist auf jeden Fall gefährlicher, sich nicht impfen zu lassen, als geimpft zu werden.

Welche Auswirkung hat Nicht-Impfen?

Wenn viele Menschen entscheiden, sich nicht impfen zu lassen, sinkt die Durchimpfungsrate und verschwinden

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

Wann sollte man sich impfen lassen?

Es ist wichtig, rechtzeitig geimpft zu werden, denn wenn die Zeit verstreicht, wird das Risiko erhöht, sich zu infizieren und ernsthaft zu erkranken. So sind bspw. Säuglinge in einem bestimmten Alter am stärksten von gewissen Krankheiten und den möglichen Komplikationen bedroht.

In Belgien spricht der Hohe Gesundheitsrat regelmäßig Empfehlungen für Impfungen aus, um so dem Trend steigender Infektionszahlen bestimmter Erkrankungen entgegenzuwirken und diese einzudämmen.

Empfohlene Impfungen für Kinder und Jugendliche

Für Kinder und Jugendliche empfiehlt der Hohe Gesundheitsrat eine Reihe von Vorsorgeimpfungen. Das empfohlene Impfalter sollte eingehalten werden. Aufgrund des Gesundheitszustandes jedes Einzelnen kann es jedoch zu Abweichungen kommen. Der behandelnde Arzt kann je nach Gesundheitszustand zusätzliche Impfungen empfehlen.

Abgesehen von der Impfung gegen Kinderlähmung – welche als einzige in Belgien Pflicht ist – sind alle anderen Impfungen empfohlen. Das bedeutet, dass Sie diese Impfungen bei Ihren Kindern vornehmen können oder gar sollten, aber nicht zwingend müssen.

Empfohlene Impfungen	Alter in Monaten					Alter in Jahren			
	2	3	4	12	15	5-6	7-8	13-14	15-16
Kinderlähmung (Pflichtimpfung)									
Diphtherie						••			
Wundstarrkrampf									••
Keuchhusten	••	••	••		••				
Haemophilus influenzae Typ b (Hib)									
Hepatitis B									
Masern, Röteln, Mumps				••			••		
Meningitis C					•				
Pneumokokken	•	(•)	•	•					
Rotavirus	•	•	•						
Humanes Papillomavirus (HPV)								•	

- Vom Hohen Gesundheitsrat empfohlene Impfung.
- Vom Hohen Gesundheitsrat empfohlene Impfung, Kombiimpfung.
- (•) Eine zusätzliche Impfdosis gegen Pneumokokken wird empfohlen bei Kindern, die vor der 37. Schwangerschaftswoche geboren wurden.



Die Impfung gegen das Rotavirus wird vom Hohen Gesundheitsrat empfohlen, ist aktuell jedoch nicht kostenlos. Im Rahmen unserer Zusätzlichen Dienste können Sie dennoch eine Erstattung erhalten.

Kostenlose Impfung während der Vorsorge

Die Durchführung der Vorsorgeimpfungen gehört in Belgien seit einigen Jahren zur Zuständigkeit der Gemeinschaften. In der Deutschsprachigen Gemeinschaft wird diese Aufgabe von „Kaleido Ostbelgien“ wahrgenommen, in der Französischen Gemeinschaft übernimmt diese Funktion das „Office de la Naissance et de l'Enfance“ (ONE), in Flandern die Institution „Kind en Gezin“.

In den Vorsorgestellen für frühkindliche Entwicklung (0-3 Jahre) und bei den Schuluntersuchungen (3-20 Jahre) werden die empfohlenen Impfungen kostenlos durchgeführt.

Impfung beim Arzt

Alternativ haben Sie die Möglichkeit, Ihr Kind durch Ihren Haus- oder Kinderarzt impfen zu lassen. In diesem Fall erhalten Sie von unserer Krankenkasse, neben der vorgesehenen Erstattung für die Arztvisite, eine Erstattung für den Impfstoff durch unsere **Zusätzlichen Dienste** (siehe weiter unten).



Lesen Sie mehr zu den unterschiedlichen Infektionskrankheiten in der Broschüre „Impfungen bei Kindern“.



Empfohlene Impfungen für Erwachsene

Für Erwachsene empfiehlt der Hohe Gesundheitsrat die in der Tabelle aufgeführten Impfungen. Angesichts des persönlichen gesundheitlichen Zustandes ist es möglich, dass Ihr Arzt Ihnen zusätzliche Impfungen nahelegt.

Empfohlene Impfungen	Alle	Schwangere	Ab 65 Jahre
Diphtherie, Wundstarrkrampf, Keuchhusten (alle 10 Jahre erneuern und zwischen der 24. und 32. Schwangerschaftswoche)	••	••	
Grippe		•	•
Pneumokokken			•

- Vom Hohen Gesundheitsrat empfohlene Impfung.
- Vom Hohen Gesundheitsrat empfohlene Impfung, Kombiimpfung.

Erstattung der gesetzlichen Krankenversicherung

Grippeimpfung

Für besondere Risikogruppen erstattet die gesetzliche Krankenversicherung 40 % der Kosten für Grippeimpfstoffe. Zu den Risikogruppen gehören:

- Personen ab 50 Jahre;
- Personen, die an einer Lungen-, Herz- oder Nierenerkrankung, an Diabetes, einer Blutkrankheit oder Immundefizienz leiden;
- Pflegepersonal (Ärzte, Krankenpflegerinnen usw.);
- Schwangere;
- Personen, die sich in einer Einrichtung befinden (bspw. im Alten- oder Pflegeheim);
- Kinder und Jugendliche zwischen 6 Monaten und 18 Jahren, die über einen längeren Zeitraum mit Aspirin behandelt wurden;
- Berufstätige im Bereich der Geflügel- und Schweinezucht sowie Familienangehörige, die mit diesen Personen unter einem Dach leben.

Impfung gegen HPV

Humane Papillomaviren (HPV) können sich im Laufe einer Infektion zu Krebs entwickeln – vor allem zu Gebärmutterhalskrebs. Aber nicht nur Frauen können von einer Krebserkrankung durch eine HPV-Infektion betroffen sein, auch Männer.

Deswegen wird eine HPV-Impfung für alle Jugendlichen, unabhängig vom Geschlecht, empfohlen.

Im 1. Sekundarschuljahr können Jugendliche sich kostenlos während der Schuluntersuchungen impfen lassen.

Für Jugendliche von 12 bis 18 Jahren, die sich durch einen Arzt impfen lassen, sieht die gesetzliche Krankenversicherung eine Teilerstattung für den Impfstoff Gardasil vor, wenn dieser ärztlich verordnet wurde.



Zusätzliche Dienste

Für alle Mitglieder der **Zusätzlichen Dienste**, unabhängig vom Alter oder Geschlecht, erstatten wir **jährlich** bis zu **30 €** für die Kosten von Impfungen – entweder für die zu Ihren Lasten bleibende Eigenbeteiligung oder für Impfstoffe, die zwar in Belgien anerkannt sind, für die aber keinerlei Erstattung vorgesehen ist.

Reichen Sie dazu lediglich den Apothekenbeleg bei uns ein.





Menopause: Der weibliche Körper im Wandel

Die meisten Frauen kommen mit Anfang 50 in die Wechseljahre. Dabei verspüren rund 80 % von ihnen verschiedene Symptome wie Hitzewallungen, Stimmungsschwankungen, Schlafstörungen oder trockene Haut. Die Menopause ist für viele Frauen eine Zeit des Wandels. Einige schaffen es, relativ gelassen durch diesen natürlichen Abschnitt zu gehen, andere hingegen verlieren deutlich an Lebensqualität.

Perimenopause: Übergangsphase zur Menopause

Die Zeit vor der Menopause wird als Perimenopause bezeichnet und ist die Übergangsphase zur Menopause, welche laut Statistikdurchschnitt im Alter von 51 Jahren beginnt, sich jedoch tatsächlich schon ab 40 Jahren oder erst mit 60 Jahren einstellen kann. In dieser Phase fahren die Eierstöcke allmählich die Hormonproduktion herunter, was die ersten Symptome auslöst.

Die häufigsten Symptome der Perimenopause sind Hitzewallungen, nächtliche Schweißausbrüche, schlechter Schlaf und häufiges Aufwachen, Stimmungsschwankungen sowie Konzentrationsschwierigkeiten. Auch wenn die Symptome eindeutig sind, dauert es manchmal, bis die Betroffenen merken, dass es sich um die Perimenopause handelt. Der Grund: Die Symptome überschneiden sich manchmal mit denen anderer Erkrankungen, wie z.B. Burn-out.

Symptome richtig deuten

Mehrere Studien zeigen, dass Frauen in der Perimenopause und in der Menopause eine höhere Abwesenheitsrate im Job aufweisen als andere Altersgruppen. Viele Frauen denken, dass sie Burn-out haben, dabei befinden sie sich „nur“ in der Übergangsphase zur Menopause. Damit eine Behandlung wirksam ist, ist es wichtig, den Ursprung der Symptome richtig zu deuten.

Blutanalyse

Bei den ersten anhaltenden Symptomen denken viele Frauen darüber nach, einen Bluttest zu machen, um festzustellen, ob sie bereits in den Wechseljahren sind oder nicht. Es bringt jedoch keine Gewissheit, schon während der Perimenopause einen Bluttest zu machen. Wenn Sie zwar noch Ihre Regel haben, diese aber unregelmäßig ist, kann es vorkommen, dass bei der Blutanalyse keine Anomalien zu erkennen sind. Es ist durchaus möglich, dass die Untersuchungsergebnisse noch normale Werte aufweisen, auch wenn Sie sich bereits in der Perimenopause befinden.

Daher wird allgemein empfohlen, nur dann einen Bluttest zu machen, wenn eine Menopause vermutet wird, weil die Periode schon lange ausgeblieben ist und Sie eigentlich noch nicht das typische Alter für den Beginn der Wechseljahre erreicht haben. In diesem Fall erweist sich eine genaue Analyse als relevant, um festzustellen, ob Sie möglicherweise an einer primären Ovarialinsuffizienz leiden. Hierbei handelt es sich um ein Syndrom, bei dem sich die Eierstockaktivität frühzeitig einstellt und die Betroffenen schon vor ihrem 40. Lebensjahr in die Menopause kommen.

*Von der primären
Ovarialinsuffizienz ist
etwa 1 von 100 Frauen betroffen.*

Die richtige Balance zwischen Risiken und Lebensqualität

Die Symptome, von denen eine Frau betroffen sein kann, wirken sich enorm auf die Lebensqualität aus. Es gibt verschiedene Möglichkeiten, um dem entgegenzuwirken, z.B. indem der Lebensstil angepasst wird durch mehr Sport im Alltag und durch eine gesunde Ernährungsweise. Studien zeigen, dass auch Akupunktur eine positive Wirkung auf die Begleiterscheinungen der Menopause haben kann. Wichtig ist, dass die Lebensqualität durch diese Veränderungen nicht (zu sehr) leidet. Deshalb werden in manchen Fällen Hormonbehandlungen vorgeschlagen.

Obwohl viele Frauen einer Hormonbehandlung misstrauisch gegenüberstehen, kann diese eine gute Lösung für eine Verbesserung der Lebensqualität sein. Die größte Sorge vieler Frauen ist die Angst vor Brustkrebs. Dabei steigt das Brustkrebsrisiko nicht an, insofern die Behandlung nicht länger als 5 Jahre durchgeführt wird und keine Risikofaktoren wie ein hoher BMI, übermäßiger Alkoholkonsum oder Rauchen vorliegen.

Manchmal kommt es vor, dass die Symptome nach 5 Jahren noch nicht verschwunden sind. In diesem Fall ist es wichtig, dass der Gynäkologe Sie über die Risiken aufklärt, die sich aus der Fortsetzung der Behandlung ergeben können. Es liegt bei Ihnen, zwischen Behandlungsrisiko und Lebensqualität abzuwägen. Das ist eine individuelle Entscheidung.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Der weibliche Körper ist während der Perimenopause an und für sich nicht schwächer. Da die Eierstöcke aber nicht mehr zu 100 % funktionieren und daher weniger Östrogene produzieren, kann sich dies negativ auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen auswirken.

Östrogene sind wichtig für ein starkes Herz-Kreislauf-System. Wenn diese nicht mehr produziert werden, steigt tatsächlich das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Viele Dinge verändern sich im Körper. Der Cholesterinspiegel kann steigen, weshalb es wichtig ist, einen gesunden Lebensstil zu pflegen. Mit dem Rauchen aufzuhören, ist ebenfalls ein Muss, da Rauchen auch zu einer vorzeitigen Menopause führen kann.

Sprechen Sie mit jemandem, der diese Phase bereits durchlaufen hat. Es ist eine schwierige Zeit, der man nicht entkommen kann, aber man muss sie nicht alleine durchstehen!

Osteoporose

Das Absinken des Östrogenspiegels in den Wechseljahren bewirkt bei vielen Frauen außerdem einen Rückgang der Knochendichte. Dadurch steigt das Risiko einer postmenopausalen Osteoporose.

Da der Abbau der Knochensubstanz meist keine Beschwerden hervorruft, wird eine Osteoporose-Erkrankung oft erst spät erkannt. Mithilfe einer Knochendichtemessung kann die Krankheit jedoch frühzeitig diagnostiziert und schmerzhafte Folgen, wie z.B. Knochenbrüche, vermieden werden.

Für den Stoffwechsel der Knochen haben Östrogene in vielerlei Hinsicht eine wichtige Bedeutung:

- Sie hemmen die Aktivität der knochenabbauenden Zellen (Osteoklasten).
- Sie steigern die Aufnahme von Kalzium, ein für den Aufbau der Knochen wichtiges Mineral.
- Sie wirken stimulierend auf die Produktion des Hormons Kalzitinin, welches ebenfalls die Aktivität der knochenabbauenden Zellen (Osteoklasten) hemmt.
- Sie fördern die Durchblutung der Knochen.



Knochendichtemessung

Zur Vorsorge gegen Osteoporose erstatten wir durch unsere **Zusätzlichen Dienste** alle **2 Jahre 35 €** für eine Knochendichtemessung (Osteodensitometrie).

freie
Zusätzliche Dienste



Blaues Licht: Schadet es unserer Gesundheit?

In unserem Alltag werden wir zunehmend von blauem Licht angeleuchtet. Ob Smartphones, Computer, Laptops, Tablets oder Flachbildfernseher – heutzutage gibt es kaum noch Displays und Bildschirme, die nicht mit moderner LED-Technik funktionieren. Auch die Zahl anderer Leuchtmittel mit hohem Blauanteil nimmt stetig zu. Da stellt sich die Frage: Schadet blaues Licht unserer Gesundheit?



Was ist blaues Licht eigentlich?

Blaues Licht ist eine Komponente des für das menschliche Auge sichtbaren Lichts und somit Teil des elektromagnetischen Spektrums. Es liegt im Wellenlängenbereich zwischen 380 und 500 Nanometern und ordnet sich direkt neben der für uns unsichtbaren Ultraviolettstrahlung ein. Es ist relativ kurzwellig, was bedeutet, dass es im Vergleich zu den anderen Spektralfarben sehr viel Energie hat.

Es gibt natürliches blaues Licht, das von der Sonne abgegeben wird, und künstliches blaues Licht, das von Displays, Bildschirmen und anderen Leuchtquellen, wie z.B. Autoscheinwerfern, Leuchtreklamen oder Geschäftsbeleuchtungen, abstrahlt.

Was bewirkt blaues Licht in unserem Körper?

Blaues Licht hat sowohl positive als auch negative Effekte auf unseren Körper.

In erster Linie regt es unsere Wachheit an und steuert unsere innere Uhr. Zudem ist es dafür bekannt, das Wohlbefinden zu steigern, die Aufmerksamkeit zu erhöhen, die Gedächtnisleistung zu verbessern, die Reaktionszeit zu fördern und die Stimmung zu heben.

Die vitalisierende und stimulierende Eigenschaft von blauem Licht wird gezielt bei Lichttherapien eingesetzt, um z.B. psychischen Leiden wie Winterdepressionen entgegenzuwirken.

Ihm wird allerdings auch nachgesagt, dass es unseren Biorhythmus aus der Bahn bringen kann und für die Auslösung bzw. Verstärkung verschiedener Krankheiten verantwortlich ist. Da sich die möglichen Schäden nur schleichend und nicht unmittelbar bemerkbar machen, wenn man dem Licht ausgesetzt ist, sind die gesundheitlichen Auswirkungen bisher umstritten.

Ständige Exposition

Fakt ist, dass blaues Licht mit der technischen Entwicklung einen omnipräsenten Platz in unserem Leben eingenommen hat. Wir werden quasi dauerbestrahlt, ohne es wirklich zu merken.

Im Vergleich zu jenen Zeiten, in denen blaues Licht ausschließlich in natürlicher Form und mit variierender Intensität im Laufe des Tages von der Sonne freigesetzt wurde, hat die umgebende Menge an künstlichem Blaulicht in den vergangenen Jahren extrem zugenommen. Sie ist sehr viel größer als die meisten von uns denken.

Wie gravierend das Ausmaß dieser ständigen Exposition wirklich ist, weiß die Wissenschaft noch nicht. Das sollte uns aber nicht daran hindern, jetzt schon vorbeugend zu handeln und den denkbaren Gefahren entgegenzusteuern.

Wir sind einer sehr viel größeren Menge an blauem Licht ausgesetzt als noch vor ein oder zwei Jahrzehnten.

Schädigung der Augen

Die Anzeichen dafür, dass blaues Licht schädlich für die Augen ist, häufen sich. Mehrere Studien deuten darauf hin, dass eine intensive und langanhaltende Blaulichtbestrahlung maßgeblich an der Entstehung diverser Augenerkrankungen beteiligt ist.

Es ist erwiesen, dass blaues Licht die Hornhaut ungehindert passiert und so bis zur Netzhaut gelangt. Dort löst es einen fotochemischen Prozess aus, bei dem Sauerstoffradikale erzeugt werden, die die Sehzellen schädigen.

Einige Experten sehen vor allem in der gehäuften Blaulichtmenge eine große Gefahr und vermuten, dass diese die Entwicklung einer Makuladegeneration begünstigen könnte.



Bei der Makuladegeneration handelt es sich um eine Erkrankung der Netzhaut, bei der die Sehzellen der Makula, die Stelle des schärfsten Sehens, angegriffen werden. Im Verlauf der Krankheit stellen sich fortschreitende Seheinträchtigungen ein. Bei frühzeitiger Behandlung kann eine weitgehende Erblindung meist hinausgezögert oder gar verhindert werden.

Wie bereits zuvor erwähnt, spielt Melatonin eine entscheidende Rolle, wenn es um unsere Schlafqualität geht. Doch Melatonin ist nicht nur ein Schlafhormon. Es fungiert zeitgleich auch als eines unserer stärksten natürlichen Antioxidantien. Es hält unsere Zellen und Mitochondrien gesund und unbeschadet, indem es freie Radikale bekämpft.

Freie Radikale lösen oxidativen Stress in den Zellen aus. Antioxidantien wirken wie ein Schutzschild gegen diese aggressiven Moleküle.

Wird die Melatoninbildung unterdrückt, sind die Zellen anfälliger für Angriffe der freien Radikale und können sich in bösartige Krebszellen umwandeln. Das Risiko einer Prostata- oder Brustkrebsbildung durch einen niedrigen Melatoninhaushalt ist also real. Um dies in direkter Verbindung mit blauem Licht bringen zu können, bedarf es jedoch weiterer Untersuchungen.

Die Dosis macht das Gift!

Die konkreten gesundheitlichen Folgen von blauem Licht müssen noch ausführlich erforscht werden. Niemand wird abstreiten, dass sich das Verhältnis von Sonnenlicht und Kunstlicht seit dem rasanten technologischen Fortschritt stark verändert hat, doch solange keine fundierten wissenschaftlichen Erkenntnisse und Belege vorliegen, die einen direkten Zusammenhang zwischen einer zu hohen Blaublichtexposition und verschiedenen Krankheitsbildern bestätigen, können keine verbindlichen Warnungen ausgesprochen werden.

Das sollte uns aber keineswegs daran hindern, jetzt schon präventiv vorzugehen und kleine Veränderungen in unser alltägliches Leben zu bringen. Die Dosis macht schließlich das Gift!

Auch wird gemutmaßt, dass blaues Licht eine Ursache für die zunehmende Kurzsichtigkeit unserer Bevölkerung ist. Vor allem bei Kindern und Jugendlichen lässt sich dieser Trend beobachten. Statistiken zufolge sind bereits

50 % aller jungen Menschen in Europa kurzsichtig.

Ob dies nun auf Naharbeit (z.B. Lesen, Computerarbeit, Nutzung von Smartphones und Tablets)

oder auf das von den digitalen Geräten emittierte blaue Licht zurückzuführen ist, bleibt Gegenstand weiterer Untersuchungen.

Störung des Schlafrhythmus

Manche Wissenschaftler stehen sehr kritisch dazu, dass viele Menschen abendlich und nächtlich dem Blaublicht ausgesetzt sind.

Natürliches blaues Licht ist für unseren Körper wichtig, um zwischen Tag und Nacht unterscheiden zu können, denn es reguliert unseren Biorhythmus. Entsprechend negativ kann es uns abends oder nachts beeinflussen.

Blaublicht unterdrückt die Ausschüttung des Schlafhormons Melatonin. Der Organismus wird wachgehalten und der Schlafrhythmus gerät aus dem Takt. Das wiederum kann Unruhe und Schlafstörungen bewirken.

Es wird vermehrt angenommen, dass sich Gesundheitsprobleme wie Diabetes, Übergewicht oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen einstellen, wenn jemand während längerer Zeit dem Blaublicht zu nächtlichen Stunden ausgesetzt ist.

Im Rahmen verschiedener Studien haben Forscher festgestellt, dass eine Veränderung des Biorhythmus auch zu einem Anstieg des Blutzuckerspiegels führt, der einen prädiabetischen Zustand hervorrufen kann, dagegen zu einer Abnahme des Stoffwechselformons Leptin, das dem Körper nach einer Mahlzeit ein Sättigungsgefühl signalisiert.

Steigerung des Prostata- und Brustkrebsrisikos

Mehrere internationale Forschergruppen kamen bei Studien zu dem Schluss, dass es wohl einen Zusammenhang gibt zwischen der nächtlichen Exposition gegenüber künstlichen Lichtquellen mit hohem Blaublichtanteil und einem erhöhten Risiko von Prostata- und Brustkrebs.

Schlaf ist notwendig, damit der Körper sich regenerieren und das Immunsystem aktiv werden kann.



Wie können Sie die Menge an blauem Licht in Ihrem Alltag vorsorglich reduzieren?

- Begrenzen Sie Ihre Bildschirmzeit.
- Verbringen Sie mehr Zeit in der Natur.
- Legen Sie Ihr Smartphone mindestens 1 Stunde vor dem Schlafengehen beiseite.
- Stellen Sie Ihre digitalen Geräte generell auf Nachtmodus ein.



Miese Stimmung? Depression bei Jugendlichen

Bist du oft schlecht drauf? Fühlst du dich antriebslos oder traurig? Vielleicht sind das erste Anzeichen einer Depression. Dabei handelt es sich nicht um eine vorübergehende Laune, sondern um eine ernste Erkrankung.

Etwa jeder Fünfte durchlebt irgendwann in seinem Leben eine depressive Phase, bei Kindern und Jugendlichen sind es immerhin zwischen 3 und 7 Prozent. Doch was ist eigentlich eine Depression? Der Begriff kommt aus dem Lateinischen und bedeutet herunter- oder niedergedrückt. Konkret äußert sich eine Depression durch fehlende Energie sowie ein andauerndes Stimmungstief bis hin zu körperlichen Beschwerden. Die Hobbys machen keinen Spaß mehr, in der Schule kommt man nicht mehr mit und auch die Beziehungen zu Familie und Freunden sind problematisch. Weitere Anzeichen einer Depression sind Veränderungen von Appetit, von Schlafgewohnheiten, Konzentrations-

schwierigkeiten, vermehrter oder verringerter Bewegungsdrang, Kopfschmerzen, Verdauungsprobleme, ständiges Grübeln und Schuldgefühle – bis hin zu Todesgedanken.

Nur schlecht drauf oder depressiv?

Die Ursachen für das Auftreten einer Depression können sehr unterschiedlich sein. Neben schwierigen Lebenssituationen können auch Stress, soziale Faktoren, hormonelles Ungleichgewicht oder eine genetische Vorbelastung der Auslöser sein. In den beiden vergange-

nen Jahren haben aber viele Menschen durch die plötzlich reduzierten Kontakte zu Freunden und Bekannten gelitten. Die dramatisch veränderten Lebensumstände haben bei vielen zu einer anhaltenden Niedergeschlagenheit geführt. Das bedeutet jedoch nicht, dass jeder der mal schlechte Laune hat, gleich depressiv ist. Erst wenn der Zustand den Alltag über mehrere Wochen hinweg beeinträchtigt, sollte an eine Depression gedacht werden. In diesem Fall ist es wichtig, sich jemandem anzuvertrauen – auch wenn das sehr schwerfällt. Es ist kein Zeichen von Schwäche, dir selber und anderen einzugestehen, dass es dir nicht gutgeht. Im Gegenteil: gerade das ist der erste Schritt zur Besserung.



Jede Depression ist anders

Genauso wie jeder Mensch einzigartig ist, äußern sich auch Depressionen sehr unterschiedlich. Bei manchen tritt die Depression plötzlich auf, bei anderen baut sich die Erkrankung ganz langsam auf. Fachleute unterscheiden zwischen einer leichten, mittelgradigen und schweren Depression – je nach Stärke der Beschwerden und deren Dauer. Manchmal treten im Zusammenhang mit einer Depression auch weitere Erkrankungen auf, wie Angst- oder Essstörungen.

Behandlung einer Depression

Der erste Schritt zur Behandlung einer Depression ist der, dass du dich einer vertrauten Person öffnest. Als nächstes sollte eine Fachperson deinen Zustand einschätzen, z.B. ein Arzt, ein Psychologe oder ein Psychiater. In vielen Fällen ist eine psychologische Gesprächstherapie hilfreich. Bei tiefgreifenden Depressionen können aber auch die Einnahme von Medikamenten oder ein Aufenthalt in einer Klinik notwendig sein.

Was kann ich selbst tun?

Ein wichtiger Schritt bei einer Depression ist die professionelle Begleitung. Ergänzend hierzu kannst du aber auch selbst dein Wohlbefinden verbessern.

Rede darüber

Du solltest nicht mit deinen Sorgen alleine sein. Vertraue dich jemandem an. Wenn du über deine Sorgen und Probleme redest, erleichtert es dich. Natürlich bestimmst du, wem du dich anvertraust und was du preis gibst. Ob es deine Eltern, Geschwister oder Freunde sind, ein Gespräch erleichtert dich und nimmt dir Last von deinen Schultern.

Du bist gut, so wie du bist

Sei nicht zu kritisch mit dir und konzentriere dich nicht auf deine Schwächen. Wenn dir mal was nicht gelingt, ist das in Ordnung. Was machst du gerne? Wobin bist du gut? Darauf solltest du dich konzentrieren. Vielleicht kannst du das nicht sofort umsetzen. Lass dir Zeit für die Umsetzung!

Bewege dich

Wahrscheinlich hast du in deinem Tief gar keine Lust auf Bewegung und Sport. Aber Bewegung ist das Zauberwort. Auch wenn es ein wenig Überwindung kostet, Bewegung ist ein guter Booster für deine Stimmung. Schon ein täglicher Spaziergang hilft, deine Glückshormone zu aktivieren. Alle weiteren Sportarten, noch besser in einem Team, sind natürlich empfehlenswert!

Schneckenhaus und Grübeln adé!

Wer sich nicht gut fühlt, ist oft gerne alleine. Doch ein Treffen mit Freunden hilft. Auch ein fester Wochenplan mit geplanten Aktivitäten erleichtert die Planung des Alltags.

Kennst du die Grübelschleife? Du musst immer an etwas denken und es belastet dich? Versuche es mit Ablenkung und konzentriere dich auf etwas anderes. Das kann ein Telefonat sein, Sport oder etwas Kreatives.

Entspannung pur

Vielleicht klingt es für dich langweilig, aber echte Entspannung hilft. Auf digitalen Plattformen findest du Videos, die dir Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung, Yoga u.v.m. erklären. Probiere es einfach aus! Auch andere Techniken wie ein Spaziergang oder Dehnübungen helfen dir, deine Gedanken loszulassen und dich freier zu fühlen.

Das schaffe ich... Sei positiv!

Meide Stress, indem du deinen Alltag so gut wie möglich planst. Plane deine Woche möglichst konkret, auch in kleinen Zielen, nimm dir einzelne Aufgaben ganz bestimmt vor.

Mit der richtigen Planung schaffst du alles und kannst stolz auf dich sein – gerade das solltest du bei jeder erledigten Aufgabe! Feiere den Erfolg und schreibe das Erlebte auf. So kannst du es immer wieder nachlesen.

Gute Nacht!

Wer morgens fit sein möchte, sollte nachts gut schlafen. Wer damit Probleme hat, sollte jeden Abend eine Routine einführen: Es ist wichtig, jeden Abend zur gleichen Zeit ins Bett zu gehen. Hilfreich ist dabei eine bestimmte Routine, z.B. in einem Buch lesen, Tee trinken. Zu vermeiden sind Smartphones, Fernseher oder anregende Getränke wie Kaffee oder Energydrinks.



Zusätzliche Dienste

Wir erstatten psychologische Behandlungen bei von uns anerkannten selbstständigen Psychologen zu **15 € pro Sitzung** – für die **ersten 8 Sitzungen** erhalten Sie **20 €** pro Sitzung.



freie
Zusätzliche Dienste

Mikroplastik um und in uns

Obwohl es so unscheinbar ist, ist es doch allgegenwärtig: Mikroplastik. Die winzig kleinen, oft für das Auge nicht sichtbaren Kunststoffteilchen schwimmen nicht nur in allen möglichen Gewässern und wirbeln überall durch die Luft, sie werden auch von der Industrie willentlich in unzähligen Pflegeprodukten verarbeitet und landen letztendlich über die natürliche Nahrungskette auf unserem Teller. Es ist ein regelrechter Teufelskreis, dessen gesundheitlichen Auswirkungen für uns Menschen noch nicht absehbar sind.

Die Verschmutzung der Umwelt durch Kunststoffe ist in den letzten Jahrzehnten exponentiell gestiegen und hat alarmierende Ausmaße angenommen. Das große Problem von Plastik: Es ist biologisch nicht abbaubar und daher sehr langlebig. Das bedeutet, dass es sich nicht auf natürliche Weise zersetzt, sondern nur durch äußere Einflüsse, wie Sonneneinstrahlung und Reibung, in immer kleinere Teilchen zerfällt. Diese verbreiten sich an nahezu allen Orten der Erde und sind schon so tief in unsere Ökosysteme eingedrungen, dass sie eine Bedrohung für die Natur und dadurch auch unweigerlich für uns Menschen darstellen.

Als Mikroplastik werden Kunststoffteilchen bezeichnet, die nicht größer als 5 Millimeter sind.

Wie entsteht Mikroplastik?

Allgemein wird zwischen 2 Arten von Mikroplastik unterschieden: primäres Mikroplastik und sekundäres Mikroplastik.

Primäres Mikroplastik wird industriell hergestellt. Es dient als Ausgangsstoff für die Produktion von Plastikobjekten oder wird bewusst in Wasch-, Putz-, Pflege- und Kosmetikprodukten verarbeitet, z.B. als Füllstoff und Bindemittel oder in Form von Peeling-Granulaten.

Die am häufigsten verwendeten Kunststoffe sind:

Polyethylen	PE
Polypropylen	PP
Polystyrol	PS
Polyethylenterephthalat	PET
Polyvinylchlorid	PVC
Polyamid	Nylon
Ethylenvinylacetat	EVA



Sekundäres Mikroplastik entsteht durch die Zerkleinerung, den Abrieb oder die Verwitterung von größeren Kunststoffgegenständen, z.B. Plastikverpackungen und -flaschen.


Das meiste Plastik, das in die Umwelt gelangt, ist Mikroplastik. Zu den größten Emissionsquellen zählen u.a.:

- die Abfallentsorgung;
- der Abrieb von Reifen, Asphalt und Fahrbahnmarkierungen;
- die Verwehungen von Sport- und Spielplatzbelägen;
- die Abnutzung von Schuhsohlen;
- die Freisetzung von Kunststofffasern aus synthetischen Textilien beim Waschen.

Wie weit ist Mikroplastik bereits verbreitet?

Die traurige und zugleich beängstigende Wahrheit ist, dass es sozusagen keinen Ort mehr auf der Welt gibt, der frei von Mikroplastik ist. Im Boden, in der Luft und im Wasser – überall sind kleinste Kunststoffpartikel nachweisbar.


Besonders stark betroffen sind die Ozeane und Küstengebiete. Dabei stammen die meisten Plastikeinträge vom Festland. Neben schlechtem Abfallmanagement gelangen die Kunststoffteilchen vor allem über Windverwehungen und unsere Abwassersysteme zuerst in die Flüsse und dann in die Meere. Die dort lebenden Organismen verwechseln die Partikel mit der Nahrung und sie nehmen diese außerdem in dem sie umhüllenden Lebensraum passiv auf. So findet das Plastik seinen Weg in unsere Nahrungskette.



Forscher haben Spuren von Mikroplastik in entlegenen Gebieten der Arktis sowie in Tiefseebereichen nachweisen können – weit weg von der menschlichen Zivilisation.

Wie gelangt Mikroplastik in unseren Körper?

Zum einen atmen wir die kleinen Teilchen ein, zum anderen konsumieren wir sie über die Nahrung, z.B. durch den Verzehr von Fisch und Meeresfrüchten oder von in Plastik verpackten Lebensmitteln.



Laut einer Studie nimmt der Mensch unwissentlich um die 5 Gramm Mikroplastik pro Woche zu sich. Das entspricht in etwa dem Gewicht einer Kreditkarte.

Was macht das Mikroplastik so gefährlich?

Aufgrund seiner Struktur wirkt Mikroplastik auf Schadstoffe wie ein Magnet. Giftige Substanzen aus der Umwelt haben leichtes Spiel, sich in hoher Konzentration auf der Oberfläche der Partikel anzureichern.

Ein weiterer gefährlicher Faktor sind die dem Kunststoff beigefügten Additive. Um Plastik elastisch, hitzebeständig, undurchsichtig oder robust zu machen, greift die Industrie auf Zusatzstoffe wie Weichmacher, Flammschutzmittel, Farbstoffe und Stabilisatoren zurück. Viele dieser Chemikalien sind extrem gesundheitsschädlich und werden als krebserregend, erbgutverändernd oder fortpflanzungsgefährdend eingestuft. Da die Substanzen nicht fest an den Kunststoff gebunden sind, können sie sich mit der Zeit lösen und so in die Umwelt eindringen.

Wie wirkt sich Mikroplastik auf unseren Körper aus?

Auf diese Frage gibt es derzeit noch keine eindeutige Antwort. Die Forschung steht noch ganz am Anfang. Folglich liegen auch noch keine fundierten wissenschaftlichen Fakten vor, die sich auf die menschliche Gesundheit übertragen ließen. Die Bedenken bezüglich der Folgen für unseren Körper sind jedoch sehr groß.

Im Rahmen verschiedener Projekte und Studien, die sich mit den Auswirkungen von Mikroplastik auf unterschiedliche Tierarten befassen, haben Wissenschaftler

besorgniserregende Feststellungen gemacht, insbesondere in Bezug auf die Fruchtbarkeit, das Wachstum, die Geschlechtsentwicklung, die Verdauung und das Verhalten. Weitere Untersuchungen lassen vermuten, dass feinste Plastikteilchen an der Entstehung von Entzündungsreaktionen und Krebserkrankungen beteiligt sind.

Allgemeingültige Schlussfolgerungen können noch nicht gezogen werden. Dafür fehlt es an standardisierten Langzeitverfahren, die unter realistischen Bedingungen durchgeführt werden können. Nichtsdestotrotz wird der Appell an einen bewussteren Umgang mit Plastik im Hinblick auf das Wohlergehen der gesamten Erde und ihrer Bewohner zunehmend lauter.

Was können Sie tun?

Dass Mikroplastik in unseren Körper landet, ist unbestreitbar. Inwiefern es für uns gesundheitsschädlich ist, bleibt herauszufinden. Fest steht jedoch, dass Kunststoff – wie sein Name es schon verlauten lässt – nichts Natürliches ist und somit weder in die Natur noch in unseren Körper gehört. Deshalb sollte ein jeder sich mit dem Thema Plastik auseinandersetzen.

*Es ist allerhöchste Zeit, Maßnahmen zu ergreifen:
Jeder noch so kleine Schritt kann zu einer Verbesserung
der Situation beitragen!*

4 Tipps, wie Sie Mikroplastik im Alltag bewusst vermeiden können:

Verzichten Sie auf unnötiges Plastik: Rücken Sie Ihr Umweltbewusstsein in den Vordergrund und achten Sie allgemein darauf, weniger Plastikmüll zu produzieren, indem Sie z.B.:

- unverpacktes Obst und Gemüse kaufen;
- für Lebensmittel und Getränke auf alternative Verpackungen zurückgreifen (z.B. Bienenwachstücher, Trinkflaschen aus Edelstahl, Glasvorratsdosen und -behälter (mit Bambusdeckel));
- auf Einwegprodukte wie Plastikteller, -besteck, -strohhalm oder -becher verzichten;
- Stofftaschen anstelle von Plastiktüten benutzen;
- usw.

Entsorgen Sie Ihre Abfälle ordnungsgemäß: Es versteht sich von selbst, dass Müll nicht in die Natur gehört! Damit möglichst viele Abfälle recycelt werden können, ist es außerdem wichtig, den Müll richtig zu trennen.

Achten Sie auf die Inhaltsstoffe Ihrer Drogerieartikel: Es lohnt sich, einen Blick auf das Etikett von Duschgels, Shampoos, Cremes, Make-up und Co. zu werfen. Um den Griff nach Waren mit Mikroplastik-Bestandteilen gänzlich zu vermeiden, sollten Sie sich von vornherein für zertifizierte Naturkosmetik entscheiden. Artikel mit dem EU-Umweltzeichen sind bspw. frei von Mikroplastik.



Kaufen Sie möglichst wenig synthetische Textilien:

Achten Sie beim Einkauf grundsätzlich darauf, Kleidung aus Naturfasern wie Baumwolle oder Leinen zu kaufen.

Rundum umweltbewusst handeln bedeutet, rundum gesundheitsbewusst leben.





Rundum hören.

Hörverlust: Reagieren Sie frühzeitig!

Das Gehör ist einer unserer wichtigsten Sinne und ermöglicht es, Geräusche wahrzunehmen, mit anderen Menschen zu kommunizieren und uns in unserer Umwelt zurechtzufinden. Der Verlust des Gehörs stellt eine Beeinträchtigung der Lebensqualität dar und muss nicht zwingend erst im hohen Alter geschehen.

Babys, Jugendliche und Erwachsene jeden Alters

Hörverlust kann jeden betreffen und durch unterschiedlichste Faktoren entstehen: Vielleicht sind Sie vorbelastet und ein Hörverlust ist in Ihrer DNA verankert oder Sie üben einen Beruf aus, bei dem Sie ständig Lärm ausgesetzt sind. Sie können sich auch eine Infektion einfangen, die Ihr

Gehör schädigt. Oder der Hörverlust kann ganz einfach das Ergebnis des Alterns sein. Um einen möglichen Hörschaden oder -verlust auszuschließen, ist ein Test des Hörvermögens ausschlaggebend.

Unmittelbar nach der Geburt werden Babys einem Neugeborenen-Screening unterzogen, um zu überprüfen, ob das Gehör in Ordnung ist. Im Schulalter werden die Kinder erneut getestet – meist im Rahmen der Schulvorsorgeuntersuchung.



Falls der systematische Hörtest bei Neugeborenen nicht vorgenommen wurde, sehen wir durch unsere Zusätzlichen Dienste eine Erstattung bis zu 15 € für einen Hörtest zur Früherkennung von Hörschäden bei Neugeborenen vor.

Nach dem zweiten Test im Schulalter gibt es jedoch keinerlei weitere Tests mehr, die systematisch für alle organisiert werden. Und hier liegt das Problem. Ab einem Alter von 50 Jahren gehen die meisten Menschen zwar routinemäßig zu ihrem Hausarzt und lassen ihr Blut untersuchen, um bspw. festzustellen, ob ihr Cholesterinspiegel in Ordnung ist, aber sie denken nicht an ihr Gehör. Ein Hörscreening wäre der ideale Weg, um einen Hörverlust so früh wie möglich zu erkennen und ihm rechtzeitig vorzugreifen. Andernfalls steigt mit dem Hörverlust auch das Risiko, an Demenz zu erkranken.

Hörverlust und Demenz

Langfristiger Hörverlust ist ein großer Risikofaktor für die Entwicklung von Demenz. Aus diesem Grund ist es im mittleren Alter entscheidend, das Gehör auf einen leichten bis schweren Hörverlust zu untersuchen.

Bei einem schweren Hörverlust ist das Risiko, eine Demenz zu entwickeln, im Vergleich zu normal hörenden Personen bereits 5 x höher.

In diesem Fall reicht ein Hörgerät oft nicht aus und es sollte eine Beratung im Hinblick auf eine Cochlea-Implantation erfolgen (mehr Infos auf Seite 20).

Mögliches Anzeichen: Der Cocktailparty-Effekt

Sie sind auf einer Party, die Musik ist laut oder andere Menschen unterhalten sich laut und es fällt Ihnen schwer, das Gespräch von den Hintergrundgeräuschen zu unterscheiden. In solch einer Situation spricht man auch vom „Cock-

tailparty-Effekt“. Bei manchen Menschen kann dieser Effekt ein erstes Anzeichen für Hörverlust sein: In einer lauten Umgebung können die Geräusche nicht mehr selektiert werden.

Es gibt natürlich verschiedene Formen von Hörverlust. Wichtig ist es, bei den kleinsten Anzeichen einer Veränderung Ihres Gehörs zu reagieren und ggf. einen Facharzt (Hals-Nasen-Ohren-Arzt (HNO-Arzt) oder Audiologen) aufzusuchen.

Im Falle des Cocktailparty-Effekts ist es allerdings möglich, dass ein Hörtest auf Basis von Pieptönen keinen Aufschluss über den möglichen Hörverlust gibt. Jedoch können die Hörprobleme mithilfe eines Tests zur Sprachwahrnehmung bei hohem Geräuschpegel festgestellt und weitere Tests durchgeführt werden, z.B. mit einem Hörgerät.

Soziale Isolation vermeiden

Menschen, die unter einem Hörverlust leiden und nichts dagegen unternehmen, können mit der Zeit depressiv werden. Da sie Gesprächen oft nicht mehr gut folgen können oder dies einfach zu anstrengend ist, ziehen sich Betroffene lieber zurück und verlieren das Interesse am sozialen Umfeld. Als Folge entsteht soziale Isolation.

Damit es nicht so weit kommt, sollte Hörverlust kein Tabu sein. Regelmäßig nehmen wir unseren Kontrolltermin beim Zahnarzt oder Augenarzt wahr, warum also nicht auch beim HNO-Arzt? Besonders ab einem gewissen Alter ist es wichtig, regelmäßig Hörtests durchführen zu lassen.

Kontrolltermine beim HNO-Arzt

Starten Sie mit den regelmäßigen Untersuchungen ab einem Alter von 50 Jahren. Denn ein möglicher Hörverlust kann frühzeitig gut behandelt werden.



Auch Hörgeräte sind heutzutage sehr subtil und unauffällig. Achten Sie also gut auf Ihre Gehörgänge, machen Sie sich bewusst, dass Hörprobleme nicht erst im hohen Alter auftreten müssen, und suchen Sie rechtzeitig einen HNO-Arzt auf. Die Konsultation bei einem Facharzt wird teilweise durch die gesetzliche Krankenversicherung erstattet.

Für Versicherte mit Anrecht auf den Vorzugstarif fällt die Erstattung höher aus als für Normalversicherte. Achten Sie darauf, einen HNO-Arzt aufzusuchen, der dem Kassenabkommen beigetreten ist, um Honorarzuschläge zu Ihren Lasten zu vermeiden.



Pflegeleistende mit Kassenabkommen

Wenn Sie wissen möchten, welcher HNO-Arzt oder Akustiker dem Kassenabkommen beigetreten ist, dann erkundigen Sie sich bei uns oder suchen Sie mithilfe des LIKIV-Tools nach einem konventionierten Pflegeleistenden (bisher nur verfügbar in französischer und niederländischer Sprache).

Erstattung für Hörgeräte

In Belgien leiden rund 400.000 Menschen an Schwerhörigkeit. Dies kann bedingt sein durch einen Unfall, eine Krankheit oder das natürliche Altern. In vielen Fällen wird das Tragen eines Hörgerätes erforderlich.

Erstattung der gesetzlichen Krankenversicherung

Um Betroffenen die Lebensqualität aufrechtzuerhalten, soziale Isolation zu vermeiden und das Risiko einer Demenz zu minimieren, sieht die gesetzliche Krankenversicherung eine Erstattung für Hörgeräte vor. Diese fällt je nach Gerät und Alter unterschiedlich aus. Außerdem müssen bestimmte Bedingungen erfüllt sein.

Bedingungen

- Eine Erstattung ist nur möglich, wenn das Hörvermögen unterhalb von 40 dB liegt.
- Durch das Hörgerät muss sich Ihr Hörvermögen um mindestens 5 dB verbessern.
- Es werden nur Geräte erstattet, die in der Liste der „anerkannten“ Hörgeräte aufgeführt sind, welche vom LIKIV festgelegt ist (fragen Sie Ihren Akustiker).
- Sie müssen das Hörgerät bei einem vom LIKIV anerkannten Akustiker kaufen.

Vorgehensweise

1. Suchen Sie zuerst einen HNO-Arzt auf. Dieser testet ihr Hörvermögen. Je nach Testergebnis stellt er Ihnen eine Verordnung zum Testen eines Hörgerätes bei einem Akustiker aus.
2. Mit dieser Verordnung begeben Sie sich zu einem Akustiker, der einen weiteren Hörtest durchführt, um ein geeignetes Hörgerät zu ermitteln. Erwachsene müssen zudem einen Fragebogen ausfüllen.

3. Ein Testgerät wird Ihnen während 2 Wochen kostenlos und unverbindlich zur Verfügung gestellt. Anschließend erstellt der Akustiker einen Bericht für den HNO-Arzt, aus dem hervorgeht, ob es zu einer Verbesserung des Hörvermögens durch das Gerät kommt.
4. Insofern dieses Testergebnis zufriedenstellend war, stellt der HNO-Arzt Ihnen die definitive Verordnung aus.
5. Reichen Sie alle Dokumente (die beiden Verordnungen des HNO-Arzt, Fragebogen, Bericht des Akustikers) bei uns ein, um für die Erstattung der Krankenkasse die erforderliche Genehmigung des Vertrauensarztes zu beantragen. Dessen Entscheidung wird Ihnen sowie dem Akustiker schriftlich mitgeteilt.
6. Bei Genehmigung durch den Vertrauensarzt händigt der Akustiker Ihnen das definitive Hörgerät sowie die Lieferbescheinigung aus.
7. Reichen Sie die Lieferbescheinigung des Akustikers zusammen mit der Verordnung des HNO-Arzt und der Genehmigung des Vertrauensarztes bei uns ein. In den meisten Fällen rechnet der Akustiker die Kosten direkt mit uns ab (Drittzahlersystem), Sie zahlen lediglich Ihren Eigenanteil.

Erneuerungsfrist

Eine Erstattung für ein Hörgerät ist alle 5 Jahre möglich, bzw. alle 3 Jahre für unter 18-Jährige.

Ausnahme: Wenn sich Ihr Hörvermögen wesentlich verschlechtert (mindestens 20 dB), entfällt die Erneuerungsfrist.



Achten Sie darauf, einen Akustiker auszuwählen, der dem nationalen Kassenabkommen beigetreten ist. Andernfalls fällt die Erstattung der gesetzlichen Krankenversicherung wesentlich niedriger aus. Zudem müssen Sie in diesem Fall alle Kosten vorstrecken.

Jugendliche bis 18 Jahre			
Leistung	Tarife	Erstattung	
		Bei einem Akustiker mit Kassenabkommen	Bei einem Akustiker ohne Kassenabkommen
Monophones Hörgerät	1.249,31 €	1.249,31 €	939,99 €
Stereophones Hörgerät	2.474,59 €	2.474,59 €	1.855,95 €
Kontralaterales Hörgerät	1.225,28 €	1.225,28 €	918,96 €

Personen zwischen 18 und 65 Jahren			
Leistung	Tarife	Erstattung	
		Bei einem Akustiker mit Kassenabkommen	Bei einem Akustiker ohne Kassenabkommen
Monophones Hörgerät	809,30 €	761,35 €	559,03 €
Stereophones Hörgerät	1.603,03 €	1.507,04 €	1.106,29 €
Kontralaterales Hörgerät	793,73 €	745,78 €	547,35 €

Personen ab 65 Jahre			
Leistung	Tarife	Erstattung	
		Bei einem Akustiker mit Kassenabkommen	Bei einem Akustiker ohne Kassenabkommen
Monophones Hörgerät	768,78 €	720,82 €	528,63 €
Stereophones Hörgerät	1.522,78 €	1.426,79 €	1.046,10 €
Kontralaterales Hörgerät	754,00 €	706,04 €	517,54 €

Cochlea-Implantat

Funktioniert ein herkömmliches Hörgerät nicht oder nur unzureichend, so kann ein Cochlea-Implantat die Lösung sein. Es handelt sich um ein elektronisches Implantat, das als Prothese bei geschädigtem Gehör, aber noch gesundem Hörnerv verwendet wird. Dank des Implantats werden Geräusche in elektrische Signale umgewandelt und zum Hörnerv weitergeleitet. Auch in vielen Fällen, in denen das Innenohr beschädigt ist, kann durch das Cochlea-Implantat das Hören wieder ermöglicht werden.

Personen mit einem Hörverlust von mindestens 70 dB HL (decibels hearing level) auf beiden Ohren können für diese Art von Hörgerät eine Erstattung durch die gesetzliche Krankenversicherung erhalten.

Pflegen Sie Ihre Ohren und gehen Sie Lärm aus dem Weg

Beugen Sie einem Hörverlust vor, indem Sie Ihre Ohren gut schützen. Das geht zum einen durch die richtige Pflege Ihrer Ohren und zum anderen durch das Meiden von Lärm.

Nicht täglich putzen

Es ist nicht sinnvoll, die Ohren jeden Tag zu reinigen, weil unser Körper das von uns produzierte Ohrenschmalz benötigt. Das Ohrenschmalz schützt den Gehörgang vor Bakterien und Pilzen. Eine übermäßige Reinigung der Ohren kann zu Infektionen führen.

Tatsächlich sollten Sie das Ohrenschmalz nur dann entfernen, wenn es sich am Ohrausgang befindet. Sie sollten nicht

zu weit in das Ohr eindringen, um es zu reinigen. Zum einen könnten Sie nämlich einen eventuellen Pfropfen tiefer in den Gehörgang drücken und zum anderen entfernen Sie die schützende Ohrenschmalzschicht und erhöhen dadurch das Risiko von Infektionen.

Lärm reduzieren

Lärm kann unseren Ohren schwer zusetzen. Plötzlicher Lärm drückt bspw. die Haarzellen in der Gehörschnecke zusammen und lässt sie verkleben. Als Folge davon tritt eine Hörminderung ein. Gönnen man seinen Ohren anschließend eine angemessene Ruhepause, so erholen sich die Zellen nach kurzer Zeit wieder vollständig. Eine dauerhafte Beeinträchtigung des Gehörs tritt meist erst bei einer Dauerbeschallung der Ohren auf. Achten Sie bei anhaltenden oder lauten Geräuschen also stets darauf, sich zu schützen.

Mit folgenden Tipps können Sie Ihren Ohren Gutes tun:

Reduzieren Sie die Lautstärke

Beim Fernsehen oder Musikhören sollten Sie die Geräte nicht unnötig laut einstellen – vor allem nicht, wenn Sie Kopfhörer benutzen.

Schützen Sie Ihre Ohren

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

Bevorzugen Sie leise Elektrogeräte

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

Meiden Sie die Häufung von Geräuschen

Mehrere Geräuschquellen, die gleichzeitig aktiv sind, stressen unsere Ohren und steigern den Lärmpegel unnötig.

Halten Sie Abstand

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

Genießen Sie die Ruhe

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



Verhütung: Methoden und Erstattungen

Verhütung ist für viele ein wichtiges Thema. Damit es nicht zu einer ungewollten Schwangerschaft kommt, erklären wir Ihnen, auf welche Verhütungsmethoden Sie zurückgreifen können und welche Erstattungen es hierfür gibt.

Verhütung

Um eine ungewollte Schwangerschaft zu vermeiden, gibt es eine Reihe von Verhütungsmöglichkeiten. Bei der Wahl des passenden Präparates oder Verfahrens sollten stets die Vor- und Nachteile der unterschiedlichen Verhütungsmethoden, ihre Wirkprinzipien und das persönliche Wohlbefinden mit ihrer Anwendung abgewogen werden.

Regelmäßig anzuwendende Verhütungsmittel

Zu den regelmäßig anzuwendenden Verhütungsmitteln zählen ausschließlich hormonelle Präparate, die meist aus unterschiedlichen Konzentrationen der Hormone Östrogen und Gestagen bestehen. Diese Mischung verhindert den Eisprung und erschwert das Eindringen von Spermien in die Gebärmutter, indem der Zervixschleim verdickt wird. Außerdem bleibt die Gebärmutter Schleimhaut relativ flach, sodass sich dort keine befruchtete Eizelle einnisten kann. Eine Schwangerschaft wird somit ausgeschlossen. Folgende erstattbare Hormonpräparate haben eine solche verhütende Wirkung:

- Antibabypille;
- Verhütungspflaster;
- Verhütungsring;
- Hormonspritze.

Langzeitverhütungsmittel

Langzeitverhütungsmittel bieten über einen Anwendungszeitraum von mehreren Jahren einen Verhütungsschutz. Meist hält ihre Wirkung mindestens 3 Jahre. Zu den geläufigsten Methoden, für die eine Erstattung vorgesehen ist, zählen:

- Hormonimplantat („Stäbchen“);
- Hormonspirale;
- Kupferspirale.

Natürliche Verhütungsmethoden

Neben den zuvor genannten Kontrazeptiva kann auch auf natürliche Weise verhütet werden. Eine der natürlichen Verhütungsmethoden ist die symptothermale Methode. Hierbei können die Frauen durch Beobachtung zyklisch auftretender

Beraten Sie sich mit Ihrem Gynäkologen und finden Sie die Verhütungsmethode, die am besten zu Ihnen passt!

Körperzeichen (z.B. Veränderung der Körpertemperatur, des Zervixschleims und des Muttermunds) ihre Fruchtbarkeit bestimmen. Folgende Methoden werden durch unsere Krankenkasse teilweise erstattet:

- Zykluscomputer;
- Verhütungsmethode „Sensiplan“.

„Pille danach“

Die „Pille danach“ ist eine Notlösung und sollte nur in Ausnahmefällen eingenommen werden, um eine ungewollte Schwangerschaft nach ungeschütztem Geschlechtsverkehr zu verhindern.

Gesetzliche Krankenversicherung

Die gesetzliche Krankenversicherung sieht für alle Frauen eine Erstattung für ärztlich verordnete Verhütungsmittel vor, und zwar in Höhe von 20 % des vorgesehenen Preises.

Für junge Mädchen und Frauen bis 25 Jahre gilt eine erweiterte Erstattung, bei bestimmten Verhütungsmitteln beträgt diese 3 € pro Monat. Dies gilt gleichfalls für Frauen mit dem Statut „Vorzugstarif“, ungeachtet ihres Alters.

Für den Kauf der „Pille danach“ ist keine ärztliche Verschreibung notwendig. Die gesetzliche Krankenversicherung sieht eine Erstattung bis zu 9 € vor, unabhängig vom Alter.

In den meisten Fällen wird das Drittzahlersystem angewendet. Das bedeutet, dass die Erstattung der Krankenkasse automatisch in der Apotheke abgehalten wird und lediglich der Eigenanteil zu zahlen ist.





Zusätzliche Dienste

Da die Erstattung der gesetzlichen Krankenversicherung für manche Personengruppen gering ausfällt, sehen unsere **Zusätzlichen Dienste** eine Erstattung bis zu **50 € pro Jahr** vor, bzw. **150 € alle 3 Jahre**:

- 50 € pro Jahr insgesamt für:
 - verschreibungspflichtige Verhütungsmittel (z.B. Antibabypille, Verhütungsring usw.);
 - Teststreifen für einen Zykluscomputer;
 - Kondome, die in der Apotheke erworben werden;
- 150 € jedes 3. Jahr für Langzeitverhütungsmittel (z.B. Hormonimplantat, Kupferspirale usw.);
- 150 € für die Verhütungsmethode „Sensiplan“.

Für die in der Apotheke erworbenen Mittel müssen Sie die Bescheinigung BVAC der Apotheke bei uns einreichen.

Unsere Mitglieder unter 18 Jahren profitieren außerdem von einer weiteren Regelung unserer Krankenkasse: Für Jugendliche bis zum Alter von 18 Jahren erstatten wir die Eigenanteile aller verschreibungspflichtigen Medikamente, demzufolge auch für Verhütungsmittel, welche zur Kategorie Cj der Medikamente gehören. Die Jugendlichen erhalten somit die vollständige Erstattung der Kosten.

Überblick der Erstattungen

Alter	Gesetzliche Krankenversicherung	Zusätzliche Dienste
Unter 18 Jahren	20 % Erstattung für verschreibungspflichtige Verhütungsmittel + zusätzliche Erstattung bis zu 3 € pro Monat	Erstattung des verbleibenden Eigenanteils
18 bis 25 Jahre	20 % Erstattung für verschreibungspflichtige Verhütungsmittel + zusätzliche Erstattung bis zu 3 € pro Monat	<ul style="list-style-type: none"> • 50 € pro Jahr für regelmäßig anzuwendende Verhütungsmittel oder • 150 € alle 3 Jahre für Langzeitverhütungsmittel & „Sensiplan“
Ab 25 Jahre	20 % Erstattung für verschreibungspflichtige Verhütungsmittel	<ul style="list-style-type: none"> • 50 € pro Jahr für regelmäßig anzuwendende Verhütungsmittel oder • 150 € alle 3 Jahre für Langzeitverhütungsmittel & „Sensiplan“
Frauen mit Anrecht auf den Vorzugstarif	20 % Erstattung für verschreibungspflichtige Verhütungsmittel + zusätzliche Erstattung bis zu 3 € pro Monat	<ul style="list-style-type: none"> • 50 € pro Jahr für regelmäßig anzuwendende Verhütungsmittel oder • 150 € alle 3 Jahre für Langzeitverhütungsmittel & „Sensiplan“

Ungewollt schwanger? Was tun, wenn Sie über einen Schwangerschaftsabbruch nachdenken?

Ein Schwangerschaftsabbruch ist immer eine lebensentscheidende und psychisch belastende Entscheidung. Für Frauen und Mädchen, die sich in einer sozialen oder medizinischen Notlage befinden, gibt es bestimmte Anlaufstellen, die sie in erster Linie psychosozial, aber auch ärztlich beraten und begleiten.

Gesetzliche Bedingungen

Ein Schwangerschaftsabbruch ist in Belgien gesetzlich erlaubt, wenn:

- er in einem Zentrum für medizinische und psychosoziale Unterstützung, auch Zentrum für Familienplanung genannt, oder in einem Krankenhaus mit entsprechendem Dienst durchgeführt wird;
- er bis zur 12. Woche nach der Befruchtung der Eizelle durchgeführt wird. Die Befruchtung erfolgt ungefähr 2 Wochen nach dem ersten Tag der Menstruation, was bedeutet, dass der Schwangerschaftsabbruch spätestens 14 Wochen nach der letzten Monatsblutung stattfinden muss;
- vorher ein Beratungsgespräch mit einem Arzt stattgefunden hat. Die Frau muss ihren Wunsch nach Abbruch der Schwangerschaft bestätigen. Zwischen Beratung und Abbruch müssen 6 Tage Bedenkzeit liegen.

Ein Schwangerschaftsabbruch wird nur in außergewöhnlichen Fällen nach der 12. Schwangerschaftswoche durchgeführt, z.B. wenn für die Mutter Lebensgefahr besteht oder das Baby eine unheilbare Krankheit oder Fehlbildung hat.

Zentren für medizinische und psychosoziale Unterstützung

Wenn Sie über einen Schwangerschaftsabbruch nachdenken, können Sie sich an ein Zentrum für medizinische und psychosoziale Unterstützung wenden. Ein solches Zentrum:

- informiert Sie über Ihre Rechte, die Unterstützung und Leistungen, die Ihnen zustehen, auch über andere Möglichkeiten, wie eine Adoption usw.;
- bietet Beistand und Hilfe bei psychischen und sozialen Problemen, die mit Ihrer Schwangerschaft in Verbindung stehen.

Falls Sie sich für einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden, wird das Zentrum ebenfalls:

- über die Methoden eines Abbruchs informieren (einen medikamentösen Abbruch, einen Abbruch durch Absaugen des Fötus oder Ausschaben der Gebärmutter);
- die notwendigen medizinischen und gynäkologischen Untersuchungen übernehmen, um zu prüfen, ob der Abbruch Ihrer Schwangerschaft medizinisch sicher ist und ob die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind;
- den Schwangerschaftsabbruch durchführen, insofern alle Voraussetzungen erfüllt sind. Sollten die Sicherheitsbedingungen nicht erfüllt sein (z.B. weil ein Abbruch zu Komplikationen führen könnte), kann das Zentrum Sie an ein Krankenhaus überweisen;
- Ihnen bis zu 28 Tage nach dem Schwangerschaftsabbruch die medizinische und psychosoziale Betreuung bieten, die Sie benötigen.

Kosten der Betreuung

Die Zentren berechnen der Krankenkasse deren Kostenanteil sowie der Frau ihren zu zahlenden Eigenanteil für:

- die ambulante medizinische und psychosoziale Betreuung;
 - den Schwangerschaftsabbruch, insofern es dazu kommt.
- Informieren Sie sich diesbezüglich im Voraus bei dem Zentrum.

Was muss das Zentrum gegenüber der Krankenkasse tun, um Sie begleiten zu dürfen?

Das Zentrum muss:

- überprüfen, ob Sie die Bedingungen für die Kostenerstattung durch die gesetzliche Krankenversicherung erfüllen;
- das Antragsformular für die Erstattung ausfüllen und einen ärztlichen Bericht erstellen;
- das Formular und den Bericht an den Vertrauensarzt senden.

Wird der Antrag genehmigt, kann das Zentrum Sie betreuen und die Kosten direkt mit der Krankenkasse abrechnen.

Wo finden Sie ein solches Zentrum?

Das Landesinstitut für Kranken- und Invalidenversicherung (LIKIV) führt eine Liste mit den anerkannten Zentren, die eine Beratung durchführen und einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen dürfen. Die Zentren befinden sich alle in den französisch- und niederländischsprachigen Gebieten Belgiens. In Lüttich und Seraing gibt es Zentren, die eine Beratung auch in deutscher Sprache anbieten.

Schwangerschaftsabbruch in einem Krankenhaus

Ein Schwangerschaftsabbruch kann auch in verschiedenen Krankenhäusern durchgeführt werden. Die Krankenhäuser haben diesbezüglich keine spezielle Vereinbarung mit dem LIKIV. Die Kosten, die zu Ihren Lasten bleiben, können in diesem Fall evtl. höher ausfallen.

Prisma VoG

In der Deutschsprachigen Gemeinschaft ist das Zentrum Prisma eine Anlaufstelle für Frauen, die über einen Schwangerschaftsabbruch nachdenken. Das Zentrum bietet eine Schwangerschaftskonfliktberatung, führt jedoch keinen Schwangerschaftsabbruch durch. Es kann Sie aber, wenn Sie einen Abbruch wünschen, an ein entsprechendes Zentrum für Familienplanung oder an ein Krankenhaus verweisen. Die Berater des Prisma-Zentrums werden sich nach Ihrem Empfinden erkundigen und Ihnen Informationen zur Gesetzeslage, zu Unterstützungsangeboten und zum Schwangerschaftsabbruch erteilen. Je nach Höhe Ihres Einkommens zahlen Sie für ein Beratungsgespräch zwischen 2 € und 20 €.



Die Kontaktangaben der Zentren für Familienplanung, die eine Beratung in deutscher Sprache anbieten, sowie des Prisma-Zentrums finden Sie auf unserer Website.



Krankenhausaufenthalt: Worauf sollten Sie achten?

Geplant oder unvorhergesehen? Klassisch oder in der Tagesklinik? Wie Ihr Krankenhausaufenthalt auch aussehen wird, wir informieren Sie über Ihre Möglichkeiten und worauf Sie achten sollten, um hohe Kosten und böse Überraschungen zu vermeiden.

Vorbereitung auf den geplanten Aufenthalt

Falls Sie sich geplant einem Eingriff unterziehen, können Sie sich im Vorfeld auf Ihren Krankenhausaufenthalt vorbereiten. Auch wenn die Wahl des Krankenhauses meist im Zusammenhang steht mit dem behandelnden Arzt, sollten Sie sich auf jeden Fall Gedanken über die Zimmerwahl machen.

Zimmerwahl

Bei der Aufnahme im Krankenhaus können Sie zwischen einem Einzel- oder Mehrbettzimmer wählen. Mit der Unterzeichnung des Aufnahmeformulars erklären Sie sich einverstanden mit der gewählten Zimmerform. Die Qualität der Pflege ist nicht davon abhängig, wohl aber die Aufenthaltskosten und noch mehr die Zuschläge für Arzthonorare.

Zwei- oder Mehrbettzimmer

Entscheiden Sie sich für diese Zimmerform, dürfen Ihnen keine Zimmer- und Honorarzuschläge berechnet werden. Sie zahlen für alle Leistungen nur den gesetzlich vorgesehenen Eigenanteil.

Einzelzimmer

Bei Aufenthalt im Einzelzimmer können, neben dem gesetzlichen Eigenanteil, Zimmerzuschläge bis zu 180 € pro Tag und oft bedeutende Honorarzuschläge berechnet werden.



Nutzen Sie das Tool „Krankenhausaufenthalt berechnen“

Wählen Sie den Eingriff sowie ein oder mehrere Krankenhäuser aus, um die ungefähren Kosten Ihres Krankenhausaufenthalts im Voraus einschätzen zu können. Das Ergebnis zeigt einen Kostenvergleich zwischen den von Ihnen ausgewählten Kliniken und dem landesweiten Durchschnitt. Außerdem sehen Sie dort die Kostenunterschiede im Zusammenhang mit Ihrer Zimmerwahl.



Informieren Sie die Krankenkasse

Wenn nach Ihrem Krankenhausaufenthalt eine Genesungsperiode erforderlich ist, während der Sie weiterhin arbeitsunfähig sind, können Sie der Krankenkasse die Krankmeldung bereits vor oder während Ihres Aufenthalts zusenden.

Notaufnahme

Unvorhergesehene Aufnahmen ins Krankenhaus erfolgen stets über die Notaufnahme. Falls Sie mit dem Rettungswagen oder dem Hubschrauber eingeliefert werden, trifft immer der Notarzt die Wahl des Krankenhauses, in Abhängigkeit von dessen Entfernung und von Ihrem Gesundheitszustand.

Bei einer Noteinlieferung ins Krankenhaus kann es passieren, dass Sie nicht bei Bewusstsein sind und somit auch nicht die Möglichkeit haben, Ihre Zimmerwahl selbst zu treffen. Dies wird zu einem späteren Zeitpunkt nachgeholt. Wenn Sie ungefragt ein Einzelzimmer erhalten haben, können Sie dies auf dem Aufnahmeformular angeben und Sie werden wie ein Patient im Mehrbettzimmer behandelt.

Erstattung von Rettungstransporten

Rettungswagen

Bei Einsatz des 112-Dienstes wird dem Patienten ein Pauschalbetrag in Höhe von etwa 60 € in Rechnung gestellt. Durch unsere **Zusätzlichen Dienste** übernehmen wir die vollständige Rückerstattung dieser Pauschale.

Packliste fürs Krankenhaus

- ✓ **Zulassungsunterlagen**
- Personalausweis (eID)**
- Anzahlung für den Aufenthalt**
- Vom behandelnden Arzt ausgestellte Dokumente für den Aufenthalt**
- Untersuchungsberichte**
- Liste der regelmäßig einzunehmenden Medikamente**
- Liste möglicher Allergien und Nahrungsunverträglichkeiten**
- Blutgruppenkarte**
- Impfausweis**
- Röntgenaufnahmen (falls vorhanden)**
- Tag- und Nachtkleidung**
- Toilettenbeutel**
- Unterhaltung (z.B. Bücher, Zeitschriften, Tablet, Kopfhörer usw.)**
- Getränke und kleine Snacks**

Rettungshubschrauber

Da die gesetzliche Krankenversicherung einen Transport mit dem Rettungshubschrauber nur teilweise erstattet, erstatten wir durch die **Zusätzlichen Dienste** die Transportkosten, die definitiv zu Ihren Lasten bleiben, vollständig.

Kosten während des Aufenthalts

Die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt einen Teil der Kosten. Da die Verrechnung über das Drittzahlersystem direkt mit der Krankenkasse erfolgt, zahlen Sie als Patient nur Ihren Eigenanteil.

Anzahlung

Bei Ihrer Aufnahme darf das Krankenhaus eine Anzahlung verlangen. Den Betrag dieser Teilzahlung legt das Krankenhaus selbst fest, es gibt jedoch gesetzliche Höchstgrenzen.

Gesetzlich festgelegte Höchstgrenzen der Anzahlung (Betrag pro Woche)

Versicherungsstatut	Zwei- oder Mehrbettzimmer	Einzelzimmer
Normalversicherte und deren mitversicherte Lebenspartner	150 €	150 € + 7 x den Zimmerzuschlag
Mitversicherte Kinder (bei Normalversicherten)	75 €	75 € + 7 x den Zimmerzuschlag
Versicherte mit Anrecht auf den Vorzugstarif und deren Mitversicherte	50 €	50 € + 7 x den Zimmerzuschlag

Die Anzahlung wird später von der Gesamtsumme der Krankenhausrechnung abgezogen. Achten Sie bei Erhalt der Rechnung darauf. **Hospitalia**-Mitglieder können normalerweise bereits die Erstattung der Anzahlung erhalten, ohne auf die Krankenhausrechnung zu warten.

Tagespflegesatz

Unabhängig von der Wahl Ihres Zimmers berechnet das Krankenhaus einen Tagespflegesatz, von dem Sie lediglich den gesetzlichen Eigenanteil zahlen müssen.

Eigenanteil am Tagespflegesatz bei Aufenthalt im Krankenhaus			
	1. Tag	2. bis 90. Tag	Ab dem 91. Tag
Normalversicherte und mitversicherte Personen	44,51 €	17,24 €	6,12 €
Hauptversicherte Personen, bei denen keine Mitversicherten eingetragen sind	44,51 €	17,24 €	
Alle Mitversicherten unter 25 Jahren	33,39 €	6,12 €	
Langzeitarbeitslose und deren Mitversicherte	33,39 €	6,12 €	
Versicherte mit Vorzugstarif	6,12 €		

Zimmer- und Honorarzuschläge

Bei der Wahl eines Einzelzimmers fallen neben den gesetzlich vorgesehenen Eigenanteilen weitere Kosten an: Zimmer- und Honorarzuschläge. Während der Zimmerzuschlag ein vom Krankenhaus festgelegter Tagessatz ist, kann die Summe der Honorarzuschläge stark variieren und enorm hoch ausfallen.

Beispiel	
Gesetzlich vorgesehenes Honorar des Eingriffs	400 €
Gesetzliche Erstattung des Honorars	300 €
Gesetzlicher Eigenanteil zu Ihren Lasten	100 €
Honorarzuschlag bei Wahl eines Einzelzimmers = gesetzliches Honorar (400 €) x 200 %	800 €
Summe zu Ihren Lasten bei Wahl eines Einzelzimmers = Honorarzuschlag (800 €) + gesetzlicher Eigenanteil (100 €)	900 €

Weitere Kosten

- Medikamente und Material:** Alle erhaltenen Medikamente sowie parapharmazeutische Produkte (Stützstrümpfe, Verbandsmaterial usw.) und benötigtes Material (Prothesen oder Implantate) werden in Rechnung gestellt.
- Honorarkosten:** Es können weitere Kosten für Arzthonorare und Honorare für paramedizinische Leistungen (Kinesitherapie usw.), Pauschalbeträge für Laboruntersuchungen, Pauschalbeträge für bildgebende Verfahren (Röntgen, Ultraschall, Kernspintomographie usw.) anfallen – nicht zu verwechseln mit den Honorarzuschlägen im Einzelzimmer.
- Diverse Kosten:** Zudem werden auch Kosten für Fernseher, Getränke, Fieberthermometer, Telefon, Aufenthaltskosten einer Begleitperson usw. berechnet.

Besser abgesichert durch Hospitalia

Hospitalia und Hospitalia Plus bieten Ihnen eine zusätzliche Erstattung der Kosten Ihres Krankenhausaufenthalts.

Falls Sie wissen, dass Sie sich in der Regel immer für ein Einzelzimmer entscheiden werden, dann empfehlen wir Ihnen das Versicherungsprodukt **Hospitalia Plus**, damit werden in den meisten Fällen die Honorarzuschläge bis zu 300 % erstattet.



Besondere Situationen

Verlegung in ein Einzelzimmer

Das Krankenhaus muss den Preis des von Ihnen gewählten Zwei- oder Mehrbettzimmers einhalten, auch wenn eine Verlegung in ein Einzelzimmer erforderlich ist:

- aus gesundheitlichen Gründen;
- aus pflegetechnischen Gründen;
- weil kein Zweibett- oder Mehrbettzimmer mehr frei ist;
- weil die Untersuchung, die Behandlung oder die Überwachung dies erfordert.

Falls man Ihnen mitteilt, dass Sie aus bestimmten Gründen am besten ein Einzelzimmer belegen sollten, so beantragen Sie dennoch ein Zweibett- oder Mehrbettzimmer. Andernfalls müssen Sie sämtliche Zuschläge des Einzelzimmers und Honorarzuschläge zahlen!



Kind im Krankenhaus

Wird Ihr Kind in einem Einzelzimmer aufgenommen, damit Sie bei ihm bleiben können, so darf das Krankenhaus Ihnen keine Zimmer- und Honorarzuschläge berechnen (außer in dem Fall, wenn die Eltern auf ein Einzelzimmer bestehen, obwohl ein Mehrbettzimmer frei ist, in dem genug Platz für ein Elternteil wäre).

Erstattung für betreuende Eltern und Angehörige

Zusätzliche Dienste	20 € während 30 Tagen für betreuende Angehörige (auch bei erwachsenen Patienten). Dies gilt ebenfalls für Kosten in einem angegliederten Haus für betreuende Angehörige. Bedingung: Die Kosten müssen auf der Rechnung des Patienten aufgeführt sein.
Hospitalia	25 € pro Tag für Eltern, die ihr Kind (bis 19 Jahre) in dessen Krankenhauszimmer betreuen.
Hospitalia Plus	Vollständige Aufenthaltskosten zu Lasten der Eltern, die ihr Kind (bis 19 Jahre) in dessen Krankenhauszimmer betreuen.

Achtung Tagesklinik

Bei Aufenthalt in der Tagesklinik sollten Sie nie ein Einzelzimmer wählen, da der Aufenthalt nur wenige Stunden dauert und Sie die Vorteile eines Einzelzimmers kaum nutzen können. Bei Einzelzimmerwahl steigen die Honorarzuschläge und die Gesamtkosten je nach Krankenhaus auf das Zweifache, Dreifache oder sogar noch mehr.

Für eine Behandlung in der Tagesklinik darf das Krankenhaus keine Anzahlung verlangen. Es sei denn, der Patient verlangt ein Einzelzimmer. Die maximale Anzahlung entspricht dann dem Tagesaufpreis für ein Einzelzimmer.



Die Krankenhausversicherung Hospitalia oder Hospitalia Plus sieht eine Erstattung der Eigenanteile vor, insofern Sie dieser angeschlossen sind und Sie sich bei der Zimmerwahl für ein Zwei- oder Mehrbettzimmer entscheiden.

Bei Wahl eines Einzelzimmers in der Tagesklinik ist die Kostenbeteiligung von Hospitalia Plus begrenzt:

- für Zimmerzuschläge auf 80 € pro Tag;
- für Honorarzuschläge auf 100 % Zuschlag zum gesetzlich vorgesehenen Honorar.

Für Tagesaufenthalte in einem ausländischen Krankenhaus ist keine Erstattung seitens Hospitalia vorgesehen.

Entlassung aus dem Krankenhaus

Wann Sie das Krankenhaus verlassen dürfen, entscheidet in der Regel der Arzt. Verlassen Sie das Krankenhaus entgegen dessen Rat, so kann das Krankenhaus oder der Arzt eine schriftliche Erklärung verlangen, dass Sie diesen Schritt auf eigene Verantwortung unternehmen. Der Arzt trägt somit keine Verantwortung für eventuelle Folgen.

Entlassungsbericht

Entscheidet der Arzt, dass Sie das Krankenhaus verlassen dürfen, schreibt er einen Entlassungsbericht. Dieser besteht aus 2 Teilen:

- einem ersten Bericht mit den wichtigsten Verordnungen für die Kontinuität der Pflege;
- einem vollständigen Bericht an den Arzt ihrer Wahl bezüglich Ihres Krankenhausaufenthalts, mit Angaben zur Pflege nach Ihrer Entlassung.

Transport nach Hause

Je nach Gesundheitszustand ist die Heimfahrt mit dem eigenen Wagen oder mit Angehörigen nicht möglich. Es kann somit vorkommen, dass der Transport per Taxidienst oder sogar mit einem Krankenwagen durchgeführt werden muss.

Diese nicht dringenden Fahrten, zurück nach Hause nach einem stationären Aufenthalt, werden teilweise durch unsere **Zusätzlichen Dienste** erstattet. Mehr dazu finden Sie auf unserer Website unter www.freie.be > Leistungen > Krankentransport

Pflege nach dem Krankenhausaufenthalt

Je nach Erkrankung oder Operation sind unterschiedliche Pflegemaßnahmen vonnöten, für die eine Kostenbeteiligung durch die Krankenkasse vorgesehen ist.

Genesungsaufenthalt: Nach einer ernsten Erkrankung oder einer schweren Operation ist es wichtig, sich optimal zu erholen und neue Kraft zu tanken. Ein Genesungsaufenthalt in einem Pflege- oder Kurhaus kann Ihnen vielleicht dabei helfen. **Hospitalia** und unsere **Zusätzlichen Dienste** sehen eine Erstattung hierfür vor. Mehr dazu finden Sie auf unserer Website unter www.freie.be > Leistungen > Genesungsaufenthalt

Pflege zu Hause: Nach Ihrer Entlassung aus der Klinik benötigen Sie vielleicht weiterhin Pflege (z.B. beim Austauschen von Verbänden) oder Hilfe im Haushalt. Für eine Reihe von Heimpflegediensten sehen wir eine Erstattung vor. Mehr dazu finden Sie auf unserer Website unter www.freie.be > Leistungen > Krankenpflege zu Hause sowie Familien- und Seniorenhilfe

Krankenmaterial: Falls Sie zu Hause einen Rollstuhl, Krücken oder andere Hilfsmittel benötigen, dann wenden Sie sich an uns. Wir verleihen oder vermitteln Krankenmaterial zu einem günstigen Tarif. Mehr dazu finden Sie auf unserer Website unter www.freie.be > Leistungen > Krankenmaterial

Pflege vor und nach einem Krankenhausaufenthalt


Arztbesuche und andere Pflegeleistungen (z.B. Kinesitherapie) vor der Krankenhausaufnahme oder nach der Entlassung, die mit dem Krankenhausaufenthalt in Verbindung stehen, können durch die Krankenhausversicherung erstattet werden.

- **Hospitalia:**
30 Tage vorher und 90 Tage nachher.
- **Hospitalia Plus:**
60 Tage vorher und 180 Tage nachher.

 **Hospitalia Plus**

Hospitalia Assist

Hospitalia Plus bietet Ihnen außerdem einen Assistenzdienst an für verschiedene Leistungen während des Aufenthalts (z.B. Haushaltshilfe, Betreuung von Kindern oder Haustieren) und nach dem Aufenthalt (z.B. Betreuung, Haushaltshilfe, Lieferung von wichtigen Einkäufen) – bis zu 40 Stunden pro Aufenthalt. Dies gilt auch in einem begrenzten Maße für einfache Hospitalia-Versicherte.

Setzen Sie sich mit der Unterstützungszentrale von MLOZ Insurance in Verbindung unter  02 560 47 88.

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-insurance.be). Für weitere Informationen bzgl. der Eintragung in die Krankenhausversicherung stehen wir gerne zu Ihrer Verfügung.



Logopädische Behandlung

Manche Menschen haben Probleme beim mündlichen oder schriftlichen Ausdruck. Solche Kommunikationsstörungen können dank einer logopädischen Behandlung individuell aufgegriffen und behoben werden.

Anwendungsgebiete

Logopädie kann zur Behandlung zahlreicher Kommunikationsprobleme eingesetzt werden. Die häufigsten Störungen betreffen den Sprachrhythmus (z.B. Stottern), den mündlichen Ausdruck (z.B. Lispeln oder das Vertauschen von Silben) und die schriftliche Kommunikation (z.B. Lese- und Rechtschreibschwäche).

Allerdings richtet sich die Logopädie nicht nur an Kinder und Jugendliche, deren (manchmal angeborene) Sprach- oder Lernstörungen behandelt werden. Auch bei Erwachsenen kann Logopädie notwendig sein. Dies ist u.a. der Fall bei Kommunikationsproblemen infolge eines Unfalls, einer Operation, eines Schlaganfalls usw.

In bestimmten Fällen sieht die gesetzliche Krankenversicherung eine Erstattung für eine logopädische Behandlung vor.

Startbilanz

Nachdem ein Arzt eine Kommunikationsstörung diagnostiziert hat, verordnet er eine Startbilanz, die durch einen Logopäden erstellt werden muss. Anhand bestimmter Tests und Gespräche analysiert dieser die Ausdrucksschwierigkeiten

und entscheidet, ggf. nach Rücksprache mit dem Arzt, über die Notwendigkeit einer logopädischen Behandlung. In dieser Startbilanz werden die vorliegende Störung sowie die Behandlung detailliert beschrieben. Die Startbilanz wird während einer Sitzung von mindestens 30 Minuten beim Logopäden erstellt, kann sich jedoch auf bis zu 5 Termine erstrecken. Ist eine logopädische Behandlung notwendig, muss diese von einem Facharzt (HNO-Arzt, Neurologe, Psychiater, Neuropsychiater, Kinderarzt, Chirurg, ...) verordnet werden.

Antrag an den Vertrauensarzt

Folgende Dokumente müssen innerhalb von 60 Tagen nach dem ersten Arztbesuch beim Vertrauensarzt der Krankenkasse eingereicht werden:

- die ärztliche Verordnung für die logopädische Startbilanz;
- die Startbilanz des Logopäden;
- die fachärztliche Verordnung der Behandlung.

In bestimmten Fällen sind zusätzliche Berichte erforderlich, bspw. die Resultate eines Hörtests oder die Bestimmung des Gesamt-Intelligenzquotienten. Die Erstattung der Behandlungskosten kann jeweils für die Dauer 1 Jahres genehmigt werden.

Behandlung

Die Behandlung wird nach dem sogenannten Container-Prinzip erstattet. Für jede Erkrankung ist ein „Container“ vorgesehen, der aus einer bestimmten Anzahl Logopädie-Sitzungen von jeweils 30 Minuten besteht. Je nach Schwere der Störung entscheidet der Logopäde, ob alle Sitzungen des Containers benötigt werden oder ob das Problem mit nur einem Teil der Behandlungseinheiten behoben werden kann.

Diese restlichen Sitzungen des Containers können unter bestimmten Umständen bei einem Rückfall beansprucht werden, falls zwischen 6 und 24 Monaten nach Abschluss der Behandlung eine erneute Therapie erforderlich ist. Dies gilt aber nur für bestimmte Störungen (Aphasie, Sprachentwicklungsstörungen, Legasthenie oder Dyskalkulie, Stottern, Schluckstörungen, Dysfunktionen des Kehlkopfs oder der Stimmbänder).



Verlängerung der Kostenübernahme

Dauert die Behandlung länger als 1 Jahr, so kann ein Antrag auf Verlängerung der Kostenübernahme gestellt werden. Vor Ablauf der bestehenden Genehmigung muss eine Folgebilanz vom Arzt verordnet und vom Logopäden erstellt werden. Diese Unterlagen sowie die Verschreibung der weiteren logopädischen Behandlung müssen zwecks Genehmigung an den Vertrauensarzt der Krankenkasse gesendet werden.

Elterliche Begleitung

Für bestimmte Kommunikationsstörungen bei Kindern sind zusätzlich auch Sitzungen für Eltern vorgesehen, damit diese ihre Kinder zu Hause besser unterstützen können.

Eltern, deren Kind an einer Sprachentwicklungs- oder Lernstörung, an Stottern, an einer Dysfunktion des Kehlkopfs bzw. der Stimmbänder oder an einer Dysphasie leidet, können bis zu 10 Sitzungen des für ihr Kind festgelegten Containers beanspruchen. Die elterliche Begleitung findet stets in Anwesenheit des Kindes statt und kann individuell (60 Minuten) oder in der Gruppe (90 Minuten) in Anspruch genommen werden.

Erstattung

Die gesetzliche Krankenversicherung erstattet 1 Logopädie-Sitzung pro Tag, wobei Eltern-Sitzungen am gleichen Tag wie der Termin ihres Kindes stattfinden dürfen.

In bestimmten Fällen können unsere Mitglieder eine Erstattung durch unsere **Zusätzlichen Dienste** erhalten, bis zu 2.400 € jährlich (12 € pro Sitzung bei maximal 200 Therapie-Terminen pro Jahr).

Diese Kostenerstattung der **Zusätzlichen Dienste** erfolgt nur, wenn die Behandlungskosten nicht durch die gesetzliche Krankenversicherung oder durch eine andere Institution (z.B. Schule oder Therapiezentrum) übernommen werden. Dies wird auf Basis der eingereichten Berichte geprüft.

IQ-Test

Für einen IQ-Test, der vor Beginn einer logopädischen Behandlung von einem selbstständigen Psychologen durchgeführt wird, erstatten wir 50 € der Honorarkosten. Auch diese Kostenübernahme gilt nicht für Behandlungen in einer Rehabilitationseinrichtung oder in einer von öffentlicher Hand bezuschussten Institution.

Besondere Behandlungen

Multidisziplinäre Rehabilitation: Logopädische Behandlungen im Rahmen einer multidisziplinären Rehabilitation in einem spezialisierten Zentrum sind als Bestandteil dieser Therapie zu beachten und werden von der gesetzlichen Krankenversicherung pauschal erstattet.

Stationäre Aufenthalte: Logopädische Sitzungen während eines stationären Aufenthalts in einer Geriatrie, einer Psychiatrie, einer Spezial- oder Reha-Klinik sind im Tagespreis des Aufenthalts enthalten und werden nicht zusätzlich erstattet.

Die Sprache ist die Kleidung der Gedanken.



Die aktuellen Honorare und Erstattungstarife für logopädische Behandlungen finden Sie unter www.freie.be > Leistungen > Logopädie



Krankenkasse: Wie funktioniert das?

Die Krankenversicherung ist einer der wichtigsten Bereiche im System der Sozialen Sicherheit. Der Anschluss daran ist in Belgien Pflicht, somit auch die Anmeldung bei einer Krankenkasse. Deren Hauptaufgabe ist die gesetzliche Absicherung bei Krankheit und Invalidität.

Gesetzliche Krankenversicherung

Jede in Belgien erwerbstätige Person ist grundsätzlich dazu verpflichtet, sich dem System der Sozialen Sicherheit anzuschließen. Dieses wird auf föderaler Ebene verwaltet und garantiert den Bürgern des gesamten Landes bestimmte soziale Unterstützungen und finanzielle Hilfen (z.B. Kinderzulagen, Arbeitslosengeld, Alterspension usw.). Ein wichtiger Bereich in diesem System ist die gesetzliche Krankenversicherung.

Die Beitragszahlung für die gesetzliche Krankenversicherung erfolgt proportional zum Einkommen und außerdem in Abhängigkeit vom beruflichen Statut: Dem Arbeitnehmer werden seine Sozialversicherungsbeiträge automatisch vom beruflichen Einkommen abgehalten und an das **Landesamt für Soziale Sicherheit (LASS)** weitergeleitet. Der Selbstständige zahlt seine Sozialversicherungsbeiträge an seine Sozialversicherungskasse, welche diese an das **Landesinstitut der Sozialversicherungen für Selbstständige (LISVS)** weiterleitet. Sowohl das LASS als auch das LISVS

verteilen die Gelder anschließend an die Institutionen, die für die jeweiligen Zweige der Sozialen Sicherheit zuständig sind.

Für den Bereich Krankheit und Invalidität ist das **Landesinstitut für Kranken- und Invalidenversicherung (LIKIV)** zuständig. Das Landesinstitut ist u.a. zuständig für die administrative und medizinische Kontrolle der verschiedenen Landesbünde, welche sich ihrerseits aus einer jeweils unterschiedlichen Anzahl von Krankenkassen zusammensetzen. Die Freie Krankenkasse gehört dem Landesbund MLOZ an (Mutualités Libres / Onafhankelijke Ziekenfondsen).

Zu den Leistungen, welche die Krankenkassen ihren Mitgliedern im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erstatten, gehören einerseits die Erstattung von Gesundheitspflegekosten und andererseits die Zahlung eines Ersatzeinkommens bei Krankheit oder Invalidität.

Um diese Leistungen in Anspruch nehmen zu können, muss sich jeder Sozialversicherte einer Krankenkasse seiner Wahl anschließen. Die Krankenkasse fungiert im Auftrag des Landesbundes, auf Basis der vom LIKIV definierten gesetzlichen Regeln.



Wer in Belgien lebt und im Ausland arbeitet (oder umgekehrt), gilt als Grenzgänger. Die Sozialversicherungsbeiträge werden stets im Beschäftigungsland entrichtet. Um auch im Wohnland krankenversichert zu sein, muss der Grenzgänger sich bei einer dortigen Krankenkasse eintragen.

Soziale Sicherheit

Arbeitnehmer

LASS

Krankheit & Invalidität
Pensionen
Kinderzulagen
Arbeitslosigkeit
Berufskrankheiten
Berufsunfälle
Jahresurlaub

Selbstständige

LISVS

Krankheit & Invalidität
Pensionen
Kinderzulagen



Soziale Sicherheit

Erstattungen
Ersatzeinkommen
Zusätzliche Dienste

freie

Krankenkasse

onafhankelijke ziekenfondsen mutualités libres

Landesbund



LIKIV

€

€

Krankenversicherung

Zusätzliche Dienste

freie

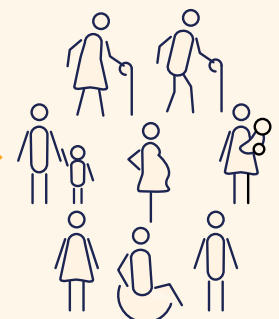


10,30 € / Monat

€



€



Fakultative Versicherungen

Der **Landesbund** ist ein sogenannter Versicherungsträger, der seine Aufgaben innerhalb des vom LIKIV organisierten gesetzlichen Rahmens wahrnimmt. Er fungiert im Namen der ihm angehörigen Krankenkassen als legaler Gesprächspartner gegenüber den föderalen Behörden. Zusätzlich bietet er den Mitgliedern die Möglichkeit, über ihre Krankenkasse sogenannte fakultative Versicherungen abzuschließen. In der Regel handelt es sich dabei um Versicherungen, welche die Erstattungen der gesetzlichen Krankenversicherung ergänzen, so bspw. im Zusammenhang mit Krankenhausaufenthalt und Zahngesundheit.

Zu den fakultativen Versicherungen unseres Landesbundes gehören **Hospitalia**, **Hospitalia Plus**, **Hospitalia Kontinuität** und **Dentalia Plus**.

Solidarische „Zusätzliche Dienste“

Während im Bereich der Pflichtversicherung die Leistungen gesetzlich festgelegt sind, können die einzelnen **Krankenkassen** im Rahmen ihrer „Zusätzlichen Dienste“ zusätzliche Erstattungen für ihre Mitglieder vorsehen. Alle Mitglieder der Krankenkasse sind dazu verpflichtet, sich den Zusätzlichen Diensten ihrer Krankenkasse anzuschließen. Deren Leistungen gelten auch für die jeweils mitversicherten Personen.

Die Erstattungen der **Zusätzlichen Dienste** betreffen vorwiegend Bereiche, die nicht oder nur teilweise durch die gesetzliche Krankenversicherung abgedeckt sind. Es ist den einzelnen Krankenkassen selbst überlassen, welche Leistungen sie in ihr Angebot aufnehmen; diesbezüglich gibt es jedoch eine ganze Reihe an gesetzlichen Auflagen seitens des Aufsichtsamtes für die Krankenkassen.

Die Freie hat sich die Förderung des körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens ihrer Mitglieder zum Ziel gesetzt.



Zusätzliche Dienste

Das Plus der Freien beinhaltet bspw. Erstattungen für Ernährungsberatung, Ferienaktivitäten, Brillen und Kontaktlinsen, medizinische Fußpflege, Rettungstransport oder Psychologie.



Die Broschüre zu unseren Zusätzlichen Diensten erhalten Sie in unseren Geschäftsstellen oder auf unserer Website unter www.freie.be > Broschüren > Zusätzliche Dienste

Sie möchten zur Freien wechseln?

Wenn Sie noch nicht bei uns eingetragen sind, können Sie den Wechsel zu uns alle 3 Monate vornehmen. Die gesetzlich vorgeschriebenen Termine sind:

Abgabefrist des Antrags	Beginn des Versicherungsverhältnisses
5. Dezember	1. Januar
5. März	1. April
5. Juni	1. Juli
5. September	1. Oktober



Alle Auskünfte im Zusammenhang mit einem Wechsel erhalten Sie in unseren Geschäftsstellen, manches können Sie auch einsehen auf unserer Website unter www.freie.be > Mitglied werden

Sie können unserer Krankenkasse auch online beitreten, indem Sie die notwendigen Dokumente digital ausfüllen. Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Rundum gehört.

Beschwerden? Wir hören Ihnen zu!

Ihre Reaktionen können uns dabei helfen, Schwachstellen zu erkennen und die Qualität unserer Dienstleistungen zu verbessern.

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

Teilen Sie uns Ihr Anliegen mit

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

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

Bearbeitung Ihrer Beschwerde

1. Jede Beschwerde wird bei uns sorgsam verfolgt. Nachdem Sie uns Ihr Anliegen mitgeteilt haben, wird Ihre Nachricht bei uns registriert und Sie erhalten eine Empfangsbestätigung.
2. Wir bemühen uns, Ihr Anliegen innerhalb von 7 Arbeitstagen zu bearbeiten. Falls wir diese Frist nicht einhalten können, z.B. weil wir auf Informationen anderer Institutionen oder außenstehender Personen angewiesen sind, informieren wir Sie über die weiteren Schritte.
3. Insofern unsere Antwort nicht zu Ihrer Zufriedenheit ausfällt, bzw. wir keine Lösung in Ihrem Sinne finden konnten, erhalten Sie von uns Informationen über mögliche weitere Schritte, die Sie einleiten können. In einem solchen Fall haben Sie die Möglichkeit, sich an einen der nachstehenden Schlichtungsdienste zu wenden.

• Bei Anliegen bzgl. der gesetzlichen Krankenversicherung und der Zusätzlichen Dienste:

o Beschwerdemanager des Landesbundes der Freien Krankenkassen

Landesbund der Freien Krankenkassen
Beschwerdemanager von MLOZ
Route de Lennik 788A in 1070 Brüssel
E-Mail: complaints@mloz.be

• Bei Beschwerden in Zusammenhang mit einer Versicherung der VaG MLOZ Insurance (z.B. Hospitalia, Hospitalia Plus, Dentalia Plus):

o Beschwerdemanager von MLOZ Insurance

VaG MLOZ Insurance
Beschwerdemanager von MLOZ Insurance
Route de Lennik 788A in 1070 Brüssel
E-Mail: complaints@mloz.be

o Ombudsmann der Versicherungen

Square de Meeûs 35 in 1000 Brüssel
E-Mail: info@ombudsman-insurance.be
www.ombudsman-insurance.be

Rundum versorgt.



Müssen Sie ins Krankenhaus?



Mit Hospitalia sind Sie bestens abgesichert!



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