

Ihr Profil des Lebens wird

freie Magazin

Ausgabe Nr. 125



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

Eltern werden

Auf diese Unterstützungen
können Sie zählen

Aphasie

Auf der Suche nach den
richtigen Worten

Erste Hilfe

Das richtige Verhalten
im Notfall



Mit heraustrennbarer
Patientenverfügung zum
Ausfüllen und Aufbewahren!

P801141

Abgabestelle: Eupen Mail

Abs.: Freie Krankenkasse, Hauptstraße 2, B-4760 Büllingen
Erscheint dreimonatlich Januar • Februar • März 2023



@freie.be

www.freie.be

Rundum bewusst.



Für verschiedene **Projekte** zur Förderung Ihrer Gesundheit
sehen wir eine Erstattung in Höhe von **100 €** vor:



- Bienenstockluft
- Achtsamkeitstraining
- Wassergymnastik
- KryoSana
- u.v.m.

Neues Jahr, neuer Name!

Sie haben es sicherlich bemerkt: Unsere Mitgliederzeitschrift hat einen neuen Namen. Von nun an erscheint alle 3 Monate das „Freie Magazin“.

Der Grund für diese Veränderung? Mit der Einführung unseres neuen Logos und der Neugestaltung unseres gesamten Erscheinungsbildes im Laufe der vergangenen Monate soll nun auch unsere Mitgliederzeitschrift einen letzten Feinschliff bekommen, damit sie das neue Konzept abrundet.

Inhaltlich erwarten Sie hier nach wie vor aufklärende und gut verständliche Artikel über das Krankenkassensystem, interessante Informationen zu gesundheitlichen Themen, Neuerungen im sozialen Bereich und vieles mehr.

In der vorliegenden Ausgabe informieren wir anlässlich der Änderungen zum 1. Januar 2023 ausführlich darüber, welche neuen Erstattungen es im Rahmen der Zusätzlichen Dienste unserer Krankenkasse gibt. Diese Änderungen wurden durch die Generalversammlung der Krankenkasse festgelegt.

Ein weiteres Thema: Die 6. Staatsreform ist nun fast abgeschlossen. Der Föderalstaat überträgt die BUB-Regelung an die föderierten Teilgebiete, auch die DG übernimmt diese Zuständigkeit und schafft die neue Regelung „Pflegegeld für Senioren“, über die wir informieren.

Für werdende oder junge Eltern gibt es eine Reihe von Unterstützungen, auf die Sie zählen können. Wir vermitteln Ihnen gerne eine Übersicht hierüber.

Zudem machen wir regelmäßig darauf aufmerksam, wie Ihre Rechte als Patient gesetzlich geregelt sind. Und in der Mitte des Magazins finden Sie eine Patientenverfügung, die Sie heraustrennen, ausfüllen und aufbewahren können. So stellen Sie sicher, dass in einem kritischen Ernstfall Ihre Wünsche in Bezug auf die Behandlung und das Ergreifen von lebenserhaltenden Maßnahmen berücksichtigt werden.

Sie sehen, es ist weiterhin unsere Priorität, Sie bestmöglich und umfangreich zu informieren.

Wir wünschen Ihnen viel Spaß bei der Lektüre!

Ihre Freie – Rundum immer da.

Inhalt

Zu Ihren Diensten

4-5

- Zusätzliche Dienste: Änderungen und Neuerungen ab 2023

Versicherung

6-7

- Aphasie: Auf der Suche nach den richtigen Worten

Reportage

8-13

- Eltern werden: Auf diese Unterstützungen können Sie zählen

News

14

- Besonderheit für luxemburgische Grenzgänger
- Genehmigungspflichtige Medikamente
- Elektronische Arbeitsunfähigkeitsklärung (eCIT)

Gesellschaft

15-24

- BUB wird Pflegegeld für Senioren
- Die Rechte des Patienten
- Meine Patientenverfügung

Gesundheit

25-34

- Vitamin D-Mangel im Winter: Das können Sie tun!
- Antibiotika: Wann nimmt man sie?
- Erste Hilfe: Das richtige Verhalten im Notfall
- Alkohol und Gesundheitsschäden

Aktuell

35

- Rezeptidee: „Golden Winter Mocktail“

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.

Zusätzliche Dienste

Änderungen und Neuerungen ab 2023



Osteopathie, Chiropraktik und Akupunktur

Bisher wurde unsere Erstattung der Honorare von Osteopathie, Chiropraktik und Akupunktur kumuliert und auf insgesamt 8 Sitzungen pro Jahr begrenzt. Ab 2023 sehen wir für jede einzelne dieser Therapien eine Kostenübernahme von 20 € pro Sitzung vor, begrenzt auf 8 Sitzungen pro Jahr.

Zudem erstatten wir von nun an auch Behandlungen von ausländischen Osteopathen und Chiropraktikern, die möglicherweise nicht den Titel D.O. bzw. D.C. tragen, die aber ein gleichwertiges Studium abgeschlossen haben. Dies wird im Einzelfall von uns geprüft.

Die Erstattung für Akupunktur galt bisher ausschließlich für Behandlungen durch Ärzte. Seit dem 1. Januar 2023 gilt sie auch für Behandlungen durch andere Akupunkteure, vorausgesetzt, dass diese einem der offiziellen Berufsverbände für Akupunkteure angeschlossen sind.

Podologische Einlagen

Wir dehnen unsere Kostenübernahme für podologische Einlagen aus. Seit diesem Jahr erstatten wir Einlagen, die von einem Posturologen oder von einem Podologen geliefert werden – 20 € pro Einlage, begrenzt auf 2 Einlagen, alle 2 Jahre.

Orthesen

Für Orthesen, die zur Behebung von Fehlstellungen an Zehen und Füßen dienen und bspw. von einem Podologen, Posturologen, Orthopäden oder Bandagisten geliefert werden, sehen wir eine neue Erstattung vor. Wir übernehmen 50 % der Kosten, bis zu 80 € pro Orthese, alle 2 Jahre.

Optometrisches Visualtraining

Optometrisches Visualtraining wird durch einen spezialisierten Funktional-Optometristen durchgeführt. Die Regeln unserer Zusätzlichen Dienste sehen nun vor, dass die Behandlung auch erstattet wird, wenn sie durch einen Orthoptisten erfolgt. Wir erstatten 30 € pro Sitzung, bis zu 12 Sitzungen pro Jahr.

Ernährungsberatung

Ab Januar 2023 beträgt unsere Erstattung für Ernährungsberatung 15 € für jede Einzelsitzung, unabhängig von der Behandlungsdauer und der Anzahl Sitzungen pro Jahr.

Psychologie

Für Behandlungen durch selbstständige Therapeuten sehen wir eine Erstattung vor in Höhe von 20 € pro Sitzung. Diese Erstattung gilt für die ersten 8 Sitzungen im Jahr, danach beläuft sie sich auf 15 € für jede weitere Sitzung, ungeachtet der Anzahl Sitzungen pro Jahr.

Voraussetzung ist, dass der Therapeut von der belgischen Psychologenkommision anerkannt ist (Lizenz in Psychologie) oder eine gleichwertige Ausbildung im Ausland abgeschlossen hat.

Seit Januar 2023 gilt die Erstattung auch für Behandlungen bei Therapeuten, die im Besitz eines Europäischen Zertifikats für Psychotherapie (ECP) sind.

Unser Plus
für Sie!



Babyschwimmen oder Babymassage

Für Babyschwimmen oder Babymassage sehen wir für die ersten beiden Lebensjahre des Kindes eine Kostenübernahme von 50 € pro Jahr vor.

Logopädie und Ergotherapie

Verschiedene Behandlungen im Bereich der Logopädie werden durch die gesetzliche Krankenversicherung übernommen (ca. 30 € pro normale Sitzung). Insofern die Behandlung nicht seitens der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen wird, sehen wir im Rahmen der Zusätzlichen Dienste eine Erstattung in Höhe von 15 € pro Sitzung vor, ungeachtet der Anzahl Sitzungen pro Jahr.

Die Erstattung von 15 € pro Sitzung gilt gleichfalls für Behandlungen durch Ergotherapeuten.

Hausnotrufgerät

Für die Leihgebühren eines Hausnotrufgerätes sehen wir eine Erhöhung unserer Erstattung auf 7,50 € pro Monat vor.

Für manche Mitglieder, nämlich im Rahmen der besonderen Erstattung unserer Krankenkasse für Schwerpflegebedürftige, erstatten wir die Kosten vollständig (siehe Schwerpflegebedürftige).

Gleitsichtbrillen

Für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre sind besondere Erstattungsregeln vorgesehen. Erwachsene können alle 4 Jahre eine Erstattung von 125 € erhalten (bzw. 175 € ab einer Dioptrie von 4,25). Für Gleitsichtbrillen wurde diese nun auf 175 € festgelegt, unabhängig von der Dioptrie.

Gesundheits-Apps

Gesundheits-Apps können dem Patienten dabei helfen, gesund zu werden bzw. gesund zu bleiben. Einige dieser Apps sind kostenpflichtig, für manche ist auch eine ärztliche Verordnung erforderlich.

Wir sehen eine Erstattung von 20 € vor für Apps, die auf der Plattform mHealthBelgium aufgelistet sind.

Darüber hinaus nehmen wir auch die Aphasie-App von neolexon in unsere Liste der erstattbaren Gesundheits-Apps auf. Mehr dazu erfahren Sie auf Seite 6.

Gehörschutz

In manchen Fällen ist ein Gehörschutz auf Maß sinnvoll. Insofern dieser durch einen Akustiker angefertigt wird, sehen wir eine Kostenerstattung von 30 € vor, alle 5 Jahre.



Schwerpflegebedürftige

Schwerpflegebedürftige Mitglieder unserer Krankenkasse, die eine häusliche Krankenpflege der Kategorie A, B oder C erhalten, können eine besondere Erstattung bestimmter Nebenkosten in der häuslichen Pflege erhalten, so bspw. für Inkontinenzmaterial, Verbandsmaterial, Krankenmaterial, Medikamente. Ab Januar ist der monatliche Höchstbetrag auf 150 € festgelegt.

Stoma-Material

Personen, die infolge einer Darmerkrankung an Stuhlinkontinenz leiden, können eine Erstattung in Höhe von 50 % der Kosten erhalten, bis zu 500 € pro Jahr.

Rettungs- und Krankentransport

Fahrten mit dem Privatwagen

Im Falle der Behandlung bei einem Facharzt sehen wir eine Erstattung der Fahrtkosten mit dem Privatwagen vor, insofern es sich bei dem Weg zur Behandlung um eine weite Entfernung handelt (150 km Hin- und Rückweg). Die Kostenbeteiligung beträgt 0,15 € pro km, abzüglich einer Selbstbeteiligung von 10 €.

Nicht dringender Krankentransport

Unsere Regeln für die Erstattung der Rettungstransporte bleiben unverändert. Für die nicht dringenden Krankentransporte durch anerkannte Dienste sehen wir eine vollständige Erstattung der Kosten vor, insofern der Kilometerpreis ab dem 11. km den Betrag von 2 € nicht übersteigt. Für die übrigen Dienste beträgt die Erstattung 75 % des Preises.



Einen Überblick aller Erstattungen unserer Zusätzlichen Dienste finden Sie auf unserer Website unter www.freie.be > Versicherungen > Zusätzliche Dienste > Das Plus der Freien



Aphasie: Auf der Suche nach den richtigen Worten

Die Sprache ist das wichtigste Kommunikationsmittel des Menschen. Doch was, wenn diese Fähigkeit plötzlich verloren geht und selbst einfachste Sätze schwerfallen? Vor dieser Herausforderung stehen Personen, die an einer Aphasie leiden. Wirksamste Hilfe ist eine intensive logopädische Behandlung. Die Therapieerfolge können nun mithilfe einer App noch verstärkt werden.

Was ist Aphasie?

Eine Aphasie ist eine Sprachstörung, die durch eine Hirnschädigung ausgelöst wird. In den meisten Fällen handelt es sich um die Folge eines Schlaganfalls, aber auch Kopfverletzungen, Entzündungen oder Tumore im Gehirn können eine Aphasie auslösen.

Aphasie bedeutet „Sprachverlust“ und beschreibt damit das Krankheitsbild recht gut. Alle Facetten der sprachlichen Fähigkeiten können davon betroffen sein, wie z.B. Sprechen, Verstehen oder Lesen und Schreiben.

Bei der Aphasie handelt es sich um eine Störung der Kommunikationsfähigkeit – Intelligenz, inneres Denken oder persönliches Wissen sind nicht beeinträchtigt. Die Person ist bspw. nicht fähig, ihre Gedanken laut auszusprechen oder Gehörtes aufzuschreiben, obwohl sie es versteht. Die Aphasie tritt in verschiedenen Arten und Ausprägungen auf, welche sich durch ihre Merkmale und ihren Schweregrad unterscheiden: Die Symptome können von kleinen Wortfindungsstörun-

gen bis hin zur Unmöglichkeit einer sprachlichen Verständigung reichen. So kann der Redefluss bspw. stockend wirken, weil die Person erst nach dem richtigen Wort suchen muss, oder aber sie nutzt falsche Begriffe, da sie deren Bedeutung verwechselt. Dadurch wird das Gesprochene für den Gesprächspartner unverständlich, was die Kommunikation erschwert. Im schlimmsten Fall kann der Betroffene lediglich noch Wortteile oder automatisierte Phrasen äußern.

Therapieeffizienz dank Aphasie-App

Um den bestmöglichen Behandlungserfolg zu erzielen, ist ein früher und intensiver Therapiestart von großer Bedeutung. Die Behandlung sollte über einen längeren Zeitraum erfolgen, denn auch Jahre nach Krankheitsbeginn können mit geeigneten Therapien noch Fortschritte erreicht werden. Das Ziel der Behandlung ist, die Sprachfähigkeiten zu verbessern und den Betroffenen eine sprachliche Kommunikation im Alltag zu ermöglichen.

In der Regel wird die Behandlung einer Aphasie durch einen Logopäden betreut. Immer häufiger werden unterstützend hierzu Computerprogramme und inzwischen auch Apps in die Therapie eingebaut. Dadurch sind die Patienten unabhängiger und können jederzeit zu Hause üben.

Eine dieser digitalen Anwendungen ist die Aphasie-App von neolexon. Der Logopäde kann hiermit ein individuelles Übungsprogramm für jeden Patienten zusammenstellen und dieses je nach Therapieverlauf immer wieder bearbeiten

und anpassen. Zur Auswahl stehen Übungen in 4 Bereichen: Verstehen, Lesen, Sprechen und Schreiben. Um die App nutzen zu können, braucht der Patient ein Tablet oder einen Computer, eine E-Mail-Adresse und Zugriff aufs Internet.

Der Patient hat die Möglichkeit, seine Trainingserfolge mit seinem Therapeuten zu teilen. So wird sichergestellt, dass die Übungen auf die individuellen Besonderheiten und Interessen des Betroffenen eingestellt sind und dieser weder über- noch unterfordert ist.



Um die App nutzen zu können, muss Ihr Logopäde bei neolexon registriert sein. Die Registrierung ist kostenlos und kann auf der Webseite von neolexon vorgenommen werden.



Zusätzliche Dienste

Für Aphasie-Patienten ist eine effiziente Therapie sehr wichtig. Laut Einschätzung von Logopäden ist die Aphasie-App von großem Nutzen, für den Patienten ist sie allerdings mit hohen Kosten verbunden. Daher hat unsere Krankenkasse beschlossen, ab Januar 2023 im Rahmen der **Zusätzlichen Dienste** eine Kostenerstattung in Höhe von 75 % vorzusehen, während der ersten 3 Monate bis zu 400 €. Diese Erstattung kann anschließend ein weiteres Mal in Anspruch genommen werden.



Eltern werden

Auf diese Unterstützungen können Sie zählen

Sie erwarten Nachwuchs? Besonders in den ersten Monaten nach der Geburt benötigt Ihr Kind viel Betreuung und Pflege. Damit dies auch berufstätigen Eltern möglich ist, sind in Belgien eine Reihe von Erleichterungen und Unterstützungen vorgesehen.

Besonderer Schutz für Schwangere

Sobald Sie Ihren Arbeitgeber über Ihre Schwangerschaft informieren, beginnt der Mutterschaftsschutz, bei dem Sie keine schweren und gefährlichen Arbeiten verrichten dürfen. Einher geht aber auch der Kündigungsschutz: Ihr Arbeitgeber darf Sie ab diesem Zeitpunkt nicht mehr entlassen. Dieser Kündigungsschutz gilt bis 1 Monat nach Wiederaufnahme der Arbeit, er gilt allerdings nicht, wenn die Arbeitnehmerin gegen den Arbeitsvertrag verstößt und ihr aufgrund eines schwerwiegenden Fehlers gekündigt wird.

Entfernung vom Arbeitsplatz

Falls Ihre Arbeit oder das Umfeld, in dem Sie arbeiten, gefährlich sind für Ihr ungeborenes Kind, so besteht die Möglichkeit, den Arbeitsplatz innerhalb des Unternehmens zu wechseln oder aber die Arbeit bis zur Mutterschaftsruhe vollständig oder teilweise einzustellen. Sie werden vom Arbeitsplatz „entfernt“ und erhalten in dieser Zeit ein Ersatzinkommen durch die Krankenkasse.



Erfahren Sie mehr dazu auf unserer Website unter www.freie.be > Meine Situation > Persönliche Situation > Eltern werden

Mutterschaftsruhe

Im Zusammenhang mit der Geburt eines Kindes hat die berufstätige Mutter Anrecht auf Mutterschaftsruhe. In dieser Zeit zahlt die Krankenkasse ein Mutterschaftsgeld. Arbeitnehmerinnen sowie Empfängerinnen von Arbeitslosengeld haben Anrecht auf 15 Wochen Mutterschaftsruhe (bzw. 19 Wochen im Falle einer Mehrlingsgeburt).

Die Mutterschaftsruhe darf frühestens in der 6. Woche vor dem errechneten Geburtstermin beginnen (bzw. in der 8. Woche bei einer Mehrlingsgeburt). Wenn Sie erst zu einem späteren Zeitpunkt die Arbeit einstellen, so stehen Ihnen die übrigen Wochen nach der Geburt zusätzlich zur Verfügung. Jedoch müssen Sie die Mutterschaftsruhe spätestens 7 Tage vor dem errechneten Geburtstermin beginnen, diese letzte Woche kann nicht übertragen werden und geht anderenfalls für Sie somit verloren.

Fakultative Wochen vor der Geburt (max.)					Verpflichtende Woche vor der Geburt	Tag der Geburt	Verpflichtende Wochen nach der Geburt									Fakultative Wochen nach der Geburt (max.)				
6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Arbeitsunfähigkeit vor der Geburt

Wenn Sie innerhalb der 6 Wochen vor der Geburt (bzw. 8 Wochen im Falle einer Mehrlingsgeburt) aus gesundheitlichen Gründen arbeitsunfähig werden, so gilt dies als reguläre Arbeitsunfähigkeit, d.h. eine solche Krankheitsperiode wird nicht von der oben beschriebenen Periode der Mutterschaftsruhe abgezogen. Nach Zahlung des garantierten Lohnes durch den Arbeitgeber erhalten Sie Krankengeld durch die Krankenkasse. Ab einer Woche vor dem errechneten Geburtstermin endet das Krankengeld und die Zahlung der Krankenkasse geht in die Mutterschaftsruhe über.

Verlängerte Mutterschaftsruhe

Die reguläre Dauer Ihrer Mutterschaftsruhe kann verlängert werden, falls Ihr Kind nach der Geburt länger als 1 Woche hospitalisiert wird.

Beispiel: Ihr Kind wird während 7 Wochen hospitalisiert. Ihre Mutterschaftsruhe verlängert sich um 6 Wochen. Eine solche Verlängerung des Schwangerschaftsurlaubs ist auf 24 Wochen begrenzt.



Statut	In den ersten 30 Tagen	Ab dem 31. Tag
Arbeitnehmerin	82 % des Bruttogehalts ohne Höchstgrenze	75 % des Bruttogehalts mit Höchstgrenze
Arbeitslose	Höhe des Arbeitslosengeldes + 19,5 %	Höhe des Arbeitslosengeldes + 15 %

Mutterschaftsgeld

Mit dem Beginn der Mutterschaftsruhe entfällt das Anrecht auf Lohnfortzahlung oder Arbeitslosenunterstützung. Ab dann erhalten Sie das Mutterschaftsgeld durch die Krankenkasse, welches proportional zum Einkommen berechnet wird. Ähnlich wie das Krankengeld ist auch das Mutterschaftsgeld ein steuerbares Einkommen, von dem automatisch ein Berufssteuervorabzug in Höhe von 11,11 % abgehalten wird.

Reichen Sie das ärztliche Attest bei der Krankenkasse ein, um das Mutterschaftsgeld zu beantragen. Auf dem Attest müssen der Beginn der Mutterschaftsruhe sowie der voraussichtliche Entbindungstermin vermerkt sein. Sie erhalten anschließend von uns das Auskunftsbild zur Berechnung des Mutterschaftsgeldes. Die genaue Dauer der Mutterschaftsruhe wird später bei Vorlage der Geburtsurkunde bestimmt.

Selbstständige

Selbstständige können insgesamt 12 Wochen bezahlte Mutterschaftsruhe in Anspruch nehmen (bzw. 13 Wochen bei einer Mehrlingsgeburt) und erhalten während dieser Zeit einen wöchentlichen Pauschalbetrag von der Krankenkasse. Von den 12 Wochen muss 1 Woche vor der Geburt genommen werden und 2 Wochen sind unmittelbar nach der Entbindung zu nehmen. Die verbleibenden 9 Wochen (bzw. 10 Wochen bei einer Mehrlingsgeburt) sind fakultativ, d.h. sie können wahlweise entweder nach der Geburt oder teilweise vor und nach der Geburt genommen werden. Dabei darf die Mutterschaftsruhe frühestens 3 Wochen vor dem errechneten Geburtstermin beginnen.

Die fakultativen Wochen, die Ihnen nach der Geburt zur Verfügung bleiben, müssen Sie nicht ununterbrochen in Anspruch nehmen. Sie haben die Möglichkeit, diese Wochen in vollständige Wochen (7 Tage) zu stückeln und können diese innerhalb von 36 Wochen nach Ende der obligatorischen Mutterschaftsruhe verteilen.

Außerdem haben Sie die Möglichkeit, während dieser Zeit Ihre Tätigkeit zu 50 % wiederaufzunehmen. In diesem Fall erstreckt sich die fakultative Periode auf bis zu 18 Wochen

Mutterschaftsruhe in Halbzeit (bzw. 20 Wochen bei einer Mehrlingsgeburt).

Wöchentlicher Pauschalbetrag		
	Wiederaufnahme der Tätigkeit zu 100 %	Wiederaufnahme der Tätigkeit zu 50 %
Die ersten 4 Wochen	830,67 €	415,33 €
Ab der 5. Woche	759,76 €	379,88 €

Reichen Sie das ärztliche Attest bei der Krankenkasse ein, um das Mutterschaftsgeld zu beantragen. Auf dem Attest müssen der Beginn der Mutterschaftsruhe sowie der voraussichtliche Entbindungstermin vermerkt sein. Reichen Sie nach der Geburt Ihres Kindes eine Kopie der Geburtsurkunde bei uns ein.

Fakultative Wochen vor der Geburt		Verpflichtende Woche vor der Geburt	Tag der Geburt	Verpflichtende Wochen nach der Geburt		Fakultative Wochen nach der Geburt										
3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		

Geburtsurlaub

Der Vater, bzw. das Mitelternteil, erhält ebenfalls bezahlte Geburtsurlaubstage. Seit dem 1. Januar 2023 wird diese Anzahl auf 20 Tage erhöht.

Der Arbeitgeber zahlt während der ersten 3 Tage den vollständigen Lohn. Während der restlichen 17 Tage zahlt die Krankenkasse 82 % des monatlichen Bruttolohns, aller-

dings berechnet auf eine Höchstgrenze. Dies gilt sowohl für Vollzeit- als auch für Teilzeitbeschäftigte. Der Geburtsurlaub muss beim Arbeitgeber und bei der Krankenkasse mittels einer Geburtsurkunde des Kindes beantragt werden. Den Antrag auf Geburtsurlaub erhalten Sie im Downloadbereich unserer Website, vorausgefüllt im Online Büro oder in Ihrer Geschäftsstelle.



Geburtsurlaub für Selbstständige

Selbstständige, Mithelfende im Hauptberuf oder mithelfende Lebenspartner haben Anrecht auf einen Geburtsurlaub von 20 Tagen. Es kann sich um den Vater oder das Mitelternteil des Kindes handeln. Der Selbstständige darf während dieser Zeit nicht arbeiten. Die Tage können durchgehend genommen werden, in Teilzeit oder sogar als halbe Tage; allerdings innerhalb eines Zeitraums von 4 Monaten nach der Entbindung.

Die für die Partner vorgesehene Entschädigung wird nicht durch die Krankenkasse, sondern durch die Sozialversicherungskasse gezahlt. Sie beträgt 94,70 € pro Tag bzw. 47,35 € pro halben Tag und muss per Einschreiben bei der Sozialversicherungskasse beantragt werden.

Stillpausen und -urlaub

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

Stillpausen am Arbeitsplatz

Als Beschäftigte im Privatsektor haben Sie bei Wiederaufnahme der Arbeit Anrecht auf Stillpausen während der Arbeitszeit. In diesen Pausen können Sie Ihr Kind stillen oder Milch abpumpen. Die Stillpausen können bis zu 9 Monate nach der Geburt in Anspruch genommen werden. Die Dauer der einzelnen Pausen hängt von Ihrem Stundenplan ab, die Regelung gilt allerdings nur, falls Sie mindestens 4 Stunden pro Tag arbeiten. Ihr Arbeitgeber kann Ihnen das Gehalt während dieser Zeit kürzen. Dann zahlt Ihnen die Krankenkasse 82 % Ihres Bruttogehalts während der Stillpausen.

Unbezahlter Stillurlaub

In Absprache mit dem Arbeitgeber und abhängig von ihrem Arbeitsvertrag haben Angestellte des Privatsektors die Möglichkeit, unbezahlten Stillurlaub zu nehmen. Die Dauer des Stillurlaubs muss mit dem Arbeitgeber vereinbart werden. Reichen Sie zu diesem Zweck eine ärztliche Bescheinigung bei uns ein. Diese garantiert die Weiterversicherung bei der Krankenkasse in der Zeit ohne Einkommen.

Entfernung vom Arbeitsplatz

Wenn die stillende Mutter auf ihrem Arbeitsplatz gefährlichen Substanzen oder ansteckenden Viren ausgesetzt ist, besteht die Möglichkeit, die Arbeit während der Stillzeit einzustellen. Für die Anerkennung der „Entfernung vom Arbeitsplatz“ sind folgende Dokumente nötig:

- eine Bescheinigung des Arbeitgebers, auf der dieser angibt, welcher Art die „Entfernung vom Arbeitsplatz“ ist sowie, dass der Arbeitgeber Ihnen keine anderen Arbeiten zuteilen kann;
- eine Bescheinigung des Arbeitsarztes, in der dieser bestätigt, dass Sie die bisherige Arbeit nicht mehr ausüben dürfen.

Während der Entfernung vom Arbeitsplatz zahlen wir Ihnen ein Ersatzeinkommen; dieses beträgt 60 % des Bruttolohns, ist allerdings auf einen Höchstbetrag begrenzt. Diese Entfernung vom Arbeitsplatz für stillende Mütter kann bis maximal 5 Monate ab dem Tag der Geburt in Anspruch genommen werden.

Elternurlaub

Der Elternurlaub ist eine vollständige oder teilweise Laufbahnunterbrechung, die sowohl die Mutter als auch der Vater beantragen kann.

Arbeitnehmer, die seit mindestens 1 Jahr beschäftigt sind, haben Anrecht auf 4 Monate Elternurlaub pro Kind. Dieser kann bis zum 12. Geburtstag des Kindes genommen werden. Der Elternurlaub kann frühestens 3 Monate, spätestens jedoch 2 Monate vor seinem Beginn, schriftlich beim Arbeitgeber beantragt werden, per Einschreibebrief oder

gegen Empfangsbestätigung. In diesem Antrag sind der gewünschte Zeitraum des Elternurlaubs sowie die gewählte Form vermerkt. Der Elternurlaub gilt als Laufbahnunterbrechung, die vom Landesamt für Arbeitsbeschaffung (LfA) entschädigt wird.

Der Antrag muss spätestens 2 Monate nach Beginn des Elternurlaubs dort eingereicht werden. Das Antragsformular ist beim LfA erhältlich oder kann auf dessen Website unter www.lfa.be heruntergeladen werden.

Unterbrechung	Dauer	Möglich für	Staffelbar in	Monatliche Pauschale
Vollständig	4 Monate	Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte	Blöcke von 1 Woche	861,89 €
Halbtags	8 Monate	Vollzeitbeschäftigte	Blöcke von 1 Monat	397,28 €
Ein Fünftel	20 Monate	Vollzeitbeschäftigte	Blöcke von 5 Monaten	134,78 €
Ein Zehntel	40 Monate	Vollzeitbeschäftigte	Blöcke von 10 Monaten	67,39 €



Sie arbeiten nicht in Belgien?

Wenn Sie in Belgien leben, aber in einem anderen Land arbeiten, gelten Sie als Grenzgänger. Für Sie gelten die Unterstützungen Ihres Beschäftigungslandes.



Geburtsbeihilfe

Anlässlich der Geburt eines Kindes haben Arbeitnehmer, Selbstständige und Arbeitslose Anrecht auf die Geburtsbeihilfe, auch Geburtsprämie genannt. In Belgien ist diese Geburtsbeihilfe je nach Region unterschiedlich. Für Personen mit Wohnsitz in der Deutschsprachigen Gemeinschaft beläuft sie sich auf 1.197,52 € und muss direkt beim Ministerium der DG beantragt werden. Der Antrag kann ab dem 6. Schwangerschaftsmonat eingereicht werden. Die Auszahlung erfolgt frühestens 2 Monate vor dem voraussichtlichen Geburtsdatum. In den anderen Landesteilen sind folgende Zahlstellen zuständig: Famiwal (Wallonie), Fons Vlaanderen (Flandern), Famiris (Region Brüssel).



Kindergeld

Kinder bis 18 Jahre haben Anrecht auf ein Kindergeld. Für Kinder mit einer Beeinträchtigung ist die Altersgrenze auf 21 Jahre angehoben.

Jugendliche, die nach ihrem 18. Geburtstag einer beruflichen oder schulischen Ausbildung folgen, können bis zum 25. Geburtstag Kindergeld erhalten.

Zusätzlich zum Basiskindergeld von 164,36 € pro Monat (Regelung DG) gibt es je nach familiärer Situation verschiedene Zuschläge, z.B. die jährliche Schulprämie. Weitere mögliche Zusätze sind der Zuschlag für kinderreiche Familien, der Sozialzuschlag für Familien mit geringem Einkommen, der Zuschlag für Kinder mit einer Beeinträchtigung oder der Zuschlag für Waisen.



Auf der Seite www.ostbelgienfamilie.be finden Sie ausführliche Informationen zum Basiskindergeld sowie zu den unterschiedlichen Zuschlägen und deren Beträge.



Zusätzliche Dienste

Babygeld: Wir zahlen Ihnen zur Geburt oder Adoption Ihres Kindes ein Babygeld in Höhe von **350 €**.

Geburtsvorbereitung: Für Geburtsvorbereitungskurse (individuell oder in Gruppen), pränatale Wassergymnastik oder Rückbildungskurse erstatten wir Ihnen **50 €**. So können Sie sich bestens auf die Geburt vorbereiten und Ihren Körper im Nachhinein stärken.

Babyschwimmen: Für die Teilnahme an einem Kurs für Babyschwimmen oder Baby-massage unterstützen wir Sie mit **50 € pro Jahr** während der ersten beiden Lebensjahre, damit Ihr Neugeborenes sich bestmöglich entwickeln kann.





Adoptions- und Pflegeelternurlaub

Aktive Arbeitnehmer und Selbstständige, die ein minderjähriges Kind adoptieren oder ein Kind zur Langzeitpflege aufnehmen, haben Anrecht auf Adoptions- bzw. Pflegeelternurlaub von 6 Wochen pro Elternteil (Basisdauer). Bei Adoption oder Pflege eines Kindes mit Behinderung wird diese Dauer verdoppelt (ebenfalls die unten erklärten Zusatzwochen). Bei der Aufnahme von mehreren Kindern verlängert sich die Basisdauer pro Elternteil um 2 Wochen.

Zusatzwochen

Für Adoptionen und die Aufnahme eines Pflegekindes können die Eltern ebenfalls Zusatzwochen beantragen. Seit 2019 kommt alle 2 Jahre eine weitere Zusatzwoche hinzu, sodass bis zum Jahr 2027 insgesamt 5 Wochen zusätzlich zur Basisdauer erreicht sind. D.h. seit dem 1. Januar 2023 können die werdenden Eltern neben der Basisdauer von 6 Wochen 3 zusätzliche Wochen Adoptions- bzw. Pflegeelternurlaub in Anspruch nehmen.

Der Antrag der Zusatzwochen wird pro Elternpaar einmalig genehmigt. Die Eltern dürfen sich diese Wochen jedoch untereinander frei aufteilen.

Zahlung und Antrag

Wenn Sie Arbeitnehmer sind, übernimmt der Arbeitgeber für die ersten 3 Tage des Adoptions- bzw. Pflegeelternurlaubs die Lohnfortzahlung. Für die übrigen Tage zahlt die Krankenkasse ein Ersatzeinkommen. Die Entschädigung der Krankenkasse beträgt 82 % des Bruttolohns, allerdings bis zu einer bestimmten Höchstgrenze. Von diesem Betrag wird ein Steuervorabzug von 11,11 % einbehalten.

Wenn Sie selbstständig sind, zahlt die Krankenkasse für den gesamten Adoptions- bzw. Pflegeelternurlaub 579,57 € pro Woche. Es handelt sich um einen Pauschalbetrag, der einmalig ausgezahlt wird, spätestens 1 Monat nach Beginn des Urlaubs. Selbstständige dürfen während der gesamten Dauer keine berufliche Tätigkeit ausüben.

Reichen Sie Ihren Antrag auf Adoptions- oder Pflegeelternurlaub bei uns ein. Das entsprechende Formular ist im Downloadbereich unserer Website, vorausgefüllt im Online Büro oder in Ihrer Geschäftsstelle erhältlich. Fügen Sie dem Antrag eine Bescheinigung der Unterbringung des Kindes oder der Eintragung im Bevölkerungsregister bei. Sollte Ihr Adoptiv- oder Pflegekind eine Behinderung haben, so fügen Sie auch diesen Beleg bei.

Als Arbeitnehmer sollten Sie Ihren Arbeitgeber spätestens 1 Monat vor Beginn des Urlaubs benachrichtigen, per Einschreibebrief oder durch persönliches Aushändigen des Schreibens gegen Empfangsbestätigung. Das Schreiben sollte in jedem Fall das Anfangs- und das Enddatum der Auszeit enthalten.



Adoptiveltern haben ebenfalls Anspruch auf die Geburtsbeihilfe (Adoptionsbeihilfe) und können auch den Elternurlaub beim LfA beantragen. Pflegeeltern dagegen haben ausschließlich Anrecht auf die monatlichen Kinderzulagen.



Besonderheit für luxemburgische Grenzgänger

Erstattung der Eigenanteile für die Gesundheitspflege bei Kindern

Für Kinder bis 18 Jahre sehen wir für eine Vielzahl von Pflegeleistungen nach der Erstattung der gesetzlichen Krankenversicherung eine Erstattung der Eigenanteile durch die **Zusätzlichen Dienste** unserer Krankenkasse vor. Diese ergänzende Erstattung nehmen wir normalerweise automatisch vor.

Da die Kinder von luxemburgischen Grenzgängern aber zuerst eine Erstattung seitens der gesetzlichen luxemburgischen Krankenkasse (CNS) erhalten, können wir die Erstattung unserer **Zusätzlichen Dienste** nicht automatisch anwenden. Wenn Sie die Abrechnung seitens der CNS erhalten bezüglich der vorgenommenen Erstattungen, können Sie diesen Beleg bei uns einreichen, damit wir prüfen, ob Sie Anrecht auf eine zusätzliche Erstattung der zu Ihren Lasten bleibenden Kosten haben.



Genehmigungspflichtige Medikamente

Aufhebung der automatischen Genehmigung

Die gesetzliche Krankenversicherung erstattet für viele ärztlich verordnete Medikamente einen Teil der Kosten. Es gibt allerdings Medikamente, die nur in bestimmten Fällen erstattet werden. Dabei handelt es sich um Medikamente, deren Erstattung einer besonderen Genehmigung des Vertrauensarztes der Krankenkasse unterliegt.

In solchen Fällen überprüft der Vertrauensarzt, ob alle medizinischen Voraussetzungen für eine Erstattung erfüllt sind und erteilt eine Genehmigung oder lehnt diese ab.

Im Rahmen der Corona-Krise hatten die Krankenkassen seitens des LIKIV die Sondererlaubnis erhalten, auslaufende Genehmigungen für genehmigungspflichtige Medikamente automatisch zu verlängern. Diese Maßnahme wird zum 1. Februar 2023 aufgehoben. Fortan wird die Genehmigungsperiode nicht mehr automatisch verlängert, sondern die Erneuerung der Genehmigung muss wie zuvor beim Vertrauensarzt angefragt werden.



Elektronische Arbeitsunfähigkeitserklärung (eCIT)

Digitalisierung des Verfahrens

Neuerdings kann Ihr behandelnder Arzt mit Ihrer Zustimmung eine elektronische Arbeitsunfähigkeitserklärung (eCIT) direkt an den Vertrauensarzt der Krankenkasse senden.

Vorerst ist die elektronische Übermittlung der Daten nur den Allgemeinmedizinern möglich, und dies auch nur für den Fall, dass die Arbeitsunfähigkeit länger als 14 Tage dauert oder wenn es sich um die Verlängerung einer bereits gemeldeten Arbeitsunfähigkeit handelt. Erst in einer späteren Phase wird es für den Arzt möglich sein, die Erklärung bereits ab dem 1. Tag der Arbeitsunfähigkeit digital an die Krankenkasse zu versenden.

Zudem ist vorgesehen, dass nach den Hausärzten auch die Fachärzte das System als Absender nutzen können und dass es auf weitere Empfänger (z.B. Arbeitgeber) ausgeweitet werden kann.



BUB wird Pflegegeld für Senioren

Durch die 6. Staatsreform wurden bestimmte Zuständigkeiten des Föderalstaates an die föderierten Teilgebiete übertragen. Dies geschieht schrittweise; als einer der letzten betroffenen Bereiche wird die Beihilfe zur Unterstützung von Betagten (BUB) übertragen und auch durch die Deutschsprachige Gemeinschaft ab Januar 2023 übernommen. Die DG nimmt einige Änderungen vor bezüglich der Gestaltung und Auszahlung der Beihilfe.

Beihilfe wird Pflegegeld

Die Beihilfe zur Unterstützung von Betagten, kurz BUB, war eine monatliche finanzielle Hilfe für Personen über 65 Jahren, die in ihrer Selbstständigkeit eingeschränkt sind und über ein geringes Einkommen verfügen. Der FÖD Soziale Sicherheit war für die Antragsbearbeitung und die Auszahlung dieser Beihilfe zuständig. Die Höhe der monatlichen Unterstützung wurde mithilfe einer medizinischen Untersuchung und einer Einstufung des Pflegegrads und nach Prüfung der Einkommens- und Haushaltssituation festgelegt.

Ab Januar 2023 hat die Deutschsprachige Gemeinschaft diese Zuständigkeit übernommen. Mit der Übertragung dieser Aufgabe hat die DG die frühere BUB in mancherlei Hinsicht angepasst. Die Kriterien für die Berechtigung sowie das Antragsverfahren wurden verändert. Auch der Name wurde geändert: BUB wird künftig „Pflegegeld für Senioren“ heißen.

Weiterhin in Form einer Geldleistung

Ältere Menschen, die mit einem Verlust ihrer Selbstständigkeit zu kämpfen haben, sind oft mit höheren Lebenshaltungskosten konfrontiert. Aus diesem Grund wird das Pflegegeld für Senioren auch weiterhin als monatliche Geldleistung an die Betroffenen ausgezahlt. Um die Bearbeitung der Anträge zu vereinfachen, wurde das System stark vereinfacht.

Eine konkrete Änderung ist, dass fortan lediglich der Grad des Unterstützungsbedarfs vorhanden sein muss, um Pflegegeld erhalten zu können. Die bisherige Prüfung der Einkommenssituation entfällt, was zur Folge haben wird, dass auch Personen mit höheren Pensionen das Pflegegeld erhalten können.

Eine negative Auswirkung der nicht mehr vorgenommenen Einkommensprüfung ist, dass die betreffenden Personen in Zukunft nicht mehr, so wie es bisher der Fall war, automatisch Anrecht haben werden auf den Vor-

zugstarif bei der Krankenkasse. Zwar kann bzw. muss die Krankenkasse dieses Anrecht fortan separat prüfen, jedoch eröffnete das frühere BUB-System manchen Personen das Anrecht auf den Vorzugstarif der Krankenkasse, die bei neuen Anträgen dieses Anrecht nicht mehr erhalten werden.

Wer hat Anrecht?

Personen ab 65 Jahren,

- die in Belgien hauptsozialversichert sind;
- deren Wohnsitz bzw. letzter Betriebssitz des Arbeitgebers sich in der DG befindet;
- die einer Pflegegeldkategorie zugewiesen werden können (siehe unten);
- die keine Beihilfe zur Ersetzung des Einkommens oder Eingliederungsbeihilfe erhalten;
- die keine Fedris-Beihilfe erhalten (Invalidität, Arbeitsunfall, Berufskrankheit).



Hilfe bei der Antragstellung?

Fragen oder Hilfestellungen zu neuen Anträgen müssen an das Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft gerichtet werden. Vereinbaren Sie dazu telefonisch einen Termin (möglich in Büllingen, Eupen oder Sankt Vith).



Tel.: 087 789 981

Falls die Person in einem Pflegeheim außerhalb der 9 ostbelgischen Gemeinden lebt, kann der Antrag nicht bei der DG eingereicht werden. In der Wallonie ist hierfür die AVIQ zuständig und deren digitale Plattform Wal-Protect. In Flandern sind die Krankenkassen im Rahmen der flämischen Pflegeversicherung zuständig. Es gelten jeweils unterschiedliche Regelungen, welche diese förderierten Teilgebiete für sich festgelegt haben.

Berechnung des Pflegegeldes

Seit Januar 2023 setzt sich das durch die DG festgelegte Pflegegeld für Senioren aus einem Basispflegegeld und einem Sozialzuschlag zusammen.

Basispflegegeld

Das Basispflegegeld wird anhand des Unterstützungsbedarfs ermittelt und ist in 4 Kategorien eingeteilt. Die Einstufung in die jeweiligen Kategorien erfolgt durch den BelRAI-Screener. Dabei handelt es sich um ein landesweit einheitliches Beurteilungsinstrument, das die Gesundheits- und Pflegesituation auf körperlicher, kognitiver, psychischer und sozialer Ebene erfasst.

Die Dienststelle für Selbstbestimmtes Leben (DSL) prüft den Unterstützungsbedarf. Wenn das Ergebnis des BelRAI-Screeners ergibt, dass ein Unterstützungsbedarf besteht, wird das Anrecht auf das Basispflegegeld eröffnet. Je nach zugeordneter Kategorie fällt der monatliche Betrag unterschiedlich hoch aus (siehe Tabelle). Die Beträge gelten unabhängig davon, ob eine Person zu Hause wohnt oder in einem Pflegeheim.

Sozialzuschlag

Zusätzlich zum Basispflegegeld kann ein Sozialzuschlag ausgezahlt werden, wenn seitens der Krankenkasse gemeldet wird, dass die Person Anrecht auf den Vorzugstarif der Krankenkasse hat.

Kategorie	1	2	3	4
Basispflegegeld	45 €	152 €	190 €	268 €
Sozialzuschlag	30 €	102 €	127 €	179 €
Gesamt (monatlich)	75 €	254 €	317 €	447 €

Antragstellung

Seit dem 1. Dezember 2022 muss ein Antrag auf Pflegegeld nicht mehr beim FÖD Soziale Sicherheit gestellt werden, sondern bei der Deutschsprachigen Gemeinschaft. Folgende Unterlagen sollten beim Ministerium der DG eingereicht werden:

- der Antrag auf Pflegegeld (digital oder in Papierform);
- eine Vignette der Krankenkasse;
- eine Kopie der Bankkarte des Empfängerkontos. Der Name des Kontoinhabers muss mit dem des Antragstellers übereinstimmen.

Falls nicht bereits ein BelRAI-Screener für den Antragsteller bei der DSL besteht, wird die DSL den Unterstützungsbedarf festlegen. Für die Übermittlung der Daten der Bedarfsanalyse ist die Einwilligung zum Austausch medizinischer Daten des Antragstellers erforderlich. Der Antrag wird innerhalb von maximal 60 Werktagen bearbeitet. Wenn Anrecht auf das Pflegegeld besteht, erhält der

Begünstigte dieses rückwirkend zum Datum der Antragstellung.

Laufende Akten

Die bisherigen Empfänger der BUB müssen nichts unternehmen. Während 2 Jahren, bis Ende 2024, gilt eine Übergangszeit, während der sie den gleichen Betrag wie im Dezember 2022 erhalten, ebenso das Anrecht auf den Vorzugstarif der Krankenkasse.

Problematik im neuen System

Für einige Betroffene kann der Systemwechsel nach dem Jahr 2024 negative Auswirkungen haben. Danach erhalten sie möglicherweise eine niedrigere monatliche Unterstützung. Der monatliche Höchstbetrag der BUB belief sich auf 656,25 €. Das Pflegegeld ist aber in seiner höchsten Kategorie inklusive des Sozialzuschlages auf 447 € gedeckelt.

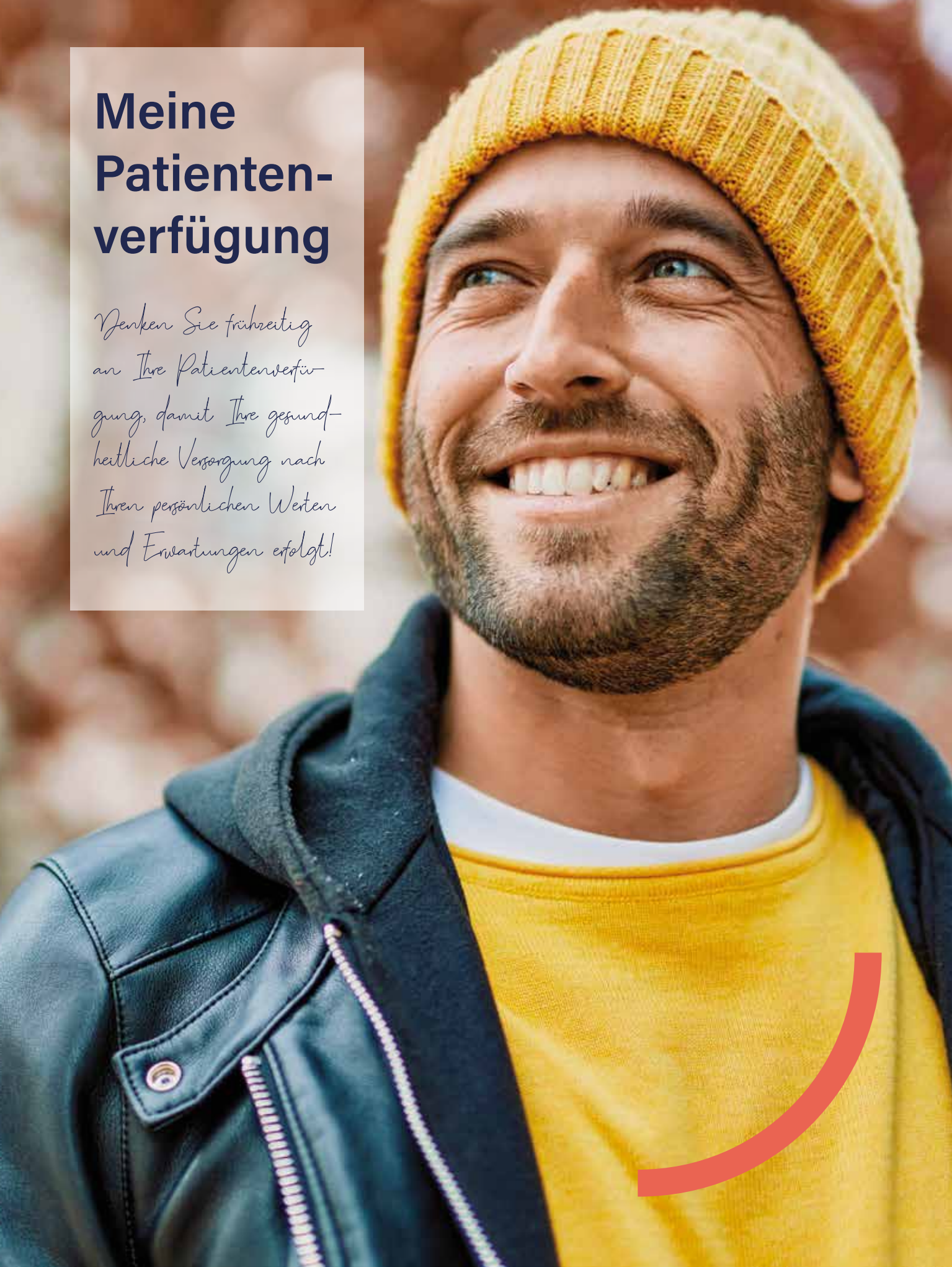
Hinzu kommt, dass das automatisch zuerkannte Anrecht auf den Vorzugstarif der Krankenkasse wegfällt, weil seitens der DG keine Einkommensprüfung durchgeführt wird.

Es gibt Fälle, in denen das steuerbare Haushaltseinkommen der Pflegegeldempfänger höher ist als die Einkommensgrenze für das Anrecht auf den Vorzugstarif der Krankenkasse. In diesen Fällen wird es künftig weder Anrecht auf den Vorzugstarif der Krankenkasse noch auf den Sozialzuschlag zum Pflegegeld geben.

Dies wiederum hat die Streichung weiterer Vorteile zur Folge: vergünstigter Telefentarif, Heizölsozialfonds, günstigere Tarife im öffentlichen Nahverkehr, sozialer Gas- und Stromtarif.

Meine Patienten- verfügung

*Denken Sie frühzeitig
an Ihre Patientenverfügung,
damit Ihre gesundheitliche
Versorgung nach Ihren
persönlichen Werten
und Erwartungen erfolgt!*





Die Rechte des Patienten

In Belgien sind die Rechte des Patienten gesetzlich geregelt. Das Gesetz definiert das Verhältnis von Patient und Pflegeleistendem und soll zu einer besseren Qualität in der Gesundheitspflege führen.

Das Gesetz über die Rechte des Patienten bezieht sich auf die Kontakte zwischen dem Patienten und seinem Pflegeleistenden, d.h. auf die Untersuchung, Behandlung und Beratung, auf die Patientenakte sowie auf die Vertretung des Patienten.

Anrecht auf hochwertige Gesundheitspflege

Jeder Patient hat das Recht, eigenständig über seine Behandlung zu entscheiden und die bestmögliche, seinem Gesundheitszustand angepasste Versorgung zu erhalten. Der Pflegeleistende darf weder die menschliche Würde des Patienten verletzen noch darf er ihn in irgendeiner Weise diskriminieren. Die religiösen, philosophischen, moralischen und kulturellen Überzeugungen des Patienten müssen respektiert werden.

Freie Wahl des Arztes

Der Patient darf sich von einem Arzt seiner Wahl behandeln lassen. Während der Behandlung kann er sich auch für einen anderen Pflegeleistenden entscheiden, es sei denn, ein anderes Gesetz verhindert dies (z.B. bei Zwangseinweisung). Allerdings kann auch der Pflegeleistende aus beruflichen oder persönlichen Gründen die Behandlung eines Patienten verweigern, außer in Notfällen.



Berufsversicherung

Der Pflegeleistende muss dem Patienten Auskunft über das Bestehen einer Berufsversicherung geben und ob er offiziell berechtigt ist, seinen Beruf auszuüben.

Information über den Gesundheitszustand

Der Patient sollte über seinen Gesundheitszustand und dessen Entwicklung informiert werden. Der Pflegeleistende muss ihm hierzu alle notwendigen Fakten in einer klaren und verständlichen Sprache mitteilen. Neben der mündlichen Information kann der Patient eine schriftliche Bestätigung verlangen und entscheiden, ob die Daten einer von ihm bestimmten Vertrauensperson weitergeleitet werden. Ebenso kann der Patient verweigern, Informationen über seinen Gesundheitszustand entgegenzunehmen, es sei denn, er selbst oder Dritte könnten dadurch schweren Schaden erleiden (z.B. bei ansteckenden Krankheiten).

Sollte die Wahrheit zum Schaden des Patienten sein, darf der Pflegeleistende ihm bestimmte Informationen vorenthalten. Diese Entscheidung muss der Arzt jedoch schriftlich in der Patientenakte begründen.

Bestimmung über die Pflegeleistungen

Vor Beginn einer Behandlung muss der Pflegeleistende den Patienten über die bevorstehenden Maßnahmen informieren und sein Einverständnis einholen. Der Patient muss über Art und Ziel der Behandlung, Dringlichkeit, Dauer und Häufigkeit, Nebenwirkungen und Risiken, notwendige Nachfolgebehandlungen und mögliche Alternativen sowie über die finanziellen Auswirkungen der Pflegeleistungen informiert werden. Anhand dieser Informationen kann der Patient der Behandlung zustimmen oder die Therapie verweigern.

Handelt es sich jedoch um einen Notfall und der Patient ist nicht in der Lage, seine Einwilligung zu formulieren, so beginnt der Arzt dennoch unverzüglich mit der Behandlung. Dies muss in der medizinischen Akte des Patienten vermerkt werden.

Einsicht in die Patientenakte

Der Patient hat Anrecht auf eine sorgfältig geführte und sicher aufbewahrte medizinische Akte. Er kann dem Arzt weitere Unterlagen aushändigen, damit Letzterer die Dokumente der Akte beifügt.

Zudem darf der Patient seine medizinische Akte einsehen. Dazu muss er seinen Arzt kontaktieren, welcher dieser Bitte innerhalb von 14 Tagen nachkommen muss. Die persönlichen Notizen des Pflegeleistenden oder Angaben zu Drittpersonen sind für den Patienten jedoch nicht zugänglich.

Des Weiteren hat der Patient das Recht, eine Kopie der Akte zu verlangen. Gibt es jedoch Hinweise dafür, dass der Patient den Inhalt der Akte an Dritte weitergeben möchte (Versicherungsgesellschaften, Arbeitgeber usw.), so ist der Arzt nicht verpflichtet, ihm eine Kopie auszuhändigen.

Nach dem Tod eines Patienten dürfen der Ehepartner, der

gesetzliche Mitbewohner, der Lebensgefährte und Verwandte zweiten Grades dessen medizinische Akte einsehen. Ihre Anfrage müssen die Angehörigen jedoch dem Arzt gegenüber begründen und der Patient darf sich dem vorher nicht ausdrücklich widersetzt haben. Allerdings muss im Vorfeld ein Pflegeleistender bezeichnet werden, der bestimmt, welche Elemente der Akte den Verwandten zugänglich gemacht werden.

Schutz der Privatsphäre

Zu jedem Zeitpunkt der Behandlung muss die Privatsphäre des Patienten gewahrt werden, vor allem im Hinblick auf Informationen, die seinen Gesundheitszustand betreffen. Insofern der Patient es nicht anders wünscht, sind bei der Behandlung nur die Personen im Raum, auf deren Anwesenheit aus medizinischen Gründen nicht verzichtet werden kann.

Bei Beschwerden: Mediationsdienst

Sieht sich ein Patient in seinen Rechten verletzt, so kann er Beschwerde bei der zuständigen Schlichtungsstelle einlegen.

- Kam es zu einem Zwischenfall in einem Krankenhaus, so sollte sich der Patient an den Ombudsdienst der Klinik wenden.
- Bei Schwierigkeiten mit ambulanten Pflegeleistenden (Hausarzt, Zahnarzt, Heimpflegerin usw.) ist die föderale Ombudsstelle der richtige Anlaufpunkt.

Föderale Ombudsstelle „Patientenrechte“
Place Victor Horta 40 – Bk. 10, 1060 Brüssel
www.patientrights.be

Konnte vorher keine Einigung zwischen Patient und Pflegeleistendem erzielt werden, so vermittelt die Schlichtungsstelle zwischen den Parteien und klärt den Patienten über die ihm verbleibenden Möglichkeiten auf (z.B. gerichtliche Schritte).

Patientenverfügung

Manche Patienten sind aufgrund ihres Gesundheitszustandes nicht mehr in der Lage, über ihre Behandlung zu entscheiden. Wer sicher sein möchte, dass in einem solchen Fall seine Wünsche respektiert werden, kann schon im Vorfeld eine Patientenverfügung hinterlegen.

Bei der Patientenverfügung handelt es sich um eine schriftliche Erklärung, in der die Person die erlaubten Behandlungen, die Behandlungsgrenzen sowie ihre persönlichen Wünsche hinsichtlich des Sterbens festhält. Zudem kann eine Vertrauensperson ernannt werden, die auf die Einhaltung des in der Patientenverfügung angegebenen Willens achtet. Das Original der Verfügung sollten Sie zu Hause aufbewahren, sodass es im Notfall auffindbar ist. Außerdem sollten Sie dem Hausarzt sowie der Vertrauensperson eine Kopie aushändigen.



Einen Vordruck der Patientenverfügung zum Heraustrennen und Ausfüllen finden Sie auf den folgenden Seiten sowie zum Ausdrucken unter www.freie.be > Versicherungen > Gesetzliche Krankenversicherung > Patientenrecht im Downloadbereich.

Bewahren Sie dieses Dokument an einem gut auffindbaren Ort zu Hause auf.

MEINE PATIENTENVERFÜGUNG

PERSÖNLICHE ANGABEN & WILLENSERKLÄRUNG

Ich,

Name und Vorname:

Adresse:

Telefonnummer:

Geburtsdatum:

Nationalregisternummer (NISS):

erkläre, bei vollem Bewusstsein zu sein, und lege hiermit meinen freien Willen in Bezug auf meine Pflege fest.

Sollte ich nicht mehr in der Lage sein, meinen Willen auszudrücken, so bestimme ich, dass:

- an mir keine lebensverlängernden Maßnahmen vorgenommen werden, wenn aus medizinischer Sicht keinerlei Aussicht auf Besserung besteht und jede Maßnahme mein Leben nur künstlich verlängern würde.
- ein natürliches Sterben nicht durch lebensverlängernde Maßnahmen verhindert wird bei:
 - irreversiblen Koma
 - schweren Hirnschäden oder degenerativen Hirnerkrankungen im Endstadium (z.B. sehr weit fortgeschrittene Demenz)
 - andere:

In diesen Fällen möchte ich nur noch eine pflegende Behandlung erhalten, die ausschließlich der Linderung von Schmerzen und anderen Beschwerden dient.

Zudem sollen folgende Behandlungen und Maßnahmen eingestellt bzw. nicht mehr begonnen werden:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Antibiotika-Therapie | <input type="checkbox"/> Reanimation |
| <input type="checkbox"/> künstliche Beatmung | <input type="checkbox"/> Strahlentherapie |
| <input type="checkbox"/> künstliche Ernährung | <input type="checkbox"/> Intensivpflege |
| <input type="checkbox"/> Nierendialyse | <input type="checkbox"/> chirurgischer Eingriff |
| <input type="checkbox"/> Chemotherapie | <input type="checkbox"/> Einlieferung ins Krankenhaus |
| <input type="checkbox"/> sonstige Behandlungen: | |

Ich wünsche dennoch, dass folgende Pflegemaßnahmen oder Behandlungen durchgeführt werden:

- Für die Vorbereitung einer Organspende darf die Behandlung weitergeführt werden.
- Grundsätzlich stimme ich einer Organspende zu, habe diese jedoch nicht registrieren lassen.
- Meine Zustimmung zur Organspende habe ich bei der Gemeinde oder unter meinegesundheits.be eintragen lassen.
- Eine Organspende kommt für mich nicht in Frage.
- Meine ausdrückliche Weigerung zur Organspende habe ich bei der Gemeinde oder unter meinegesundheits.be hinterlegt.

PERSÖNLICHE WÜNSCHE, WERTE & ERWARTUNGEN

- Ich wünsche die Möglichkeit, eine psychologische Begleitung in Anspruch nehmen zu können.
- Ich wünsche, dass mich Ärzte und Pflegepersonal über den Verlauf meiner Erkrankung informieren.
- Ich möchte nicht über den Verlauf meiner Krankheit informiert werden.
- Im fortgeschrittenen Stadium einer schweren Krankheit soll über mögliche lebenserhaltende bzw. lebensverlängernde Maßnahmen geredet werden:
 - mit mir
 - mit mir und meinen nächsten Angehörigen
 - nur mit der von mir bezeichneten Vertrauensperson oder dem Bevollmächtigten
 - nur im Pflorgeteam mit Einbezug meines Hausarztes
 -
- Ich möchte seelsorgerischen Beistand folgender Konfession:

Wenn möglich, möchte ich sterben:

- in Anwesenheit meiner Familie und der mir nahestehenden Personen
- in meinem gewohnten Umfeld
- sonstige Wünsche:

Art der Beisetzung:

- Erdbestattung
- Einäscherung
- Ich spende meinen Körper der Wissenschaft und habe folgendes Institut benachrichtigt:
.....

Sonstige Werte, Wünsche und Erwartungen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Datum: / /

Unterschrift:

PERSÖNLICHE WÜNSCHE, WERTE & ERWARTUNGEN

Ich,

Name und Vorname:

Adresse:

Telefonnummer:

Geburtsdatum:

Nationalregisternummer (NISS):

bestimme untenstehende Person als Vertrauensperson, die – auch in meiner Abwesenheit – befugt ist, folgende Rechte auszuüben:

- Informationen über meinen Gesundheitszustand und dessen Entwicklung zu erhalten**

Name des betreffenden Arztes:

Dauer: (mögliches Enddatum oder unbegrenzt)

- Einsicht in meine Patientenakte zu erhalten**

Name des betreffenden Arztes:

Dauer: (mögliches Enddatum oder unbegrenzt)

- eine Kopie meiner Patientenakte anzufragen**

Name des betreffenden Arztes:

Dauer: (mögliches Enddatum oder unbegrenzt)

Datum: / /

Unterschrift des Patienten:

Vertrauensperson:

Name und Vorname:

Adresse:

Telefonnummer:

Geburtsdatum:

Nationalregisternummer (NISS):

Datum: / /

Unterschrift:

BESTIMMUNG EINES BEVOLLMÄCHTIGTEN

Ich,

Name und Vorname:

Adresse:

Telefonnummer:

Geburtsdatum:

Nationalregisternummer (NISS):

bevollmächtige untenstehende Person, mich zu vertreten, solange ich nicht in der Lage bin, meine Rechte als Patient selbst auszuüben.

Datum: / /

Unterschrift des Patienten:

Bevollmächtigter:

Name und Vorname:

Adresse:

Telefonnummer:

Geburtsdatum:

Nationalregisternummer (NISS):

Datum: / /

Unterschrift:

Es wird empfohlen, zwei Exemplare dieses Dokuments zu erstellen, von denen sowohl der Patient als auch der Bevollmächtigte eine Ausfertigung erhält. Eine Kopie kann zudem dem Hausarzt oder einem anderen Arzt zugestellt werden.

WIDERRUF DER BEVOLLMÄCHTIGUNG

Ich,

Name und Vorname:

Adresse:

Telefonnummer:

Geburtsdatum:

Nationalregisternummer (NISS):

widerrufe hiermit die Bestimmung folgender Person als Bevollmächtigten vom / / (Datum).
.....

Datum: / /

Unterschrift des Patienten:

Folgende Person wird als Bevollmächtigter widerrufen:

Name und Vorname:

Adresse:

Telefonnummer:

Geburtsdatum:

Nationalregisternummer (NISS):

Datum: / /

Unterschrift:

Die Bestimmung des Bevollmächtigten kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. In diesem Fall sollten alle Personen benachrichtigt werden, die eine Kopie des besagten Dokuments erhalten haben.

Vitamin D-Mangel im Winter:

Was können Sie tun!

Das oft als „Sonnenvitamin“ bezeichnete Vitamin D spielt eine entscheidende Rolle bei vielen Prozessen und Funktionen in unserem Körper – besonders, wenn es um die Knochen geht. Ihm wird aber auch vermehrt nachgesagt, dass es ein essenzieller Baustein für die Erhaltung unserer Gesundheit, das allgemeine Wohlbefinden und die Prävention verschiedener Erkrankungen ist. Wir erklären Ihnen, was ein Vitamin D-Mangel bedeuten kann und warum Sie diesem vor allem im Winter entgegensteuern sollten.



Was ist Vitamin D?

Vitamin D gehört zur Gruppe der fettlöslichen Vitamine, auch Calciferole genannt. Die bekanntesten Formen sind Vitamin D2 (Ergocalciferol) und Vitamin D3 (Cholecalciferol).

Eine der Besonderheiten von Vitamin D ist, dass es im Fett- und Muskelgewebe sowie in der Leber gespeichert werden kann. So kann der Körper im Winter, wenn die Sonnenstrahlung für die Eigenproduktion nicht stark genug ist, auf die angelegten Reserven zurückgreifen.

Wie wird der Körper mit Vitamin D versorgt?

Rund 80 bis 90 % des Vitamin D-Bedarfs deckt unser Körper durch Eigensynthese ab. Dafür benötigt er jedoch die UVB-Strahlung des Son-

nenlichts. Über die Nahrung nehmen wir lediglich 10 bis 20 % Vitamin D auf.

Zur Deckung der erforderlichen Menge ist der Verzehr von Vitamin D-reichen Lebensmitteln somit allein nicht geeignet. Die Sonne ist unsere wichtigste Vitamin D-Quelle!

Vitamin D-reiche Lebensmittel:

- Lebertran (Fischöl);
- fetthaltiger Fisch (z.B. Aal, Hering, Lachs);
- Speisepilze (z.B. Steinpilze, Morcheln, Pfifferlinge, Champignons);
- Eigelb;
- angereicherte Margarine.

Die Sonne ist unsere wichtigste Vitamin D-Quelle!

Wie viel Vitamin D benötigen wir täglich?

Der offizielle Tagesbedarf an Vitamin D liegt im Falle einer fehlenden Eigensynthese bei schätzungsweise 20 µg, das entspricht 400 IE (Internationale Einheiten). Säuglinge bis zu 1 Jahr benötigen in etwa die Hälfte. Damit sie ausreichend mit Vitamin D versorgt sind, erhalten sie im 1. Lebensjahr regelmäßig ein Vitamin D-Präparat. Ein gesunder Vitamin D-Spiegel sollte im Blut bei 50 bis 75 nmol/l liegen.

Vitamin D ist in erster Linie wichtig für starke und gesunde Knochen, da es die Bildung und Reifung der Knochenstammzellen unterstützt, den Phosphat- und Kalziumhaushalt reguliert und die Mineralisation der Knochen fördert.

Regelmäßig, aber mäßig Sonne tanken!

Studien zufolge hat es weitere positive Auswirkungen auf unsere Gesundheit, so soll es u.a.:

- das Immunsystem stärken;
- Krankheitserreger abwehren;
- übermäßige Immunreaktionen hemmen;
- die Muskulatur kräftigen;
- das Nervensystem unterstützen;
- die Nervenzellen im Gehirn schützen;
- das Herz-Kreislauf-System positiv beeinflussen;
- Gefäßerkrankungen mindern;
- schützend gegen Krebs wirken;
- sich positiv auf die Psyche auswirken.

Was bedeutet ein Vitamin D-Mangel für den Körper?

Bei einer Unterversorgung können unterschiedliche Symptome auftreten, wie z.B.:

- Knochen-, Muskel- und Gliederschmerzen;
- abnehmende Knochendichte;
- erhöhtes Sturzrisiko;
- schlecht heilende Knochenbrüche;
- erhöhte Infektanfälligkeit;
- erhöhtes Allergie- und Tumorrisiko;
- Haarausfall;
- Stimmungsschwankungen;
- Migräne.

Ist der Vitamin D-Spiegel langfristig sehr niedrig, kann dies schwerwiegende Folgen für den Körper mit sich bringen. Immer mehr Studien deuten auf eine Verbindung zwischen einem Vitamin D-Mangel und verschiedenen Krankheiten.

Wissenschaftler haben festgestellt, dass nicht nur bei Osteoporose (Knochenschwund), Osteomalazie (Knochenerweichung) und Rachitis (Störung des Knochenstoffwechsels bei Kindern) ein Mangel an Vitamin D vorliegt. Sie gehen auch von einem Zusammenhang mit Bluthochdruck, Diabetes, Autoimmunerkrankungen, Depression, Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Demenz aus.

Ob die Unterversorgung nun Ursache oder Folge ist, bleibt Gegenstand weiterer Forschungen. Doch allein schon die Tatsache, dass es womöglich eine Verknüpfung gibt, sollte Grund genug sein, vorbeugend zu handeln.

Wer ist besonders gefährdet?

Gefährdet für einen Vitamin D-Mangel sind in erster Linie Personen, die sich wenig im Freien aufhalten. Dazu zählen insbesondere ältere Menschen, die oft immobil, chronisch krank oder pflegebedürftig sind und somit seltener nach draußen gehen. Darüber hinaus steigt die Gefährdung aufgrund der abnehmenden Eigenproduktion zudem generell mit dem Alter.

Auch Säuglinge haben ein höheres Risiko. Da ihre Haut noch keinen eigenen Sonnenschutz hat, sollten sie nicht dem direkten Sonnenlicht ausgesetzt werden. Entsprechend kann der Vitamin D-Bedarf nicht durch die körpereigene Produktion gedeckt werden.

Bei bestimmten Krankheiten (z.B. chronisch-entzündliche Darmerkrankungen) und Medikamenten (z.B. Arzneimittel gegen Epilepsie) liegt ebenfalls die Gefahr einer Unterversorgung vor, weil die Vitamin D-Verwertung und -Aufnahme gestört sind bzw. eine übermäßige Ausscheidung über die Nieren stattfindet.



Wie kann man einem Vitamin D-Mangel vorbeugen?

Zwischen März und Oktober ist es in der Regel kein Problem für den Körper, genügend Vitamin D zu produzieren. Laut aktuellen Empfehlungen sollte man Gesicht, Arme und Hände täglich unbedeckt und ungeschützt der Sonne aussetzen, um den Bedarf zu decken. Die Dauer ist dabei abhängig von der Intensität der Sonne und der Eigenschutzzeit der Haut und variiert je nach Hauttyp zwischen 5 und 25 Minuten.

Es wird dringend davon abgeraten, ein Vitamin D-Defizit mit dem künstlichen Licht von Solarien auszugleichen!

Die Sonne hat leider die negative Eigenschaft, dass sie unsere Haut auch schnell schädigen kann, indem sie Sonnenbrände verursacht und dadurch das Hautkrebsrisiko fördert. Deshalb sollte man bewusst mit ihr umgehen. Die Devise lautet: Regelmäßig, aber mäßig Sonne tanken!



Warum kommt es im Winter schneller zu einem Vitamin D-Mangel?

In unseren Breitengraden ist es in den Wintermonaten aufgrund der geringeren Sonnenstrahlung für den Organismus schwierig, genügend Vitamin D zu produzieren. Deshalb liegt bei vielen Menschen in den dunkleren Jahreszeiten auch ein Mangel vor.

Im Winter schafft der Körper es kaum bis gar nicht, selber Vitamin D herzustellen, da die Sonne zu schwach ist und wir die Haut wegen der Temperaturen größtenteils mit Kleidung bedecken, sodass keine UVB-Strahlung an sie herangelangt. Wenn zudem die Vitamin D-Speicher im Körper nicht ausreichend gefüllt sind, tritt schnell ein Mangel ein.

Da sich dieses Defizit nicht mit Lebensmitteln kompensieren lässt, empfiehlt sich in Absprache mit dem Hausarzt die Einnahme eines ergänzenden Präparates.

Ist eine Vitamin D-Überdosierung möglich?

Die Antwort lautet: ja. Neben einem Zuwenig kann auch ein Zuviel an Vitamin D im Körper vorliegen.

Theoretisch entsteht eine Überdosierung nicht auf natürliche Weise, d.h. weder durch übermäßige Sonnenstrahlung noch durch den reichlichen Verzehr von Lebensmitteln mit einem hohen Vitamin D-Gehalt.

Anders sieht es bei der Einnahme von hochdosierten Präparaten aus. Wird dem Körper eine zu große Menge an Vitamin D zugeführt, kann es aufgrund der Anreicherung zu einer Vergiftung kommen. Um dies zu vermeiden, ist es im Falle von hochdosierten Präparaten wichtig, dass der Hausarzt die Dauer der Einnahme sowie die Dosierung festlegt.

Bei einer Überdosierung können folgende Beschwerden eintreten:

- Nierensteine, -schäden oder gar -versagen;
- Appetitlosigkeit;
- Übelkeit und Erbrechen;
- unverhältnismäßiger Durst;
- verstärktes Wasserlassen;
- Kopfschmerzen;
- Schwächegefühl;
- Herzrhythmusstörungen;
- Nervosität.

Achten Sie auf Ihre Gesundheit!

Sorgen Sie im Sommer für den Winter vor: Bewegen Sie sich an sonnigen Tagen draußen an der frischen Luft, um Ihre Vitamin D-Speicher zu füllen – natürlich ohne das Risiko eines Sonnenbrandes einzugehen – und behalten Sie Ihren Vitamin D-Spiegel das ganze Jahr über im Auge. Ihre Gesundheit wird es Ihnen danken!

Füllen Sie Ihre Vitamin D-Speicher im Sommer auf!



Antibiotika: Wann nimmt man sie?

Antibiotika sind eine der bedeutendsten Entdeckungen der Medizingeschichte. Sie werden zur Behandlung von bakteriellen Infektionen eingesetzt. Bei Viruserkrankungen haben sie keinerlei Wirkung. Ein übermäßiger und fehlerhafter Einsatz von Antibiotika kann langfristig zu einer Resistenz gegen diese Art von Arzneimitteln führen.

Was sind Antibiotika?

In ihrer ursprünglichen und natürlichen Form sind Antibiotika Stoffwechselprodukte von Pilzen oder Bakterien. Sie haben die besondere Eigenschaft, das Wachstum krankmachender Bakterien zu hemmen bzw. diese abzutöten.

Schon in der Antike verwendeten die Menschen schimmelige oder vergorene Substanzen zur Heilung von Infektionen. Offiziell gilt jedoch die Entdeckung des Penicillins im Jahre 1928 als Grundstein der Antibiotika-Therapie.

Der schottische Mediziner und Mikrobiologe Alexander Fleming erforschte zu jener Zeit verschiedene Bakterien-Kulturen. Durch Zufall und Unachtsamkeit stieß er nach seinem Sommerurlaub auf eine Petrischale mit Bakterien, die er nicht geräumt hatte, und machte dabei eine revolutionäre Entdeckung: In der Schale hatten sich Schimmelpilze gebildet, die die Ausbreitung der Bakterien verhindert hatten. Dieser Moment gilt als Geburtsstunde des lebensrettenden Penicillins.

Heute gibt es viele verschiedene antibiotische Stoffe, die sowohl von natürlichen Substanzen abgeleitet als auch synthetisch hergestellt werden. Das bekannteste Mittel ist weiterhin das aus einem Schimmelpilz gewonnene Penicillin.

lin. Da Antibiotika eine rein antibakterielle Wirkung haben, helfen sie nicht in der Behandlung von viralen Infektionen, wie Grippe, akute Bronchitis oder Erkältung.

Häufig ist der krankheitsauslösende Bakterienstamm nicht genau auszumachen. In diesen Fällen wird meist ein sogenanntes Breitspektrum-Antibiotikum verordnet. Dieses greift unterschiedliche Bakterienarten an und erhöht die Wahrscheinlichkeit einer raschen Heilung.

Antibiotika-Resistenz

Seit jeher kämpfen die Forscher jedoch auch gegen eine steigende Resistenz der pathogenen Bakterien auf Antibiotika. Werden die Arzneimittel unsachgemäß und missbräuchlich verwendet, verlieren sie ihre Wirkung. Die Bakterien werden widerstandsfähiger und reagieren nicht mehr auf die Behandlung. Dies hat eine längere Krankheitsdauer zur Folge – unter Umständen besteht sogar Lebensgefahr.

Einzige Möglichkeit, einer steigenden Widerstandsfähigkeit vorzubeugen, ist, Antibiotika seltener und vor allem gezielter einzusetzen. Die Medikamente helfen nämlich ausschließlich bei der Behandlung bakterieller Infektionen. In allen anderen Fällen sind sie wirkungslos.

Unterschiedliche Antibiotika

Vor der Behandlung sollte möglichst herausgefunden werden, welcher Bakterienstamm die Infektion ausgelöst hat. Zum einen ist nicht jedes Antibiotikum wirksam gegen sämtliche Arten von Bakterien und zum anderen leben im Körper auch nützliche Bakterien (z.B. in der Darmflora), die geschützt werden müssen. Wenn der Erreger bekannt ist, kann der Arzt ein Schmalspektrum-Antibiotikum verordnen. Dieses greift gezielt nur den betreffenden Bakterienstamm an.

Selbstverantwortlich handeln

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

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

- in der verordneten Dosierung;
- zu den vorgegebenen Einnahmezeiten;
- ohne Auslassen einer Einnahme;
- während der gesamten vorgesehenen Behandlungsdauer.

Nur wenn diese Anweisungen befolgt werden, können alle schädlichen Bakterien im Körper zerstört werden. Bei einer unsachgemäßen Einnahme ist es möglich, dass einige Erreger überleben, sich wieder vermehren und resistent werden. Es ist zudem sinnlos, Antibiotika vorbeugend einzunehmen, um sich vor einer Erkrankung zu schützen. Ein solches Verhalten erhöht sogar das Risiko einer Resistenz der Bakterien und kann langfristig die Wirkung der Medikamente einschränken.

Auch sollten übrig gebliebene Antibiotika nicht aufbewahrt werden, um bei erneuter Erkrankung eingenommen werden zu können. Bringen Sie Restmengen immer zur Apotheke zurück.

*Ein verantwortungsvoller
Umgang mit Antibiotika
kann Leben retten!*



Eine vorbeugende Einnahme von Antibiotika ist sinnlos. Eine gute Handhygiene und ein korrektes Verhalten beim Husten tragen sicherlich zur Prävention bei.



Werden Sie ein „Antibiotika-Wächter“

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

Erste Hilfe:

Das richtige Verhalten im Notfall

O b bei Herzstillstand, Unfall oder allergischem Schock: Erste-Hilfe-Maßnahmen können Leben retten. Plötzlich in die Rolle des Ersthelfers zu geraten, ist für viele sicherlich eine Horrorgestaltung. Doch was müssen Sie beachten, wenn Sie an einem Unfallort eintreffen? Und wie gehen Sie bei einem Kreislaufstillstand vor? Wir haben die wichtigsten Schritte für Sie zusammengefasst.

Ruhe bewahren

Ein unachtsamer Moment im Straßenverkehr, am Arbeitsplatz oder beim Werkeln zu Hause: Ein Unfall ist schnell geschehen. Jetzt heißt es, einen kühlen Kopf bewahren und ruhig bleiben, auch wenn das schwerfällt.

Wenn Sie als Ersthelfer an einem Notfallort eintreffen, sollte Ihr erster Schritt die Sicherung der Unfallstelle sein. Achten Sie dabei unbedingt auf Eigenschutz! Begeben Sie sich nicht in Gefahr, denn niemandem ist geholfen, wenn auch Ihnen noch etwas zustößt. Schalten Sie daher bspw. bei der Sicherung eines Verkehrsunfalls Ihre Warnblinkanlage ein, tragen Sie eine Leuchtweste und stellen Sie ein Warndreieck auf. Bringen Sie danach Personen in Sicherheit, die sich noch im Gefahrenbereich befinden.

Versuchen Sie dann, sich einen Überblick zu verschaffen und die Situation zu verstehen. Was ist passiert? Wie viele Verletzte bzw. Erkrankte gibt es? Sind diese ansprechbar? Schütteln Sie die Personen dazu leicht an den Schultern und sprechen Sie sie laut an.

Reagiert ein Verunglückter oder Erkrankter nicht, sollten Sie die Atmung kontrollieren. Legen Sie hierzu eine Hand an die Stirn und die andere an das Kinn der Person und strecken Sie den Kopf leicht nach hinten, um die Atemwege freizulegen. Halten Sie dann Ihr Ohr über den Mund der Person, um zu prüfen, ob sie atmet. Gleichzeitig können Sie eine Hand auf den Brustkorb legen und beobachten, ob sich dieser gleichmäßig bewegt. Langsames und mühsames Atmen

Achten Sie in erster Linie auf Eigenschutz, denn Sie können niemandem helfen, wenn auch Sie in Gefahr sind!

oder Schnappatmung sind keine normale Atmungen und sollten als Anzeichen für einen Kreislaufstillstand gewertet werden!

112: Die Notrufzentrale kontaktieren

Nachdem Sie sich einen Überblick verschafft haben, sollten Sie den Notruf unter der Nummer 112 wählen. Übermitteln Sie Ihrem Gesprächspartner die wichtigsten Informationen zum Geschehen, damit dieser Ihnen schnellstmöglich die richtige Hilfe schicken kann:

- Wer sind Sie?
- Wo befinden Sie sich?
- Was ist passiert?
- Wie viele Verletzte bzw. Erkrankte gibt es?
- Welche Verletzungen bzw. Erkrankungen sind erkennbar?

Warten Sie auf Rückfragen und legen Sie erst auf, wenn Ihr Gesprächspartner das Okay dazu gibt.

Kreislaufstillstand: Jede Sekunde zählt!

Nicht nur bei Unfällen, sondern immer und überall können Personen einen Kreislaufstillstand erleiden. Was tun, wenn jemand bewusstlos ist und nicht mehr atmet? Eine Herzdruckmassage durchführen, ohne zu wissen, wie das richtig funktioniert? Oder lieber Hilfe suchen und abwarten?

Die Antwort ist ganz klar: Besser laienhafte Hilfe leisten, als gar nichts zu tun! Haben Sie keine Angst, Fehler zu machen – denn der einzige Fehler, den Sie tun können, ist nichts zu unternehmen. Für unterlassene Hilfeleistung können Sie sogar strafrechtlich belangt werden.

Bei einem Herzstillstand zählt jede Sekunde! Selbst bei einer falsch durchgeführten Herzdruckmassage hat der Patient bessere Chancen





Checkliste: Welche Reihenfolge bei der Lebensrettung?

- Sichern Sie den Ort des Geschehens und achten Sie dabei auf Eigenschutz.
- Verschaffen Sie sich einen Überblick über die Lage und prüfen Sie die Verletzten bzw. Erkrankten auf Lebenszeichen.
- Wählen Sie den Notruf. Wenn andere Personen in der Nähe sind, bitten Sie diese, die Notrufzentrale zu kontaktieren (112), damit Sie direkt zum nächsten Punkt übergehen können.
- Beginnen Sie bei bewusstlosen Personen ohne Atmung mit der Wiederbelebung und schließen Sie (wenn vorhanden) einen AED an. Auch hier können Sie auf die Unterstützung anderer bei der Herzdruckmassage zurückgreifen.
- Stillen Sie lebensbedrohliche Blutungen.
- Bringen Sie bewusstlose Personen mit Atmung in die stabile Seitenlage.

zu überleben als ohne: So liegt die Überlebenschance ohne schnelle Wiederbelebungsversuche bei lediglich 10 % und die Wahrscheinlichkeit von bleibenden Schäden am Gehirn ist aufgrund des Sauerstoffmangels sehr hoch.

Wenn jedoch schnell mit einer Herzdruckmassage begonnen wird, erhöht sich die Überlebenschance auf bis zu 70 % und die Wahrscheinlichkeit von bleibenden Hirnschäden sinkt. Allein der Versuch einer Wiederbelebung kann also bereits den Unterschied zwischen Leben und Tod ausmachen.

Jede Sekunde zählt!

Herzdruckmassage: So funktioniert's!

Legen Sie beide Hände auf die untere Hälfte des Brustbeins und drücken Sie den Brustkorb des Opfers fest und schnell (etwa 2 Mal pro Sekunde) ca. 5 bis 6 cm nach unten. Eine Herzdruckmassage ist anstrengend: Achten Sie daher darauf, dass Ihre Ellenbogen gestreckt bleiben, da Ihre Arme sonst schnell ermüden.

Setzen Sie die Massage fort, bis der Rettungswagen mit professioneller Hilfe eintrifft. Wenn in der Nähe andere Helfer sind, spannen Sie diese mit ein und wechseln Sie sich mit der Herzdruckmassage ab.

Bei Babys und Kleinkindern sollten Sie die Herzmassage mit 2 Fingern durchführen. Haben Sie keine Angst, denn auch hier gilt: Besser laienhaft handeln, als untätig zu bleiben!



Und die Atemspende? Laut der Richtlinien des Europäischen Rates für Wiederbelebung (ERC) ist die Ausführung einer Mund-zu-Mund-Beatmung nur noch dann zu empfehlen, wenn Sie als Ersthelfer geübt darin sind. Ansonsten sollten Sie lediglich bei der Herzdruckmassage bleiben.

Automatisierter Externer Defibrillator (AED)

3, 2, 1 – Weg vom Tisch! Diese Worte kennt man aus Filmen oder Arztserien. Dabei geben Ärzte mit Defibrillatoren kontrollierte Stromstöße ab, um das Herz ihrer Patienten neu zu starten. Automatisierte Externe Defibrillatoren (AED) sind hingegen speziell für Personen ohne medizinische Ausbildung entwickelt worden. Sie sehen ähnlich aus wie ein Verbandskasten, an

welchem ein in zwei geteiltes Kabel angeschlossen ist. An dessen Enden befinden sich zwei etwa postkartengroße Elektroden, mit denen das Gerät mit dem Patienten verbunden wird. Keine Angst: Die genaue Anleitung dazu finden Sie auf dem Gerät oder den Elektroden.

Ein AED ist in der Lage, mithilfe dieser Elektroden die Herzaktivität des Opfers zu analysieren und anzugeben, ob ein Schock notwendig ist. In diesem Fall leitet das Gerät Sie mithilfe einer Sprachfunktion durch die Wiederbelebung und sagt Ihnen genau, was Sie

tun müssen. Sie können im Prinzip also nichts falsch machen.

Wenn der AED entscheidet, dass kein Schock erforderlich ist, sollten Sie die Herzdruckmassage fortführen, bis der Rettungsdienst eintrifft.

AED sind immer häufiger zu finden, vor allem in Städten, Firmen und öffentlichen Gebäuden. Der Standort eines AED ist in der Regel durch eine eindeutige Beschilderung angezeigt. Halten Sie Ausschau nach einem weißen Herz mit Blitz und Plus-Zeichen auf grünem Hintergrund.



Sie wollen sich Erste-Hilfe-Wissen aneignen, um im Notfall besser vorbereitet zu sein?

Wir erstatten Ihnen **100 % der Teilnahmegebühren** an einem Erste-Hilfe-Kurs, der vom Belgischen Roten Kreuz oder von der VoG „Retten macht Schule“ organisiert wird. Für die Kostenerstattung benötigen wir Ihre Teilnahmebescheinigung.





Alkohol und Gesundheitsschäden

Ein Glas Wein zum Essen, einen Sekt zum Geburtstag oder einen Schnaps für die Verdauung – fast jeder kennt solche oder ähnliche Situationen, weil Alkohol fest in unserer Gesellschaft verankert ist.

Laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO) trinkt jeder Belgier im Durchschnitt 12,1 l reinen Alkohol pro Jahr. Dabei handelt es sich um ein erlaubtes Genussmittel, das allerdings genauso abhängig machen kann wie Drogen.

Aufnahmeprozess

Alkohol wird bereits über die Schleimhäute im Mund und anschließend über die Magen- und Dünndarmschleimhäute in den Blutkreislauf aufgenommen.

Unser Blut transportiert den Alkohol durch den ganzen Körper, sodass all unsere Organe wie Leber, Gehirn und Herz dem Alkohol ausgesetzt sind. Die höchste Konzentration im Blut wird 30 bis 60 Minuten nach dem Konsum erreicht.

Unmittelbare Wirkungen

Alkoholkonsum kann unterschiedlichste Wirkungen haben. Die Intensität der Auswirkungen kann dabei in Zusammenhang mit der körperlichen und psychischen Verfassung stehen.

Zu den möglichen Wirkungen, die eintreffen können, zählen:

- Beeinträchtigung der Gehirnfunktion, diese äußert sich bspw. durch verschwommenes Sehen oder Lallen, Beein-

trächtigung von Reaktion, Wahrnehmung und Temperaturregelung sowie Koordinations- und Orientierungsstörungen;

- Steigerung der Risikobereitschaft, da Situationen falsch eingeschätzt werden;
- Senkung der Hemmschwelle, was zu falschen Entscheidungen führen kann;
- starke Müdigkeit, da Alkohol dem Körper Wasser entzieht;
- Übelkeit und Erbrechen, da die Magenschleimhäute gereizt werden;
- Blutvergiftung, wenn in zu kurzer Zeit zu viel konsumiert wird und der Körper mit dem Abbau des Alkohols nicht nachkommt;
- bei sehr starkem Alkoholkonsum Atemnot oder -lähmung, was im schlimmsten Falle zum Koma bis hin zum Tod führen kann.

Langzeitfolgen

Alkoholkonsum kann auf Dauer unsere Organe erheblich belasten und die Entstehung schwerer Krankheiten begünstigen. Regelmäßiger Alkoholkonsum kann körperliche, psychische und soziale Auswirkungen haben. In Europa sterben täglich 800 Menschen an den Folgen ihres Alkoholkonsums.



Gravierende Langzeitfolgen sind:

- **Hirnschäden:** Vor allem bei Kindern und Jugendlichen kann regelmäßiger Alkoholkonsum gravierende Folgen für die Gehirnfunktionen haben, da sich das Gehirn noch ungefähr bis zum 20. Lebensjahr entwickelt.
- **Erhöhung des Krebsrisikos:** Eine Studie der Stiftung gegen Krebs zeigt, dass weltweit mindestens 4 % aller Krebserkrankungen auf den Konsum von Alkohol zurückzuführen sind, dazu gehören u.a. Brustkrebs, Dickdarm- und Enddarmkrebs, Leberkrebs, Magenkrebs sowie Mund- und Rachenkrebs.
- **Schwächung des Immunsystems:** Alkohol lähmt die weißen Blutkörperchen, vor allem die sogenannten Fresszellen, die zur Bekämpfung von Infektionen beitragen.
- **Herz-Kreislauf-Erkrankungen:** Regelmäßiger Alkoholkonsum bringt das Gleichgewicht der Elektrolyte im Körper durcheinander und greift ebenfalls die Zellen des Herzmuskels an.
- **Erkrankungen der Leber:** Diese können durch den toxischen Einfluss von Alkohol (Ethanol) und seinen Abbauprodukten entstehen, es kann von einer Fettleber bis hin zu ausgeprägteren Schädigungen wie einer Leberzirrhose (Schrumpfleber) kommen.
- **Mangelernährung:** Regelmäßiger Alkoholkonsum beeinflusst gastrointestinale Beschwerden (wie chronischer Durchfall, starke Bauchschmerzen usw.) und kann Entzündungen von Magen, Darm und Speiseröhre hervorrufen.

Gefahr der Abhängigkeit

Dauerhafter und regelmäßiger Alkoholkonsum kann sich zur Sucht entwickeln. Zunächst kann Alkohol angenehme Gefühle hervorrufen, man löst sich bspw. von Sorgen, fühlt sich selbstbewusster und glücklicher, weil negative Gefühle blockiert werden. Dadurch nimmt die Gefahr eines weiteren Konsums zu.

Bei regelmäßigem Konsum kann sich eine gewisse Toleranz gegenüber Alkohol entwickeln, d.h. für die gleichen gewünschten Effekte wird eine höhere Menge an Alkohol benötigt.

Bei der Entstehung einer Abhängigkeit können Persönlichkeit und Schicksalsschläge eine große Rolle spielen. Die Abhängigkeit entsteht schleichend und ist sehr individuell. Meist wird sie verleugnet oder verdrängt. Es kann sehr viel Zeit vergehen, bis die süchtige Person sich die Abhängigkeit eingesteht.

Typische Merkmale und Anzeichen einer Abhängigkeit sind:

- regelmäßiger Verlust der Kontrolle (kein Maß und kein Ende mehr);

- immer häufigerer Konsum und immer größere Mengen;
- starker Zwang und großes Verlangen, bis hin zu Entzugerscheinungen bei Nicht-Konsum;
- Fortsetzen des Konsums trotz körperlicher Beschwerden;
- Vernachlässigung eigener Interessen, beruflicher und häuslicher Verpflichtungen.

Hilfsmöglichkeiten

Falls eines oder mehrere dieser Merkmale bei Ihnen vorkommen sollten, so zögern oder schämen Sie sich nicht, professionelle Hilfe aufzusuchen oder sich jemandem anzuvertrauen. Auch wenn Ihnen solche Merkmale bei anderen Personen auffallen, legen Sie ihnen nahe, sich Hilfe zu suchen.



Eine Übersicht der Hilfsmöglichkeiten in Ostbelgien finden Sie auf unserer Website unter www.freie.be > Kontakte bei Alkoholproblemen



Zusätzliche Dienste

Unsere Krankenkasse sieht eine Erstattung für psychologische Beratungen vor, wenn diese durch einen anerkannten selbstständigen Psychologen durchgeführt werden.

Die Erstattung gilt für Einzelsitzungen oder auch für Paar- oder Familiensitzungen und beträgt **20 €** für die ersten **8 Sitzungen**, für **jede weitere Sitzung 15 €**.

Sie möchten einen geselligen Abend mit Freunden verbringen und haben Lust auf ein besonderes alkoholfreies Getränk?

Dann probieren Sie doch den „Golden Winter Mocktail“ aus!



Rezeptidee: „Golden Winter Mocktail“

Zutaten (für 4 Gläser):

- 400 ml abgekühlten Tee (z.B. Lindenblüten oder Kräuter)
- 400 ml naturtrüben Apfelsaft
- 60 ml Ahornsirup
- 2 Äpfel
- 2 unbehandelte Zitronen
- ½ Bund frischen Thymian
- 5 Zimtstangen
- etwas braunen Zucker
- Eiswürfel

Zubereitung:

1. Tee, wie auf der Packung angegeben, mit 1 Zimtstange aufsetzen und anschließend abkühlen lassen.
2. Zitronen waschen und halbieren. 3 Hälften auspressen und 1 Hälfte in dünne Scheiben schneiden.
3. Äpfel waschen. 1 Apfel ungeschält in dünne Spalten schneiden, 1 Apfel schälen und fein würfeln. Bei Bedarf ein wenig Zitronensaft über die geschnittenen Apfelstücke träufeln, damit diese nicht braun werden.
4. Tee, Zitronensaft, Apfelsaft und Ahornsirup in eine Glaskaraffe geben und alles gut verrühren.
5. Apfelwürfel und einige Zitronenscheiben hinzufügen, alles vorsichtig vermengen und 1 Stunde im Kühlschrank ziehen lassen.
6. Die Ränder von 4 Gläsern etwas anfeuchten und in den braunen Zucker tunken. Eiswürfel, Zitronenscheiben, Apfelspalten, Thymianzweige und je 1 Zimtstange in die Gläser geben und diese mit dem gekühlten Mocktail aufschütten.

Das Getränk lässt sich übrigens auch als Punsch genießen. Einfach die fertig angerührte Mischung aufkochen und warm servieren.

Viel Spaß beim Nachmachen!

Benefiz-Marathon 2023

Sind Sie dabei? 18.01.2023 - 25.01.2023

Weitere Infos:

www.los-ostbelgien.be



*Mit freundlicher
Unterstützung
der Freien!*

Rundum immer da.

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

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



@freie.be