

freie Magazin

Ausgabe Nr. 132



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

Reportage

Brustkrebs: Die am häufigsten diagnostizierte Krebsart bei Frauen

Versicherung

Krankenkasse einfach erklärt: Geplante Pflege im Ausland

Gesellschaft

Der Kampf am Esstisch: Wenn Gemüse und Obst auf der Strecke bleiben

Gewinnspiel

auf Seite 34



@freie.be

www.freie.be

Abs.: Freie Krankenkasse, Hauptstraße 2, B-4760 Büllingen
Erscheint dreimonatlich Oktober • November • Dezember 2024
P801141 Abgabestelle: Eupen Mail



Rundum geholfen.



Logopädische Behandlung?



Nicht immer beteiligt sich die gesetzliche Krankenversicherung an den Kosten für Logopädie.

In diesen Fällen erstatten wir **15 €** pro Sitzung
– bis zu **3.000 €** pro Jahr.

Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser,

jedes Jahr steht der Oktober für die Farbe Pink, denn weltweit wird in diesem Monat auf das Thema Brustkrebs, die am häufigsten diagnostizierte Krebsart bei Frauen, aufmerksam gemacht. In unserer Reportage geben wir Ihnen einen Überblick über diese komplexe Erkrankung und erklären Ihnen anhand einer Anleitung, wie Sie als Frau Ihre Brust abtasten können.

In der Rubrik Gesellschaft geht es u.a. darum, wie Sie Ihren Kindern Gemüse und Obst schmackhaft machen können und was es mit dem Träumen auf sich hat.

Die Kategorie Versicherungen umfasst eine Übersicht all unserer Erstattungen für Kinder, außerdem erläutern wir in unserer Reihe „Krankenkasse einfach erklärt“, worauf Sie achten müssen, wenn Sie einen Facharzt in der Grenzregion konsultieren möchten.

Diese und viele weitere interessante Themen finden Sie in der letzten Ausgabe unseres Freie Magazins für das Jahr 2024.

Wir wünschen Ihnen viel Spaß beim Lesen!

Ihre Freie Krankenkasse

Inhalt

News

4-6

Gesellschaft

7-13

- Gehen Sie verantwortungsvoll mit Antibiotika um!
- Der Kampf am Esstisch: Wenn Gemüse und Obst auf der Strecke bleiben
- Im Land der Träume

Versicherung

14-19

- Rundum Familie: Unsere Erstattungen im Überblick
- Hospitalia Kontinuität
- Krankenkasse einfach erklärt: Geplante Pflege im Ausland

Faktencheck

20-21

- 5 Fakten über Vasektomie

Reportage

23-28

- Brustkrebs: Die am häufigsten diagnostizierte Krebsart bei Frauen

Gesundheit

29-34

- Psychologische Betreuung: Leichter Zugang und bessere Erstattungen
- Gesunde Atemwege im Herbst und Winter
- Gewinnspiel

Aktuell

35

- Sie haben eine Beschwerde? Wir hören Ihnen gerne zu!

Impressum

Redaktion: Freie Krankenkasse

Kontakt: magazin@freie.be

Layout: Indigo

Fotos: Shutterstock, Adobe Stock

Druck: Roularta

Verantwortlicher Herausgeber:

Daniel Pfeiffer, 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.



Erstattung für Logopädie vereinfacht

Manche Menschen haben Probleme beim mündlichen oder schriftlichen Ausdruck. Solche Kommunikationsprobleme können anhand einer logopädischen Behandlung individuell aufgegriffen und behoben werden, sodass die Betroffenen freier und uneingeschränkter leben können.

Zum 1. August 2024 wurde die Erstattung der gesetzlichen Krankenversicherung für logopädische Behandlungen in einigen Punkten vereinfacht:

- In den meisten Fällen kann die Genehmigung nun direkt für einen Zeitraum von 2 Jahren erteilt werden. Nur für einige spezifische Störungen seltener Art gilt die Genehmigung weiterhin nur für 1 Jahr.
- Bisher durfte pro Kalenderjahr nur eine einzige Folgebilanz von der Krankenkasse erstattet werden. Künftig kann in bestimmten Situationen, z.B. wenn sich im Laufe der Behandlung die Krankheit verschlimmert, eine erneute Folgebilanz erstattet werden. Vom Honorar in Höhe von 72,28 € trägt der Patient lediglich einen Eigenanteil in Höhe von 11 €, bzw. 4,50 € für Personen mit Anrecht auf den Vorzugstarif.
- Für den Antrag an den Vertrauensarzt sollen künftig alle Logopäden ein standardisiertes Formular verwenden. Hierdurch soll sowohl die Antragstellung vereinfacht als auch die Genehmigungsprozedur beschleunigt werden.



Neuer Pensionsbonus in Kraft getreten

Seit dem 1. Juli 2024 können Sie einen sogenannten Pensionsbonus aufbauen: Dieser Bonus ist ein Betrag, den Sie zusätzlich zur Pension erhalten können, wenn Sie weiterhin arbeiten, obwohl Sie bereits in Rente gehen könnten.

Was ist der Pensionsbonus?

Der Pensionsbonus ist ein Zusatzgehalt, das Arbeitnehmer, Selbstständige und Beamte zusätzlich zu ihrer Pension erhalten, wenn sie über ihr frühestmögliches Renteneintrittsalter hinaus weiterarbeiten.

Die Höhe dieses Bonus ist abhängig von mehreren Faktoren, z.B. von der Anzahl der bisherigen Laufbahnjahre und davon, wie lange weitergearbeitet wird. Im Prinzip gilt: Je länger jemand berufstätig ist bzw. war, desto höher fällt die Prämie aus. Der Bonus kann während maximal 3 Jahren aufgebaut werden und endet mit dem Beginn der belgischen Ruhestandspension.

Bei diesem Zusatzgehalt handelt es sich um einen Nettobetrag, es ist also befreit von jeglichen Abgaben. Es kann als Einmalzahlung oder in monatlichen Teilbeträgen ausgezahlt werden.

Der Pensionsbonus muss nicht beantragt werden, sondern er wird automatisch aktiviert, wenn eine Person weiterarbeitet, obwohl sie bereits in Rente gehen könnte.





Erstattung für Sehhilfen

Eine Erstattung für Brillen, Kontaktlinsen und Gleitsichtbrillen ist durch die gesetzliche Krankenversicherung in manchen Fällen und generell durch unsere **Zusätzlichen Dienste** möglich. Die Erstattung fällt je nach Alterskategorie und Dioptrie unterschiedlich aus. Zum 1. Juli 2024 wurden die Bedingungen für eine Erstattung im Rahmen unserer **Zusätzlichen Dienste** vereinfacht.

Erstattung durch die gesetzliche Krankenversicherung

Kinder und Jugendliche können in den meisten Fällen eine Erstattung für Brillen durch die gesetzliche Krankenversicherung erhalten. Alle 2 Jahre kann eine Erstattung erfolgen oder früher, wenn sich die Dioptrienstärke um 0,5 verändert hat. Linsen werden nur in bestimmten Fällen erstattet.

Erwachsene zwischen 18 und 65 Jahren mit einer sehr hohen Dioptrie (≥ 6) und Erwachsene ab 65 Jahre (Dioptrie $\geq 4,25$) können für ihre Brillengläser und Linsen ebenfalls eine Erstattung durch die gesetzliche Krankenversicherung erhalten. Linsen werden nur in bestimmten Fällen erstattet.

Die Erstattung erfolgt nach wie vor auf Vorlage der Verschreibung des Augenfacharztes und der Optikerrechnung.



Erstattung durch unsere **Zusätzlichen Dienste**

Durch unsere **Zusätzlichen Dienste** sehen wir – unabhängig von einer eventuellen Intervention seitens der gesetzlichen Krankenversicherung – eine Erstattung für Brillengläser und Kontaktlinsen vor, die je nach Dioptrienstärke und Alter unterschiedlich ausfallen kann. Ergänzend zur vorerwähnten Zahlung der gesetzlichen Krankenversicherung zahlen wir für:

- Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre: bis zu **150 €** pro Jahr (Dioptrie ≤ 4 : 25 € pro Glas, Dioptrie > 4 : 75 € pro Glas), bis zu 2 Gläser oder Linsen.
- Erwachsene ab 18 Jahre: bis zu **175 €** (unabhängig der Dioptrie) alle 4 Jahre.

Eine Erstattung durch unsere **Zusätzlichen Dienste** konnte bisher nur auf Vorlage der Originalrechnung sowie der Verschreibung eines Augenfacharztes erfolgen. Diesbezüglich gibt es nun eine Änderung: Seit dem 1. Juli 2024 ist die Erstattung für Sehhilfen im Rahmen unserer **Zusätzlichen Dienste** nun möglich ohne eine fachärztliche Verordnung. Sie müssen lediglich die Originalrechnung Ihres Optikers bei uns einreichen. Für die Erneuerungsfrist der Erstattung ist das Lieferdatum des Optikers maßgebend.



Automatische Erstattung Ihrer Arztbesuche

Hausärzte, Fachärzte und Zahnärzte sollen ab nächstem Jahr verpflichtet sein, die **Behandlungsbescheinigungen elektronisch bei der Krankenkasse einzureichen** – mithilfe der Anwendungen **eAttest** und **eFact**.

Bei der Anwendung **eAttest** zahlt der Patient das gesamte Honorar für seinen Arztbesuch. Der Arzt schickt sofort elektronisch das **eAttest** an die Krankenkasse. Der Patient erhält die Erstattung innerhalb von 24 bis 72 Stunden direkt auf sein Konto.

Bei der Anwendung **eFact** zahlt der Patient beim Arzt lediglich seinen Eigenanteil und der Arzt erhält die Erstattung durch die Krankenkasse.

Doch nicht nur die Behandlungsbescheinigungen, auch Verschreibungen von Medikamenten (**Recip-e**) werden immer häufiger vom Arzt direkt an den Apotheker übermittelt. In Zukunft soll es außerdem möglich sein, die ärztlichen Verordnungen für Kinesitzungen digital übermitteln zu können.



Krankmeldung jetzt elektronisch möglich

Sie sind arbeitsunfähig und Ihr Hausarzt stellt Ihnen eine Krankmeldung aus? Ab jetzt können Sie ihn bitten, Ihre **Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung direkt elektronisch unserer Krankenkasse zu übermitteln**.

Wer durch Krankheit oder Unfall arbeitsunfähig ist, muss dies innerhalb einer bestimmten Frist der Krankenkasse melden, um das Anrecht auf Krankengeld zu eröffnen. Dies geschieht durch die vom Arzt ausgestellte „Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung“.

„Mult-eMediatt“ ist eine neue Anwendung, die es Hausärzten ermöglicht, die Krankmeldung auf elektronischem Wege an die Krankenkasse des Patienten, bzw. an Medex, den medizinischen Dienst für Arbeitgeber des öffentlichen Sektors, zu übermitteln.

Neben **Recip-e**, **eAttest** und **eFact** ist **Mult-eMediatt** ein weiterer Schritt zur Digitalisierung und Vereinfachung der belgischen Sozialversicherung.



Anrecht von Amts wegen auf den Vorzugstarif

Seit dem 1. Oktober 2024 gibt es ein neues Verfahren für das **Anrecht auf den Vorzugstarif: das Anrecht von Amts wegen**. Dieses Anrecht gilt für folgende Personen:

- Personen, die seit 3 Monaten arbeitsunfähig sind, kontrolliert arbeitssuchend sind oder bei denen eine Kombination aus beidem besteht;
- Invaliden;
- Selbstständige, die von einer „Gleichstellung wegen Krankheit“ betroffen sind.

Die betreffende Person muss **alleinstehend** sein oder die in ihrem Haushalt gemeldeten Personen müssen bei ihr als Personen zu Lasten eingetragten sein.

Die Krankenkasse überprüft bestimmte Angaben, die ihr vorliegen, um nachzusehen, ob die Höchstgrenze nicht überschritten wird. Ist dies nicht der Fall, wird das Anrecht auf den Vorzugstarif automatisch zuerkannt, ohne dass die betroffene Person eine „Ehrenwörtliche Erklärung“ einreichen muss.





Gehen Sie verantwortungsvoll mit Antibiotika um!

Noch immer werden Antibiotika viel zu oft unsachgemäß eingesetzt. Ein übermäßiger und fehlerhafter Gebrauch führt langfristig dazu, dass Bakterien resistent gegen diese Art von Arzneimittel werden. Dies hat eine längere Krankheitsdauer zur Folge – unter Umständen besteht sogar Lebensgefahr.

Alleine in Europa sterben jedes Jahr etwa 35.000 Menschen an einer bakteriellen Infektion, die sich aufgrund einer Antibiotika-Resistenz nicht behandeln lässt. Diese Zahl wird in Zukunft steigen, wenn wir nicht alles für einen verantwortungsvollen Umgang mit Antibiotika tun. Daher appellieren wir an Sie: Verwenden Sie Antibiotika nur, wenn es wirklich notwendig ist! Denn Antibiotika helfen lediglich bei Infektionen, die durch Bakterien ausgelöst werden. Bei viralen Erkrankungen wie Grippe, akute Bronchitis, Erkältung, Covid-19 oder RSV (respiratorisches Synzytial-Virus) sind sie wirkungslos.

Das sollten Sie beachten!

- Verwenden Sie Antibiotika nur dann, wenn sie Ihnen ärztlich verschrieben wurden.
- Nehmen Sie Antibiotika genau nach Anweisung des Arztes ein, d.h.:
 - in der verordneten Dosierung;
 - zu den vorgegebenen Einnahmezeiten;
 - ohne Auslassen einer Einnahme;
 - während der gesamten vorgesehenen Behandlungsdauer.
- Bewahren Sie übrig gebliebene Antibiotika nicht auf, um bei erneuter Erkrankung eingenommen werden zu können. Bringen Sie Restmengen immer zur Apotheke zurück.

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

Das können Sie tun!

Werden Sie zum „Antibiotika-Wächter“ und geben Sie auf der Website www.antibioticguardian.com Ihr Versprechen im Kampf gegen Antibiotika-Resistenz ab.

Weitere interessante Infos zum Umgang mit Antibiotika finden Sie auf der Website www.sprechenwirvonantibiotika.be.

Der Kampf am Esstisch:

Wenn Gemüse und Obst auf der Strecke bleiben



Viele Eltern kennen es: Das Kind isst zu eintönig, zu wenig oder greift nur bei süßen und anderen ungesunden Lebensmitteln zu. Die Mahlzeiten entpuppen sich zu regelrechten Kämpfen und bringen endlose Diskussionen mit sich. Hinzu kommen Sorgen und Ängste um die Gesundheit des Kindes, weil man denkt, dass es nicht genügend Nährstoffe zu sich nimmt. Welche Gründe kann es für solche Essprobleme im Kindesalter geben? Und was können Sie als Eltern tun?

Das Phänomen, dass Kinder bestimmte Nahrungsmittel – meist gesunde wie Gemüse und Obst – ablehnen, dass sie allgemein zu wenig essen, sich nur eintönig ernähren oder sogar weinen, wenn sie auf ihrem Teller Gemüse nur sehen, ist weit verbreitet. Die meisten Kinder kommen zwischen dem 2. und 6. Lebensjahr in eine solche Phase. Diese kann über Monate oder sogar Jahre hinweg andauern.

Dass ein Kind rein gar nichts essen möchte, kommt sehr selten vor, da Kinder eigentlich nicht freiwillig hungern. Krankhafte Essstörungen wie Mager- oder Esssucht treten in der Regel erst nach dem Kindesalter, ab ca. 12 Jahren auf.

Beobachtung ohne Panikmache

Befindet sich das Kind in einer schwierigen Essphase, ist es wichtig, dass Sie als Eltern den allgemeinen Gesundheitszustand beobachten. Tun Sie dies jedoch unauffällig, verbreiten Sie bei Ihrem Kind keine Angst. Bringen Sie auch nicht bei jeder Mahlzeit das Thema zur Sprache, denn das könnte die ohnehin schon angespannte Situation am Esstisch noch verschärfen.

Insofern Sie bei Ihrem Kind keine Wesensveränderung feststellen, es nach wie vor aktiv ist und nicht häufiger krank wird als sonst, sollten Sie sich erst einmal nicht zu viele Sorgen machen.

Ärztliche Untersuchung zur Sicherheit

Wenn Sie hingegen lieber auf Nummer sicher gehen möchten, auch wenn Ihrem Kind äußerlich nichts anzumerken ist, so können Sie Ihren Kinderarzt aufsuchen.

Jeder Körper reagiert anders auf Essprobleme. Während bei dem einen Kind die Werte im Normbereich bleiben, entstehen bei dem anderen Kind nachweisliche Mängel.

Sorgen der Eltern

Die Rebellion am Esstisch stellt sich für viele Eltern als nervliche Zerreißprobe heraus. Schließlich ist es ihre Aufgabe, für eine gesunde Entwicklung des Kindes zu sorgen und somit auch für eine gesunde Ernährung. Aber dies ist gar nicht so einfach, wenn das Kind besonders die gesunden Lebensmittel schlichtweg verweigert.

Ob eine solche Phase dann zum Problem wird, hängt natürlich davon ab, welche Lebensmittel das Kind vermehrt isst und welche es nie isst. Wenn ein Kind z.B. jegliche Gemüse- und Obstsorten komplett ablehnt, aber dafür große Portionen Kartoffeln, Reis oder auch Fleisch isst, ist dies erst einmal nicht unbedingt problematisch.



Wie viel sollte ein Kind essen?

Die benötigte Nahrungsmenge eines Kindes ist individuell und wird von mehreren Faktoren beeinflusst: Wachstumsschnelligkeit, Stoffwechsel, Körpergröße, Quantität und Qualität der körperlichen Bewegung usw.

Viele Eltern vergessen, dass ein Kind im Laufe des Tages Zwischenmahlzeiten zu sich nimmt, sei es in der 10-Uhr-Pause oder direkt nach der Schule. Dadurch ist es normal, dass das Kind zu den Hauptmahlzeiten nicht immer großen Appetit hat.

Mögliche Gründe für Essprobleme

Dass ein Kind so isst, wie die Eltern es gerne hätten, ist selten der Fall. Für Essschwierigkeiten kann es unterschiedliche Gründe geben. Wenn das Kind schon sprechen kann, lässt sich dies leichter herausfinden.

1. Skepsis gegenüber Unbekanntem

Bei der Bandbreite an Lebensmitteln gibt es für Kinder vieles zu entdecken und so ist es nicht verwunderlich, wenn sie Neuem skeptisch gegenüberstehen. Es kann bis zu 10 Anläufe benötigen, bevor ein Kind eine neue Geschmacksrichtung akzeptiert. Die Skepsis gegenüber unbekanntem Lebensmitteln ist zum Teil auf einen unserer Urinstinkte zurückzuführen: dem Schutzmechanismus vor giftigen Pflanzen.

2. Zustand der Mundgesundheit

Essschwierigkeiten können auch im Zusammenhang stehen mit vergrößerten Mandeln, Zahnschmerzen oder einer Fehlstellung des Kiefers.

3. Beschaffenheit oder negative Erfahrung mit Lebensmitteln

Manche Nahrungsmittel mögen wir Erwachsene nicht. Dabei können Geschmack, Konsistenz oder Geruch uns zuwider sein. Das ist bei Kindern nicht anders.

Hat ein Kind bereits negative Esssituationen erlebt (z.B. heftiges Verschlucken, Verbrennen durch zu heißes Essen) oder wurde es zum Essen gezwungen, so kann sich dies lange in seinem Gedächtnis verankern und zu Essschwierigkeiten führen.

4. Übergang von Milch zu Beikost und fester Nahrung

Essschwierigkeiten können auch entstehen, wenn neben der (Ersatz-)Muttermilch plötzlich Beikost und kurz darauf feste Nahrung auf dem Speiseplan stehen. (Ersatz-)Muttermilch hat einen süßlichen Geschmack. Somit ist der Geschmackssinn von Geburt an mit „Süßem“ vertraut – ein Grund, weshalb Kinder nach Beendigung der Milch-nahrung häufig süße Lebensmittel bevorzugen und sauer oder bitter schmeckende Lebensmittel erst einmal ablehnen.

5. Belastende Lebensumstände

Belastende Lebensumstände, wie der Tod einer nahestehenden Person, Mobbing, Trennung der Eltern usw., können sich negativ auf das Essverhalten auswirken.



Tipps und Methoden haben natürlich auch ihre Grenzen. Wenn Sie merken, dass absolut nichts hilft und Ihr Kind sich ungewöhnlich kraftlos oder müde fühlt und anders ist als vorher, dann suchen Sie einen Arzt, (Kinder-)Psychologen oder Ernährungsberater auf.





Tipps für eine entspannte Zeit am Familientisch

Auch wenn schwierige Essphasen bei Kindern meist von alleine weggehen, heißt das nicht, dass Sie als Eltern diesen keine Beachtung schenken sollten. Wir haben ein paar Ideen zusammengefasst, wie Sie Ihrem Kind andere Geschmäcker näherbringen können.

-  Gemüsesorten, die in der Beikostzeit meist gut bei Kindern ankommen, sind Möhre und Süßkartoffel. Nimmt das Kind diese Gemüsesorten gut an, dann können Sie nach und nach intensiver schmeckende Sorten unter den eher süßlichen Brei mischen. So gewöhnt sich Ihr Kind allmählich an andere Geschmäcker und nimmt diese langsam an.
-  Planen Sie gemeinsame Mahlzeiten ein. Essen Sie mindestens 1 Mal am Tag zusammen mit Ihrem Kind. Gemeinsame Mahlzeiten haben psychische und soziale Effekte: Kommunikation, Beziehungen, Regeln und Verhaltensweisen werden erlernt und gestärkt.
-  Gestalten Sie den Esstisch visuell ansprechend (z.B. mit schönen Servietten, frischen Blumen oder buntem Kindergeschirr). Sie können Motive für Tischsets ausdrucken, die Ihr Kind anmalen darf und welche Sie dann anschließend laminieren.
-  Beziehen Sie Ihr Kind in die Vorbereitung der Mahlzeiten ein. Es kann Ihnen helfen, die Einkäufe einzuräumen, die Lebensmittel zu waschen und kleinzuschneiden, das Essen im Kochtopf umzurühren u.v.m.
-  Wenn Ihr Kind warme Mahlzeiten verweigert, dann bieten Sie ihm die Gerichte doch mal lauwarm oder kalt an. Viele Kinder haben zeitweise Probleme mit warmem Essen.
-  Ist Gemüse einer der Hauptdiskussionpunkte, dann stellen Sie zwei Alternativen auf den Tisch. So hat Ihr Kind das Gefühl, selbst entscheiden zu dürfen, was es isst. Lassen Sie Ihrem Kind auch die Freiheit, etwas zu probieren und es dann wieder beiseite zu legen.
-  Denken Sie an Ihre Vorbildfunktion: Lebensmittel, von denen Sie möchten, dass Ihr Kind sie isst, sollten Sie selbst auch sichtbar vor Ihrem Kind essen.
-  Nach dem Kindergarten oder der Schule sind Kinder meist hungrig. Bieten Sie Ihrem Kind zwischen den Mahlzeiten möglichst gesunde Snacks an wie Obst, Gemüse oder Müsli.
-  Versuchen Sie, das Essen spielerisch zu gestalten, indem Sie lustige Geräusche machen, eine Geschichte mit bekannten Zeichentrickfiguren erzählen (z.B. Popeye, der durch Spinat stark und kräftig wurde) oder den Lebensmitteln lustige Namen geben (z.B. „Herr Brokkoli“ oder „Frau Zucchini“).
-  Kleinkinder entdecken die Welt mit all ihren Sinnen. Dazu gehört auch der Tastsinn. Lassen Sie Ihr Kind neue Lebensmittel auch mit den Händen entdecken, abtasten und erfühlen.
-  Wenn Ihr Kind Obst und Gemüse nicht in seiner normalen Form akzeptiert, versuchen Sie es mit Pürieren: Bereiten Sie statt Kartoffelpüree einen Gemüsekartoffelpüree zu, pürieren Sie die Gemüsestückchen in der Spaghettisoße oder bieten Sie das Gemüse als cremige Suppe an. Obst lässt sich gut in Smoothies verstecken, oder auch als gesundes Eis einfrieren.
-  Wenn Ihr Kind gekochtes Gemüse nicht mag, schneiden Sie das Gemüse gemeinsam mit Ihrem Kind und lassen Sie Ihr Kind das Gemüse roh probieren. Sie können Obst und Gemüse auch mit Ausstechformen ausstechen oder lustige Gesichter und Landschaften damit legen – versuchen Sie es einfach spielerisch.
-  Wenn Sie einen Garten oder ein Hochbeet haben, dann pflanzen Sie darin gemeinsam mit Ihrem Kind leckere Gemüsesorten. So bekommt es einen ganz anderen Bezug dazu und das Ernten bereitet den Kleinen meistens Spaß und Staunen.



Im Land der Träume



Ob schön oder gruselig, realistisch oder fantasievoll: Jeder Mensch träumt. An einige Träume kann man sich noch erinnern, in anderen Nächten hat man den Eindruck, gar nicht geträumt zu haben. Warum das so ist und wie die Welt der Träume in unseren Köpfen entsteht, erfahren Sie hier.

Was passiert beim Träumen?

Es gestaltet sich recht schwierig, Träume wissenschaftlich zu untersuchen. Denn zum jetzigen Zeitpunkt ist es noch nicht möglich, die Bilder, die ein Träumender in seinem Kopf sieht, auch für andere sichtbar werden zu lassen. Die Forscher sind also auf die Berichte der Testpersonen angewiesen. Und diese sind nun mal sehr subjektiv. Außerdem kennt es wohl jeder, dass man sich schon kurz nach dem Aufwachen gar nicht mehr bzw. nur sehr ungenau daran erinnern kann, was man überhaupt geträumt hat.

Allerdings können Forscher die Gehirnaktivität während des Träumens aufzeichnen. Spannend ist, dass das Gehirn im Schlaf nicht abschaltet, sondern weiterhin aktiv ist. Dabei unterscheidet sich jedoch die Art der Aktivität: Hirnareale, die im Wachzustand aktiv sind, sind nachts ruhiger, und Areale, die tagsüber eher im Hintergrund agieren, übernehmen im Traum die Kontrolle.

Wann träumen wir?

Der menschliche Schlaf lässt sich in verschiedene Schlafphasen einteilen. Besonders die REM-Phase wird mit Träumen in Verbindung gebracht und trägt daher manchmal auch den Namen Traumphase. In dieser Schlafphase ist das Gehirn besonders aktiv und die Träume somit intensiver als in den anderen Phasen. An diese Träume können wir uns auch am besten erinnern. Außerdem sind die Muskeln in der

REM-Phase entspannt und somit außer Gefecht gesetzt – was bspw. verhindert, dass wir während des Träumens aus dem Bett purzeln.

Das bedeutet jedoch nicht, dass wir ausschließlich in dieser Zeit träumen. Wir träumen jede Nacht und in jeder Schlafphase. Dann ist es auch möglich, dass wir unsere Muskeln nicht unter Kontrolle haben und wir möglicherweise die Bewegungen, die wir im Traum durchführen, ins reale Leben übertragen.

Warum träumen wir?

Ob Träume einen besonderen Sinn erfüllen und welcher das genau sein könnte, ist bis heute wissenschaftlich nicht eindeutig geklärt. Es wird vermutet, dass Träume eine Rolle bei der Gedächtnisbildung einnehmen. Da Träume meistens von Dingen handeln, die wir tagsüber erlebt haben bzw. die uns beschäftigen, scheint diese Idee nicht ganz abwegig. Das Gehirn sortiert nachts quasi mithilfe der Träume die Erlebnisse des Tages und entscheidet, was wichtig ist und was nicht. Auch Gefühle werden im Traum ein- und zugeordnet.

Des Weiteren wird vermutet, dass Träumen bei der Problemlösung helfen kann. Dadurch, dass das Unterbewusstsein im Traum alte und neue Informationen zusammenbringt, kann es zu kreativen Lösungsansätzen kommen. Das Gehirn kombiniert in Träumen aktuelle Probleme mit vergangenen Erlebnissen und Erfahrungen, um eine Lösung zu finden.

Ideen, die im Traum entstanden

Der Erfinder der Doppelstich-Nähmaschine, Elias Howe, soll die Lösung für die Umsetzung seiner Idee im Traum gesehen haben.

Auch die Struktur des Benzolmoleküls soll dem Chemiker Friedrich August Kekulé von Stradonitz im Traum erschienen sein.

Die Geschichte von „Dr. Jekyll und Mr. Hyde“ basiert auf einem Traum, den ihr Autor Robert Louis Stevenson eines Nachts durchlebt hat.

Der Beatles-Song „Yesterday“ ist wohl den meisten ein Begriff. Paul McCartney soll die Idee für den Text in einem besonders kreativen Traum gekommen sein.

222

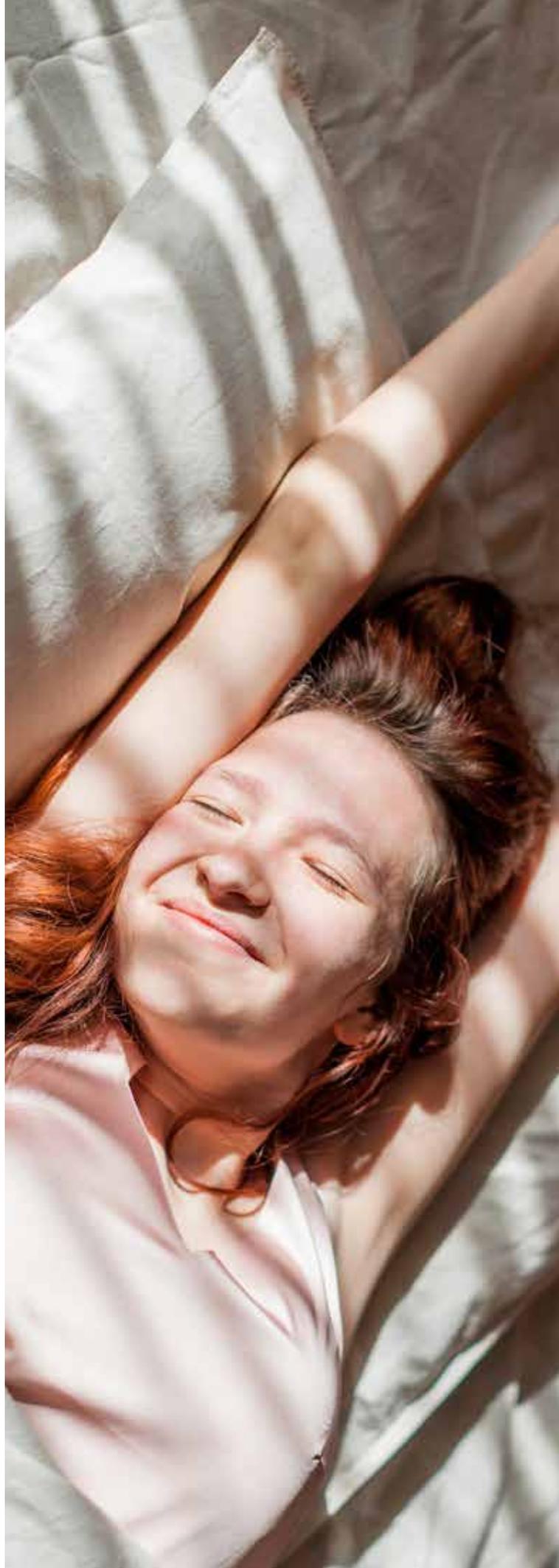
Was träumen wir?

Was wir nachts in unseren Träumen sehen, wird größtenteils davon bestimmt, was wir tagsüber erleben: von der Arbeit, von der Familie, was in der Freizeit passiert ist, aber auch von Sorgen und Problemen, die uns zur Zeit beschäftigen.

Dabei sind die Träume allerdings keine originalgetreue Abbildung unseres Alltags. Stattdessen sehen wir bspw. Personen, die wir kennen, in vollkommen unlogischen Situationen und Zusammenhängen.

Warum träumen wir von unmöglichen Dingen oder Erlebnissen?

Fliegen können wie ein Vogel oder andere Fähigkeiten, die man im echten Leben nicht hat: Im Traum ist alles möglich. Aber warum träumen wir von Dingen, die in der Realität so nicht existieren? Dafür sind 2 Hirnareale verantwortlich: Das ist zum einen der präfrontale Kortex. Dieser ist dafür zuständig, zu unterscheiden, was Sinn ergibt und was nicht. Im Wachzustand ist dieses „Kontrollorgan“ sehr aktiv. Im Schlaf arbeitet es hingegen deutlich weniger. Zum anderen ist für die fantastischen Begebenheiten in unseren Träumen der sekundäre visuelle Kortex verantwortlich, der bspw. arbeitet, wenn wir uns etwas vorstellen. Dieser Teil des Gehirns ist in einigen Schlafphasen sehr aktiv. Kommen also ein inaktives Kontrollorgan und eine übermäßig aktive Vorstellungskraft zusammen, entstehen Träume vom Fliegen oder von anderen verrückten Dingen und Geschehnissen, die wir erst in Frage stellen, nachdem wir wach geworden sind.



Was steckt hinter Alpträumen?

Leider sind nicht alle unsere Träume schön. Etwa 5 bis 10 % der Erwachsenen leiden unter wiederkehrenden Alpträumen – Menschen mit Traumata oder Krankheiten sogar noch deutlich häufiger. Oft wachen wir nach einem Alptraum schweißgebadet und außer Atem auf und können uns meistens auch daran erinnern, was uns im Traum widerfahren ist. Gegenstand der Alpträume sind bei Erwachsenen meist die aktuellen Sorgen, Ängste und Belastungen.

Jugendliche und Kinder sind jedoch am häufigsten von Alpträumen geplagt. Das liegt daran, dass es für sie noch viel Unbekanntes gibt, dem sie begegnen und das bedrohlich wirken kann. Außerdem können sie noch nicht so gut mit Sorgen und Ängsten umgehen – und verarbeiten daher viel im Schlaf.

Verschiedene Studien über Alpträume deuten außerdem auf die Möglichkeit hin, dass das Gehirn sich durch Alpträume auf gefährliche Situationen im richtigen Leben vorbereitet und den Träumenden quasi im Schlaf trainiert, wie er mit Gefahren umgeht bzw. wie er diese verhindert.

Was hilft bei Alpträumen?

Abendliche Rituale können dabei helfen, Alpträume zu vermeiden. Sei es spazieren gehen, ein Entspannungsbad nehmen oder Tagebuch schreiben: Wichtig ist, möglichst entspannt und frei von sorgenvollen Gedanken ins Bett zu gehen.

Manchmal leidet man auch an einem Alptraum, der immer wieder auftaucht. Dann kann es hilfreich sein, sich tagsüber den Traum in Erinnerung zu rufen und zu überlegen, wie man den Alptraum umwandeln kann, damit er sich zum Positiven entwickelt. Hierzu sollten Sie den Traum aufschreiben oder aufmalen und überlegen, welche Elemente Sie verändern können, damit er ein gutes Ende findet. Diesen veränderten Traum sollten Sie sich dann tagsüber regelmäßig anschauen und ins Gedächtnis rufen, damit Sie Ihr Gehirn auf die positive Variante des Traums programmieren.

In seltenen Fällen können Personen an chronischen Alpträumen leiden. Wird jemand jede Nacht von Alpträumen heimgesucht, kann es zu einer verminderten Leistungsfähigkeit kommen, die im schlimmsten Fall zu Depressionen, Bluthochdruck oder sogar einem Hirnschlag führen kann. Wenn Sie an chronischen Alpträumen leiden, sollten Sie einen Arzt oder einen Psychologen aufsuchen.



Gut zu wissen

Das Wort Alptraum geht auf das Wort „Alb“ zurück. Alben sind in der Mythologie Fabelwesen, die sich nachts auf die Brust von schlafenden Menschen setzen und ihnen so den Atem rauben. Nach einem Alptraum wacht man mit klopfendem Herzen auf und muss erst einmal nach Luft schnappen, so kam es zu diesem Begriff.



Erstattung für Psychologie

Neben der Erstattung der gesetzlichen Krankenversicherung für Psychologiesitzungen sehen wir im Rahmen unserer **Zusätzlichen Dienste** eine Erstattung für Beratungen bei einem selbstständigen Therapeuten vor, in Höhe von **20 €** für die ersten 20 Sitzungen und **15 €** für jede weitere Sitzung.



Mehr Infos zur Erstattung für Psychologie finden Sie auf unserer Website unter www.freie.be > Leistungen > Psychologie

Rundum Familie:

Unsere Erstattungen im Überblick

Entdecken Sie unser Plus für Ihre Familie. Durch unsere Zusätzlichen Dienste bieten wir unterschiedliche Erstattungen für werdende Eltern, Babys und heranwachsende Kinder. Finden Sie hier einen Überblick über unsere wichtigsten Vorteile rund um Ihre Familie.

Vorbereitung auf die Geburt

Für Geburtsvorbereitungskurse erstatten wir pro Elternteil bis zu **50 €** der Teilnahmegebühr. Mütter können diesen Vorteil alternativ für pränatale Wassergymnastik oder einen Rückbildungskurs nutzen. Bereiten Sie sich bestens auf die Geburt vor oder stärken Sie Ihren Körper im Nachhinein.



Babygeld

Endlich ist das neue Familienmitglied bei Ihnen eingezogen! Egal ob Geburt oder Adoption – mit der Eintragung des kleinen Erdenbürgers in unsere Krankenkasse erhalten Sie ein Babygeld in Höhe von **350 €**.



Babyschwimmen und Babymassage

Damit sich Ihr Baby pudelwohl fühlt und sich bestmöglich entwickelt, unterstützen wir Sie in den ersten beiden Lebensjahren mit **50 €** pro Jahr für die Teilnahme an einem Babyschwimm- oder Babymassagekurs.



Impfungen

Impfungen spielen in den ersten Lebensjahren Ihres Neunkömmlings eine wichtige Rolle. Die meisten Impfstoffe werden kostenlos verabreicht. Für alle weiteren anerkannten Impfstoffe sehen wir eine jährliche Erstattung von **30 €** vor.



Ergotherapie, Logopädie, Psychomotorik

Therapien, für die die gesetzliche Krankenversicherung keine Erstattung vorsieht, unterstützen wir mit **15 €** pro Sitzung.



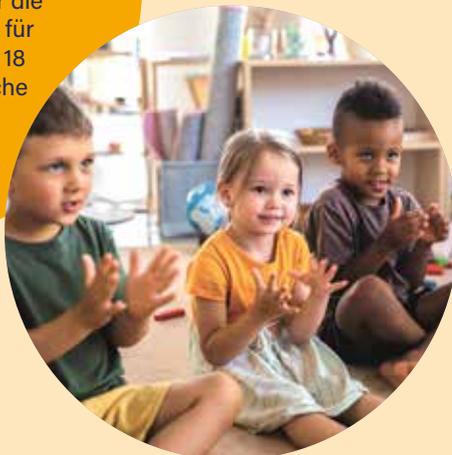
Sehhilfen

Für Brillengläser oder Linsen sehen wir ergänzend zur gesetzlichen Erstattung folgende Kostenübernahme vor: **25 €** (Dioptrie $\leq \pm 4$) oder **75 €** (Dioptrie $> \pm 4$) pro Glas oder Linse, bis zu 2 Gläser oder Linsen pro Jahr.

Spezialgestelle für Kinder bis 4 Jahre erstatten wir zu **50 €** pro Jahr.

Ferienaktivitäten

Ihr Kind nimmt an einem Ferienlager teil? Sie können einen Zuschuss bis zu **5 € pro Tag** (maximal 20 Tage im Jahr) für die Teilnahmegebühr erhalten – für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre sowie für ehrenamtliche Leiter bis 25 Jahre.



Zahnspange

Für kieferorthopädische Behandlungen „erster Absicht“ sehen wir bis zu **250 €** vor, für die darauffolgende Behandlung bis zu **800 €** – beide Erstattungen erfolgen parallel zu der Auszahlung der gesetzlichen Krankenversicherung.



Gesundheitskosten

Auch der Arztbesuch bleibt bei Kindern nicht aus: Wir erstatten Ihnen die gesetzlichen Eigenanteile, die nach einer jährlichen Eigenbeteiligung von **12,50 €** zu Ihren Lasten bleiben – und das bis zum 18. Geburtstag.



Entdecken Sie alle Vorteile unserer **Zusätzlichen Dienste** auf unserer Webseite unter www.freie.be > Versicherungen > Zusätzliche Dienste > Das Plus der Freien



Hospitalia Kontinuität

Sind Sie über Ihren Arbeitgeber einer Gruppenversicherung für Krankenhauskosten angeschlossen? Doch haben Sie auch schon einmal darüber nachgedacht, was passiert, wenn Ihr Arbeitsverhältnis endet oder Sie den Arbeitgeber wechseln? Möglicherweise verlieren Sie dann die Vorteile dieser Versicherung und müssen hohe Prämienzuschläge zahlen, wenn Sie sich einer gleichwertigen Versicherung anschließen möchten. Unsere Lösung für Sie: Hospitalia Kontinuität. Mit dieser Versicherung wahren Sie Ihre Rechte, wenn Sie zu einem späteren Zeitpunkt in unsere Krankenhausversicherungen Hospitalia oder Hospitalia Plus wechseln.

Geringe
monatliche
Prämien



Eintrittsalter bestimmt
Prämienkategorie



Bis zu **50 € pro Tag**
für Krankenhauskosten,
nach Intervention der
Gruppenversicherung

Späterer Wechsel in **Hospitalia** oder
Hospitalia Plus direkt möglich,
d.h. **ohne Wartezeit, ohne**
medizinischen Fragebogen
und **ohne Prämienzuschläge**



Die Deckung gilt bei:

- **Tagesaufenthalt** (nur in Belgien)
- **Krankenhausaufenthalt** mind. 1 Nacht (Belgien und Ausland)



Weitere Infos finden Sie auf unserer Website unter www.freie.be > Versicherungen > Hospitalia Kontinuität

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

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).



Krankenkasse einfach erklärt:

Geplante Pflege im Ausland

Es ist kurzfristig kein Termin bei einem belgischen Facharzt verfügbar oder der deutsche Facharzt praktiziert näher als der belgische? In manchen Situationen ist es möglich, sich grenzüberschreitend behandeln zu lassen und dafür eine Erstattung zu erhalten.

Wer kann eine Pflege im Ausland beanspruchen?

Grenzgänger

Wer innerhalb der Europäischen Union in einem Land lebt und in einem anderen Land arbeitet, hat als Grenzgänger die Möglichkeit, in beiden Ländern Gesundheitspflege in Anspruch zu nehmen. Die Kostenübernahme ist unkompliziert und geschieht durch die Krankenkasse des jeweiligen Landes.

lich gibt es verschiedene situationsbedingte Regelungen: Für manche Behandlungen kann man, bevor man sich zur Behandlung ins Ausland begibt, die Genehmigung der Krankenkasse des Wohnlandes beantragen. Insofern diese erteilt wird, stellt die Krankenkasse einen S2-Schein aus. Auf dessen Basis können im Behandlungsland die Kosten von einer dortigen Krankenkasse übernommen werden.

Bewohner einer Grenzregion

Bewohner einer Grenzregion können bestimmte Pflegeleistungen im Nachbarland beanspruchen. Diesbezüg-

Ist dieses Verfahren nicht möglich, so muss der Patient die Kosten selbst tragen. Für manche Pflegeleistungen kann er jedoch von der Krankenkasse seines Wohnlandes anschließend eine Erstattung erhalten.



Allgemeine Voraussetzungen

Eine Erstattung für im Ausland erhaltene Pflege ist nur möglich, wenn es in Belgien eine gleichwertige Pflegeleistung gibt und es sich um eine belgische Kassenleistung handelt.

Geplante stationäre Aufenthalte müssen immer vorher vom Vertrauensarzt genehmigt werden. Ohne vorherige Genehmigung ist keine Erstattung möglich.



Mögliche Erstattungen und Regelungen im Überblick

Um welche geplante Pflegeleistung handelt es sich und an welchem Ort?		 Kostenübernahme durch eine ausländische Krankenkasse mittels S2-Schein (im Vorfeld bei uns zu beantragen) oder  Erstattung im Nachhinein (bei uns einzureichen)	Regelung
Raum Aachen, Bitburg-Prüm, Daun	Fachärztliche Behandlung	 Durch Überweisung eines belgischen Facharztes an den deutschen Facharzt mit Begründung, Angabe der Diagnose und der vorgesehenen Behandlung. oder  Rechnungen ≤ 200 € werden zu 75 % erstattet. Rechnungen > 200 € werden nach belgischem Tarif erstattet.	OBR
	Fachärztliche psychiatrische oder kinderpsychiatrische Behandlung	 Durch einfache schriftliche Anfrage des Mitgliedes mit Angabe des Arztes, der Adresse und des Behandlungstermins.	OBR
	Bildgebende Verfahren (MRT, CT-Scan, PET-Scan)	 Durch Verordnung des behandelnden deutschen Facharztes im Grenzgebiet.	OBR
	Andere ambulante Leistungen (z.B. Besuch bei einem Allgemeinmediziner, Zahnarzt, Röntgen- und Laborleistungen)	 Erstattung nach belgischem Tarif (nicht konventioniert), insofern es diese Leistung in gleicher Form in Belgien gibt.	EU
	Ankauf von Medikamenten	 Erstattung nach belgischem Tarif, insofern das Medikament in gleicher Form in Belgien verfügbar ist und es sich nicht um ein genehmigungspflichtiges Medikament handelt.	OBR
	Krankenhausaufenthalt	 Durch präzise Anfrage eines belgischen oder deutschen Facharztes im Grenzgebiet (Diagnose, vorgesehene Behandlung, Notwendigkeit des stationären Aufenthalts, Dauer, Name der Klinik und der Abteilung).	OBR
EU-Land	Entbindung	 Durch einfache schriftliche Anfrage des Mitgliedes mit Angabe des errechneten Geburtstermins und der Klinik im Ausland.	Geburt
	Ambulante Behandlung (z.B. ein Besuch bei einem Allgemeinmediziner, Facharzt, Zahnarzt)	 Erstattung nach belgischem Tarif (nicht konventioniert), insofern es diese Leistung in gleicher Form in Belgien gibt.	EU
	Ambulante Behandlung, für die in Belgien eine Genehmigung notwendig ist (z.B. Zahnsperre, Logopädie, Kinesitherapie)	 Erstattung nach belgischem Tarif (nicht konventioniert), insofern die Genehmigung durch den Vertrauensarzt erteilt wurde.	EU
	Bildgebende Verfahren (MRT, CT-Scan, PET-Scan)	 Erstattung erst nach Überprüfung, ob die Leistung im belgischen Erstattungstarif vorgesehen ist und sie nicht in einem akzeptablen Zeitraum in Belgien stattfinden kann.	EU
	Krankenhausaufenthalt	 Durch schriftliche Mitteilung des Mitgliedes mit Bericht eines belgischen Facharztes, der die Behandlung im Ausland verordnet.	EU



Ostbelgienregelung (OBR)

Die Ostbelgienregelung richtet sich speziell an die Bewohner der Gemeinden Amel, Büllingen, Burg-Reuland, Bütgenbach, Eupen, Kelmis, Lontzen, Raeren, Sankt Vith, Weismes, Malmedy, Baelen, Bleyberg und Welkenraedt, die der gesetzlichen belgischen Krankenversicherung unterliegen und die im benachbarten deutschen Grenzraum Pflege in Anspruch nehmen möchten.



Entbindung im Ausland

Alle Einwohnerinnen der EU, des EWR und der Schweiz haben das Recht, in gleich welchem dieser Länder ihr Kind zur Welt zu bringen. Auf Anfrage des Mitgliedes muss die Krankenkasse des Wohnlandes den S2-Schein „Entbindung“ ausstellen. Auf dessen Basis erfolgt die Kostenübernahme durch eine Krankenkasse des Entbindungslandes zu den dort geltenden Tarifen.



Pflege innerhalb der Europäischen Union (EU)

Unter bestimmten Bedingungen können in Belgien versicherte Personen Pflege in einem anderen EU-Land in Anspruch nehmen. Eine stationäre Behandlung muss vorab von der Krankenkasse genehmigt werden. Eine ambulante Behandlung kann im Nachhinein erstattet werden. Je nach Leistung und Honorar des Arztes kann die Erstattung aber gering ausfallen.



Ausgeschlossene Leistungen im Rahmen einer geplanten Pflege im Ausland:

- Leistungen, die im Bereich der belgischen gesetzlichen Krankenversicherung nicht vorgesehen sind, z.B. Akupunktur, Osteopathie, alternative Medizin, psychologische Beratungen. Für manche dieser Leistungen ist jedoch eine Erstattung durch die Zusätzlichen Dienste unserer Krankenkasse möglich;
- Medikamente, die in Belgien nicht erstattbar sind oder die nicht in derselben Darreichungsform erstattbar sind;
- Pflegeleistungen, die nicht von einem Facharzt erbracht werden;
- ästhetische Chirurgie;
- notärztliche Versorgung gilt nicht als geplante Pflege, diese wird durch die Europäische Krankenversicherungskarte abgedeckt.

Rehakliniken und psychiatrische Kliniken im deutschen Grenzraum

Unter bestimmten Voraussetzungen ist eine Kostenübernahme möglich für funktionelle und psychiatrische Rehabilitation im deutschen Grenzraum. Welche Institution hierfür zuständig ist und welcher Antrag einzureichen ist, um Anrecht auf eine Erstattung zu erhalten, erfahren Sie auf unserer Website.



Alle wichtigen Infos finden Sie unter www.freie.be > Meine Situation > Krankheitsbedingte Situation > Behandlung im Ausland > Geplante Behandlung > Rehabilitation im Ausland

5 Fakten über Vasektomie

Ist ein Mann sicher, dass er keine Kinder mehr haben möchte, dann kann er über eine Vasektomie nachdenken. Die Vasektomie ist eine dauerhafte Art der Verhütung: Die Samenleiter beim Mann werden operativ durchtrennt, sodass keine Spermien mehr in das Ejakulat gelangen können.



1 Wie sicher ist eine Vasektomie?

Die Vasektomie ist die zuverlässigste Verhütungsmethode für den Mann. Nur in einigen wenigen Fällen kann es zu einer sogenannten Rekanalisierung kommen: Das bedeutet, dass die Samenleiter in den ersten Wochen bzw. Monaten nach dem Eingriff wieder zusammenwachsen und die Männer wieder fruchtbar werden. Der Pearl-Index (Zuverlässigkeit einer Verhütungsmethode) der Vasektomie liegt damit bei etwa 0,1. Das bedeutet, dass 1 von 1.000 Frauen trotz der Vasektomie ihres Partners innerhalb 1 Jahres ungewollt schwanger wird.

2 Schützt eine Vasektomie vor sexuell übertragbaren Krankheiten?

Die Vasektomie dient einzig und allein der Verhinderung einer Schwangerschaft. Krankheiten können auch übertragen werden, wenn der Mann unfruchtbar ist. Schutz gegen sexuell übertragbare Krankheiten und Infektionen bieten lediglich Kondome.



3 Ist „Mann“ nach der Vasektomie sofort unfruchtbar?

Wichtig zu wissen ist, dass ein Mann nicht sofort nach der Vasektomie zeugungsunfähig ist. Es befinden sich immer noch Spermien in den Nebenhoden und Samenleitern. Es dauert einige Wochen bis Monate, bis er wirklich unfruchtbar ist. Zur Sicherheit sollte die Samenflüssigkeit einige Wochen bzw. Monate nach der Operation untersucht werden. Erst wenn keine Spermien mehr zu finden sind, kann auf alle weiteren Verhütungsmittel verzichtet werden.

4 Beeinflusst eine Vasektomie das Sexleben?

Viele Männer befürchten, dass eine Vasektomie dazu führt, dass sie an Erektionsproblemen oder einer geringeren Libido leiden oder dass sie sich weniger männlich fühlen. Diese Sorgen sind allerdings unbegründet: Die Hoden produzieren weiterhin Testosteron, wodurch die Hormone im Gleichgewicht bleiben. Und auch der Samenerguss verändert sich nicht, denn die Samenzellen machen nur etwa 5 % des Ejakulats aus. Erektion und Orgasmus fühlen sich also so an wie vor der Operation.

5 Lässt sich eine Vasektomie rückgängig machen?

Grundsätzlich ist eine Vasektomie umkehrbar, indem die Samenleiter in einer erneuten Operation wieder miteinander verbunden werden. Dieser Eingriff ist allerdings recht kompliziert und sehr aufwändig. Und auch wenn die Operation erfolgreich war, heißt das nicht, dass der Mann unbedingt wieder fruchtbar wird. In den meisten Fällen tauchen zwar wieder Spermien im Ejakulat auf, die Schwangerschaftsrate nach einer rückgängig gemachten Vasektomie liegt allerdings nur bei etwa 50 bis 70 %. Bevor man sich für eine Vasektomie entscheidet, sollte man sich also gründlich Gedanken dazu machen, denn es handelt sich um eine Entscheidung, die das restliche Leben betrifft.



Themenabende

Die nächsten von uns organisierten Themenabende stehen an. Es erwarten Sie Vorträge zu interessanten Themen des Alltags.

- ✓ Familienleben: Babybegleitung
- ✓ Wohlbefinden: Umgang mit Tinnitus
- ✓ Ernährung: Gesunder Darm
- ✓ Häusliche Pflege: Wenn Eltern älter werden

*Wir freuen uns
auf Sie!*

Weitere Infos finden Sie
auf unserer Website unter
www.freie.be > Themen-
abende





Brustkrebs:

Die am häufigsten diagnostizierte Krebsart bei Frauen

Jährlich erkranken mehr als 10.000 Belgierinnen an Brustkrebs. Bei frühzeitiger Diagnose und Behandlung sind die Heilungschancen allgemein sehr gut. Hier spielt vor allem die Vorsorge eine entscheidende Rolle. Deshalb sollten sich alle Frauen eins zu Herzen nehmen: Tasten Sie sich regelmäßig ab und nehmen Sie Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen wahr. Schließlich geht es um Ihr Leben.

Anatomie der weiblichen Brust

Die weibliche Brust liegt auf dem Brustmuskel auf und besteht aus Fett-, Binde- und Drüsengewebe. Das Drüsengewebe setzt sich aus verschiedenen Drüsenlappen zusammen, die sich wiederum in mehrere Drüsenläppchen (Lobuli) aufteilen. Dort wird die Muttermilch gebildet. Von den Drüsenläppchen ausgehend führen Milchgänge (Ductus lactiferi) zur Brustwarze.

Neben den verschiedenen Gewebearten wird die Brust außerdem von Blut-, Nerven- und Lymphbahnen durchzogen. Die Lymphbahnen sind ein wichtiger Bestandteil des Immunsystems und sorgen mit ihren Lymphknoten dafür, dass Abbauprodukte von Zellen sowie Krankheitserreger abtransportiert werden.

Brustkrebsarten

Als Brustkrebs bezeichnet man bösartige Zellveränderungen in der Brust. In der Medizin spricht man auch von „Mammakarzinomen“.

Die häufigste Brustkrebsart ist das duktales Mammakarzinom, das in den Milchgängen entsteht, gefolgt vom lobulären Mammakarzinom, welches seinen Ursprung in den Drüsenläppchen nimmt. Daneben gibt es Mischformen aus diesen beiden Arten sowie seltenere Sonderformen.

Brustkrebs ist eine sehr komplexe Erkrankung. Sie kann jede Frau treffen, in jeder Lebensphase auftreten und verschiedene Formen und Ausmaße annehmen.

1 von 7 Frauen erkrankt in ihrem Leben an Brustkrebs.

Männer haben ein **100 x** geringeres Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, als Frauen.

Brustkrebs steht in Europa an **1. Stelle** der Todesursache von Frauen.

80 % der Brustkrebsfälle sind hormonbedingt.

1 von 4 Brustkrebsfällen könnte durch die richtige Vorsorge verhindert werden.

75 % der erkrankten Frauen sind älter als 50 Jahre.

Brustkrebs im Frühstadium

Die Krebszellen haben noch keine anderen Regionen oder Organe des Körpers befallen und es sind keine oder nur wenige Lymphknoten betroffen.

Metastasierter Brustkrebs

Die bösartigen Zellen haben sich über die Blut- und Lymphbahnen ausgebreitet („gestreut“) und an anderen Stellen im Körper neues Krebsgewebe, sogenannte Metastasen, gebildet. Häufig befallen sind Knochen, Leber und Lunge.

Nicht invasiver Brustkrebs

Lokale Krebszellen („in situ“) sowie veränderte Zellen, aus denen potenziell Krebszellen entstehen können, werden als nicht invasiv bezeichnet. In den meisten Fällen handelt es sich um eine Krebsvorstufe, die sich primär in Form von Kalkablagerungen in den Drüsenläppchen und Milchgängen äußert.

Invasiver Brustkrebs

Die Krebszellen sind ausgehend von den Drüsenläppchen und Milchgängen in das angrenzende Gewebe eingedrungen.

Rezeptorpositiver Brustkrebs

Auf ihrer Oberfläche können Brustkrebszellen spezielle Rezeptoren für bestimmte Botenstoffe haben.

Hormonrezeptorpositive Brusttumore reagieren besonders sensibel auf die Hormone Östrogen und Progesteron und wachsen durch deren Einfluss.

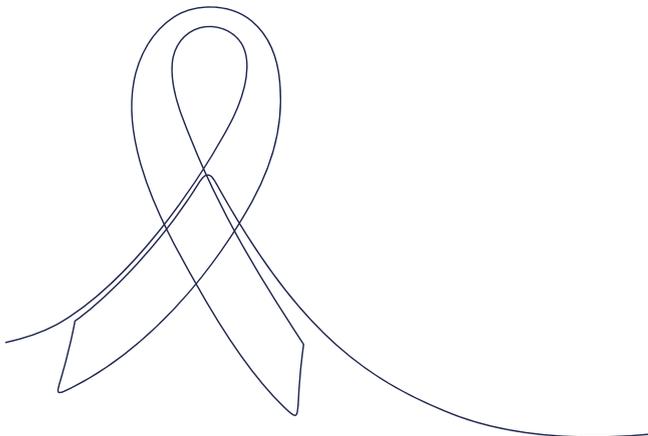
Bei HER2-positivem Brustkrebs weisen die bösartigen Zellen übermäßig viele Rezeptoren für den Wachstumsfaktor HER2 auf, der ein unkontrolliertes Wachstum von bösartigem Krebsgewebe fördert.

Erblich bedingter Brustkrebs

Auslöser ist eine Veränderung des Erbguts in manchen Genen, vor allem in den Genen BRCA1 und BRCA2 (BRCA: „Breast Cancer“), welche als Tumorsuppressoren agieren und die unkontrollierte Teilung von geschädigten Zellen verhindern.

Sind bereits mehrere nahe Verwandte an Eierstock- oder Brustkrebs erkrankt, empfiehlt es sich, einen Gentest durchführen zu lassen. Dieser gibt Aufschluss darüber, ob eine mögliche genetische Veranlagung vorliegt und damit ein erhöhtes Erkrankungsrisiko einhergeht.

Fällt das Testergebnis positiv aus, bedeutet dies nicht automatisch, dass die Betroffene tatsächlich an Brustkrebs erkranken wird. Es kann allerdings Anstoß geben, die Vorsorge engmaschiger wahrzunehmen, und somit dazu beitragen, dass eine Erkrankung frühzeitig erkannt und behandelt wird.



„Gene Expression Profiling“

Wenn Brustkrebs bei Ihnen in einem frühen Stadium diagnostiziert wird, kommen Sie für ein sogenanntes „Gene Expression Profiling“ (GEP) in Frage. Dieser Test gibt an, ob eine Chemotherapie für Sie von Vorteil sein kann oder nicht.

Die gesetzliche Krankenversicherung erstattet einen Gentest, wenn dieser in einer vom LIKIV anerkannten Klinik für Brustkrebs durchgeführt wird.



Brustkrebs vor oder nach der Menopause

Die meisten Frauen erkranken postmenopausal, d.h. nach Eintritt der Wechseljahre. Doch auch junge Frauen in ihren fruchtbaren Jahren können an Brustkrebs erkranken. Meistens verläuft die Erkrankung bei ihnen viel aggressiver.

Der Zeitpunkt der Krebserkrankung spielt insbesondere bei der Wahl der Behandlungsmethode eine wichtige Rolle.

Einstufung

Das Krebsstadium wird nach der sogenannten internationalen TNM-Klassifikation bestimmt. Dabei werden die Tumorgöße und -ausdehnung (T), der Lymphknotenbefall (N: „nodus“ (Knoten)) und der Nachweis einer Metastasierung (M) untersucht und festgelegt.

Außerdem wird mit dem Differenzierungsgrad ermittelt, wie stark sich die bösartigen Zellen von den gesunden unterscheiden. Dieser Grad gibt Aufschluss über das Wachstumsverhalten des Tumors und hilft dabei, die geeignete Behandlungsmethode zu wählen.

Risikofaktoren

Die genaue Ursache von Brustkrebs konnte bisher nicht eindeutig geklärt werden. Es gibt jedoch eine Reihe von Faktoren, die einzeln oder auch im Zusammenspiel die Entwicklung dieser Tumorart begünstigen können.

So bestimmt neben dem Alter und der Familiengeschichte – Faktoren, auf die Sie keinen Einfluss nehmen können – vor allem der Lebensstil, wie hoch das Erkrankungsrisiko ist. Bei Frauen, die sehr ungesund leben, ist die Wahrscheinlichkeit, an Brustkrebs zu erkranken, sehr hoch.

- 
- Übergewicht
 - Alkohol
 - Rauchen
 - Bewegungsmangel
 - Stress

Auch eine frühe erste Periode, ein später Beginn der Wechseljahre, eine Erstgeburt über 30 Jahre und Kinderlosigkeit können die Entstehung von Brustkrebs begünstigen.

Wissenschaftler gehen davon aus, dass sich rund 25 % aller neuen Brustkrebserkrankungen durch das Führen eines gesunden Lebensstils verhindern lassen.

Vorsorge

Eine Frau, die ihre Brust gut kennt, nimmt mögliche Veränderungen schneller wahr und kann rechtzeitig reagieren. Indem Sie sich regelmäßig mit Ihrem Körper auseinandersetzen, können Sie Schlimmeres vermeiden und so für ein langes und gesundes Leben sorgen.

Nehmen Sie sich Zeit für Ihre Gesundheit.

Abtasten

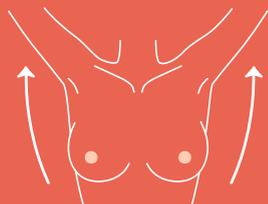
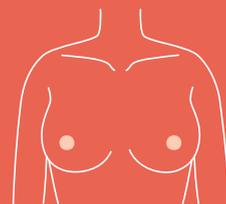
Eine der wichtigsten vorsorgenden Maßnahmen, wenn es darum geht, Brustkrebs frühzeitig zu entdecken, ist das Abtasten der Brust. Durch regelmäßige Selbstuntersuchung kann jede Frau Auffälligkeiten bei sich feststellen. Wirkt etwas verdächtig, besteht der nächste Schritt darin, die entdeckten Anomalien fachärztlich abklären lassen.

So tasten Sie sich richtig ab!

1.

Schauen

Stellen Sie sich vor einen Spiegel. Die Arme lassen Sie dabei seitlich herunterhängen. Betrachten Sie aufmerksam Ihre Brüste. Sind Größe oder Form der Brüste seit der letzten Selbstuntersuchung unverändert? Ist die Farbe der Brustwarzen noch wie zuvor? Liegen die Brüste weiterhin auf derselben Höhe auf?



Heben und senken Sie anschließend mehrmals Ihre Arme und beobachten Sie dabei, wie sich Ihre Brüste und Brustwarzen bewegen. Legt sich die Haut in Falten, zieht sie sich ein oder wölbt sie sich vor? Gehen die Brüste bei jeder Bewegung gleichmäßig rauf und runter? Bleiben die Brustwarzen auf derselben Höhe?

2.

Fühlen

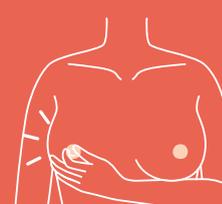
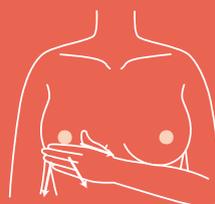
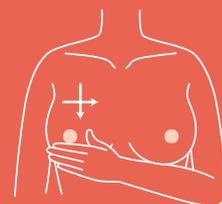
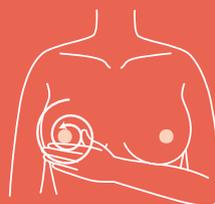
Der nächste Schritt besteht darin, jede Brust einzeln abzutasten. Dafür verwenden Sie die 3 mittleren Finger der entgegengesetzten Hand. Die andere Hand legen Sie an den Hinterkopf.

Bewegen Sie zunächst die Fingerspitzen in immer kleiner werdenden Kreisbewegungen vom Außenrand der Brust in Richtung Brustwarze. Untersuchen Sie dabei auch die Achselhöhle.

Danach tasten Sie die Brust mit unterschiedlicher Druckintensität von oben nach unten, von außen nach innen sowie strahlenförmig ab.

Drücken Sie mit Daumen und Zeigefinger auf Ihre Brustwarze, um zu überprüfen, ob eine farbige Absonderung oder eine anormale Flüssigkeit austritt.

Legen Sie sich abschließend auf den Rücken und wiederholen Sie alle Tastbewegungen. Achten Sie dieses Mal besonders auf den unteren Brustbereich und die Partie unterhalb der Brustfalte.



Bedenken Sie, dass sich das Brustgewebe unter Einfluss des Zyklus zu gewissen Momenten oft dichter und kno-
tiger anfühlt. Deshalb ist es sinnvoll, die Selbstuntersuchung etwa 1 Woche nach Beginn der Regelblutung durch-
zuführen, da die Brust dann meistens weicher und druckunempfindlicher ist.

Nach den Wechseljahren spielt der Zeitpunkt keine Rolle mehr. Gewöhnen Sie sich aber eine gewisse Routine
für das Abtasten an (z.B. jeden ersten Sonntag im Monat), damit Sie einer Regelmäßigkeit in Ihrer Selbstuntersu-
chung folgen.

Das Abtasten der Brust ist in jedem Alter sinnvoll.

Warnzeichen

Veränderungen der Brust können harmlos sein. Sie können aber auch auf eine mögliche Brustkrebserkrankung hindeu-
ten. Nehmen Sie jedes Warnzeichen wahr und lassen Sie Ihre Beschwerden und Symptome beim kleinsten Zweifel fachärztlich
untersuchen. Denn je früher ein Mammakarzinom entdeckt und
behandelt wird, desto größer sind die Heilungschancen.

- Warum habe ich plötzlich Schmerzen in meiner Brust?
- Ich spüre eine Verhärtung in meiner Brust.
- Ist das ein Knoten, den ich da in meiner Achselhöhle ertaste?
- Die Haut an meiner Brust sieht irgendwie anders aus.
- Was ist das für eine Rötung in der Nähe meiner Brustwarze?
- Warum tritt aus meiner Brustwarze Flüssigkeit aus?

Mammographie

Die Mammographie ist eine Röntgenuntersuchung der Brust. Sie wird bei Beschwerden und verdächtigen Symptomen sowie als
Screening-Methode zur Früherkennung von Brustkrebs einge-
setzt. Die Brüste werden zwischen 2 Plexiglasplatten möglichst
flach zusammengedrückt und von Röntgenstrahlen durchleuch-
tet. So können kleinste Knoten, Mikrokalkablagerungen, Ver-
dichtungen, Vorstadien von Brustkrebs und andere Anomalien
sichtbar gemacht werden.

Projekt „Mammotest“

In Belgien können Frauen im Alter zwischen 50
und 69 Jahren alle 2 Jahre kostenlos einen Mam-
motest (Mammographie oder Ultraschalluntersu-
chung) durchführen lassen, um so eine Brustkrebs-
erkrankung frühzeitig zu erkennen.

Ultraschalluntersuchung

Gerade bei jungen Frauen ist das Brustgewebe sehr dicht, wes-
halb eine Mammographie keine zuverlässigen Ergebnisse liefert
und Auffälligkeiten leicht übersehen werden. Hier empfiehlt sich
daher eine Ultraschalluntersuchung.



Behandlung

Welcher Therapieweg eingeschlagen wird und wie hoch die Heilungschancen sind, hängt von der Art des Brustkrebses ab. Bei der Wahl der Behandlung werden Faktoren wie Größe und Ausbreitung des Tumors, Entartungsgrad der Krebszellen, Alter der Patientin usw. berücksichtigt. Es wird nicht nach einem pauschalen Verfahren vorgegangen. Jeder Fall ist individuell und wird auch individuell behandelt.

Egal ob operative Entfernung des Tumors, Mastektomie (operative Entfernung der Brust), Brustrekonstruktion, Strahlentherapie, Chemotherapie, Medikamenten- oder Antihormoneinnahme: Jede Behandlung bringt für die Patientinnen eine Reihe von körperlichen Nebenwirkungen sowie psychische Herausforderungen mit sich.

Anerkannte Brustkliniken

In Belgien gibt es anerkannte Brustkliniken, die ein spezialisiertes Betreuungs- und Behandlungsprogramm für Frauen – und auch Männer – mit Brustkrebs anbieten.

Meist handelt es sich bei diesen Kliniken um spezialisierte Abteilungen innerhalb eines Krankenhauses. Die Brustkliniken ermöglichen eine umfassende und qualitativ hochwertige multidisziplinäre Versorgung und erfüllen strenge Anforderungen, damit jede Patientin – und jeder Patient – die bestmögliche Behandlung erhält.

Neue Erstattungsbedingungen

Eine Studie des Föderalen Fachzentrums für Gesundheitspflege (KCE) belegt, dass das Risiko, an Brustkrebs zu sterben, für Frauen, die in einer nicht anerkannten Brustklinik behandelt werden, um 30 % höher liegt als bei Frauen, die in einer spezialisierten Einrichtung behandelt werden.

In Anbetracht dieser Erkenntnisse sind die Bedingungen für die Erstattung von Brustkrebsbehandlungen in Belgien überarbeitet worden.

Seit dem 1. August 2024 werden Behandlungspläne und chirurgische Eingriffe bei Brustkrebs nur noch erstattet, wenn diese in einer anerkannten Brustklinik durchgeführt werden. Nachbehandlungen wie Strahlen- oder Chemotherapie werden auch in anderen Einrichtungen erstattet – vorausgesetzt, diese arbeiten mit den zugelassenen Zentren zusammen. Ziel dieser Maßnahme ist es, die Qualität und die Zugänglichkeit der medizinischen Versorgung für alle Patientinnen – und Patienten – zu gewährleisten.



Eine Liste aller in Belgien anerkannten Brustkliniken und der Einrichtungen, die mit diesen Zentren zusammenarbeiten, finden Sie auf der Website des FÖD Volksgesundheit.

Änderungen in der gesetzlichen Krankenversicherung für Krebspatienten

Seit dem 1. Juli 2024 gibt es Änderungen in der gesetzlichen Krankenversicherung bzgl. verschiedener Erstattungen, die mit einer Krebsbehandlung in Verbindung stehen.

Kopftücher und andere Kopfbedeckungen

Seit dem 1. Juli 2024 können Krebspatienten nicht nur eine Erstattung für eine Perücke in Anspruch nehmen, sondern auch für ein Kopftuch oder eine andere Kopfbedeckung. Die Erstattung kann sich auf bis zu 3 Accessoires beziehen und ist auf 120 € begrenzt. Dabei kann entweder eine Erstattung für eine Perücke oder für Accessoires in Anspruch genommen werden, die Erstattungen können nicht kumuliert werden.



Zusätzliche Dienste

Ist seitens der gesetzlichen Krankenversicherung keine Erstattung für eine Perücke vorgesehen, sehen wir durch unsere **Zusätzlichen Dienste** eine Erstattung vor. Die Erstattung liegt bei 75 % der Kosten, bis zu **180 €** pro Person. Die Erneuerungsfrist beträgt ebenfalls 2 Jahre.

Kühltherapiesitzungen bei Chemotherapie

Das Kühlen von Händen und Füßen während der Chemotherapie kann dabei helfen, das Abbrechen oder Abfallen der Nägel sowie Schmerzen und Nervenschädigungen an den Gliedmaßen zu mindern. Seit dem 1. Juli 2024 erstattet die gesetzliche Krankenversicherung 15 € pro Kühltherapiesitzung.

Garantie schwere Krankheiten

Haben Sie als Mitglied der Krankenhausversicherung Hospitalia oder Hospitalia Medium oder Hospitalia Plus die Option „Garantie schwere Krankheiten“ hinzugewählt, dann können Sie eine zusätzliche Erstattung erhalten für ambulante Pflegekosten, die in Zusammenhang mit Ihrer Krebsbehandlung stehen, bis zu 7.000 € pro Jahr.



Mehr zu diesem Thema finden Sie auf unserer Website unter **www.freie.be** > Versicherungen > Hospitalia – Hospitalia Plus > Garantie schwere Krankheiten

Psychologische Betreuung:

Leichter Zugang und bessere Erstattungen

Die mentale Gesundheit spielt eine äußerst große und entscheidende Rolle in unserem Leben. Gerät unsere Psyche ins Ungleichgewicht, kann sich dies auf all unsere Lebensbereiche negativ auswirken. Jeder 4. Belgier ist irgendwann in seinem Leben von psychischen Problemen betroffen. Wenn der Austausch mit dem sozialen Umfeld nicht ausreicht, ist es wichtig, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, bevor die psychischen Beschwerden sich verfestigen oder verschlimmern.

Soziales Umfeld

Falls Sie merken, dass Ihre psychische Gesundheit leidet, bzw. wenn Sie oder andere Personen zunehmend negative Veränderungen bei sich feststellen, kann ein erster Ansatz darin bestehen, sich einer Person Ihres Umfeldes anzuvertrauen. Das fällt nicht leicht, ist aber bedeutsam, weil es ein erster Schritt in die helfende Richtung ist. Die Person, der Sie sich anvertrauen, kann jemand aus Ihrer Familie, aus Ihrem Freundeskreis, ein Arbeitskollege, ein Mitschüler oder auch Ihr Hausarzt sein.

Professionelle Hilfe

Oft ist es jedoch so, dass dieser erste Schritt auf Dauer nicht ausreicht und professionelle Hilfe in Anspruch genommen werden sollte. Zögern Sie hierbei nicht, denn die psychische Gesundheit ist ein Schlüsselement unseres Lebens. Geht es uns psychisch nicht gut, kann sich dies auf all unsere Lebensbereiche auswirken. Auf der Suche nach professioneller Hilfe ist es nicht immer einfach, schnell und rechtzeitig die richtige psychische Beratung oder ambulante Versorgung zu

erhalten. Diesbezüglich kann es vielerlei Hürden geben, sei es praktischer oder finanzieller Art.

Um dem entgegenzuwirken, sind Versorgungsnetzwerke mit dem System „Erste-Linie-Psychologie“ geschaffen worden. Alle Personen mit leichten bis mittelschweren psychischen Problemen sollen professionelle Einzel- oder Gruppensitzungen in Anspruch nehmen können und das zu einem günstigeren Preis. Dies gilt sowohl bei einer psychologischen Erstbetreuung als auch im Rahmen einer spezialisierten psychologischen Betreuung.

Erste-Linie-Psychologie

Die gesetzliche Krankenversicherung sieht Erstattungen vor für Psychologiesitzungen, die durch einen klinischen Psychologen oder Orthopädagogen erfolgen, der einem anerkannten Versorgungsnetzwerk für psychische Gesundheit angeschlossen ist.

Netzwerk „Mentale Gesundheit Ostbelgien“

In der Deutschsprachigen Gemeinschaft gibt es das vom Landesinstitut für Kranken- und Invalidenversicherung (LIKIV) anerkannte Netzwerk „Mentale Gesundheit“.

Auf der Website www.mentale-gesundheit.be können Sie die Liste der Psychologen einsehen, die dem Netzwerk beigetreten sind.

Netzwerk RéSME

Das Netzwerk RéSME (Réseau de Santé Mentale de l'Est) besteht weiterhin. Dort sind überwiegend französischsprachige Therapeuten verfügbar.

Auf der Website www.resme.be finden Sie einen Therapeuten auch in Ihrer Nähe. Einen Überblick über organisierte Gruppensitzungen mit den Daten innerhalb des Netzwerkes finden Sie ebenfalls auf dieser Website unter „Séances de groupes“.

Eine Übersicht über alle Netzwerke in Belgien sowie weitere hilfreiche Informationen finden Sie auf der Website www.sprichdarueber.be.

3 Arten von psychologischer Betreuung

Zum 1. April 2024 ist ein neues Abkommen in Kraft getreten, welches das Angebot der Erste-Linie-Psychologie landesweit auf koordinierte Weise stärken und ausweiten soll. Es gibt 3 Arten von psychologischer Betreuung. Für diese benötigen Sie keine ärztliche Verschreibung.

• **Gemeinschaftsorientierte**

Interventionen: Diese Form der psychologischen Betreuung wird innerhalb einer Gemeinschaft angeboten (z.B. in der Schule oder in einem Sportverein) und richtet sich an Gruppen. Die Schwerpunkte liegen hier auf Resilienz*, Psychoedukation* und Selbstfürsorge. Ziel der Sitzungen ist es, zu lernen, wie man sich um die eigene psychische Gesundheit und die der anderen kümmern kann. Die gemeinschaftsorientierten Interventionen sind kostenlos und können anonym besucht werden.

- **Psychologische Unterstützung:** Hier geht es um die Ergründung des Anliegens, die Förderung der psychischen Gesundheit durch Unterstützung der Resilienz* und die Früherkennung von psychischen Problemen, bevor diese sich verschlimmern. Durch eine Reihe von kurzfristigen, allgemeinen Interventionen mit leichter bis mittlerer Intensität wird den Symptomen und deren Verschlimmerung vorgebeugt und der Betroffene bzw. dessen Umfeld in der eigenen Resilienz* gestärkt. Diese Form wird sowohl in Einzel- als auch in Gruppensitzungen durchgeführt. Wenn die psychologische Erstunterstützung nicht ausreicht, kann der Pflegeleistende Sie an eine spezifischere und intensivere Behandlung verweisen.

- **Psychologische Behandlung:** Hierbei wird mithilfe des behandelnden Arztes eine funktionelle Bedarfsanalyse erstellt. Im Rahmen der psychologischen Erstbehandlung werden umfassendere therapeutische Ansätze angewandt, die über die reine Stärkung der Resilienz hinausgehen. Auch diese Art der Behandlung wird in Form von Einzel- oder Gruppensitzungen angeboten.

***Resilienz:** Fähigkeit, schwierige Lebenssituationen ohne anhaltende Beeinträchtigung zu überstehen bzw. sich von ihnen zu erholen, psychische Widerstandskraft.

***Psychoedukation:** Methodisches Vorgehen, bei dem der Patient und ggf. sein Umfeld auf verständliche Weise über die Krankheit und deren Behandlung aufgeklärt wird, im Hinblick auf ein besseres Krankheitsverständnis, einen selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit und eine Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung.

Verschiedene Altersgruppen

Die Angebote sind in verschiedene Altersgruppen unterteilt, um bestmöglich auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten eingehen zu können:

- Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene bis 23 Jahre:
 - Angebot für „Kinder und Jugendliche“ (bis 23 Jahre einschließlich);
 - Angebot für „junge Erwachsene“ (ab 15 Jahre bis 23 Jahre einschließlich).
- Erwachsene ab 24 Jahre.

Die Alterskategorien von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen überschneiden sich, um ein angemessenes Angebot für Personen im Alter von 15 bis 23 Jahren zu gewährleisten. Diese können, je nach Art ihrer Bedürfnisse, entweder das Betreuungsnetz für „Kinder und Jugendliche“ oder für „junge Erwachsene“ wählen.

Erstattung

Ist Ihr Psychologe oder Orthopädagoge konventionell und einem Netzwerk für mentale Gesundheit angeschlossen, übernimmt die gesetzliche Krankenversicherung über das Drittzahlersystem einen Großteil der Kosten. Sie müssen dann nur den Teil zahlen, der sowieso zu Ihren Lasten bleibt:

- Die erste Einzelsitzung ist immer kostenlos.
- Für jede weitere Einzelsitzung zahlen Sie 11 € bzw. 4 €, wenn Sie Anrecht auf den Vorzugstarif haben.
- Pro Gruppensitzung zahlen Sie 2,50 €.

Seit dem 1. Februar 2024 entfällt der Eigenanteil für Personen bis 23 Jahre (einschließlich). D.h. bei dieser Personengruppe kommt die gesetzliche Krankenversicherung vollständig für die Kosten auf.

i

Das Betreuungsangebot der Erste-Linie-Psychologie ergänzt andere bereits bestehende Initiativen wie Beratungsstellen, Dienste für psychische Gesundheit usw. Darüber hinaus ist es immer möglich, einen Psychologen oder Psychotherapeuten außerhalb der Netzwerke zu konsultieren. In diesem Fall legt der Pflegeleistende seine Tarife selbst fest.



Zusätzliche Dienste

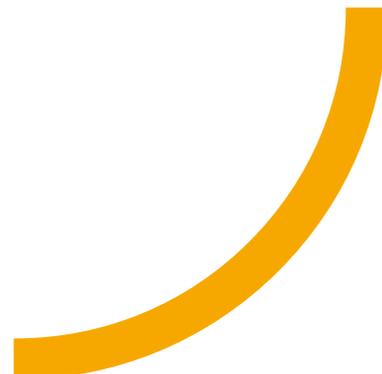
Insofern das zuvor beschriebene Angebot und die Erstattungen seitens der gesetzlichen Krankenversicherung nicht in Anspruch genommen werden können, sieht die Freie Krankenkasse im Rahmen der Zusätzlichen Dienste eine Erstattung vor für Einzelsitzungen oder für Paar- oder Familiensitzungen bei einem selbstständigen Therapeuten, in Höhe von **20 €** für die ersten 20 Sitzungen und **15 €** für jede weitere Sitzung.

Unsere Rückzahlung gilt ohne Einschränkung, d.h. ungeachtet des Alters oder eines bestimmten Krankheitsbildes. Auch die Anzahl der Sitzungen pro Jahr ist nicht limitiert.

Die Erstattung gilt nicht für die eingangs erwähnten Behandlungen (Netzwerk Psychologie), die größtenteils schon durch die gesetzliche Krankenversicherung erstattet werden, ebenfalls nicht für Beratungen in Zentren, die seitens der öffentlichen Hand bezuschusst werden, oder im Rahmen einer pauschal erstatteten multifunktionellen Rehabilitation.

Bedingungen

Die Behandlung wird erstattet, wenn sie durch einen selbstständigen Therapeuten durchgeführt wird, der von der belgischen Psychologenkommision anerkannt ist (Lizenz in Psychologie) oder im Besitz des Europäischen Zertifikats für Psychotherapie (ECP) ist.





Gesunde Atemwege im Herbst und Winter

Husten, Schnupfen, Heiserkeit: Mit dem Herbst machen sich auch langsam wieder die Erkältungssymptome bemerkbar. Aber warum geht die Herbst- und Winterzeit eigentlich mit Atemwegsinfektionen einher? Und was kann man tun, wenn's einen erwischt?

Was sind Atemwegsinfektionen?

Zu den Infektionen der Atemwege zählen alle Infektionen, die die Organe der Atemwege betreffen. Hier unterscheidet man zwischen den oberen Atemwegen (Nase und Nasengänge, Nasennebenhöhlen und Rachenraum) und den unteren Atemwegen (Kehlkopf, Luftröhre, Bronchien und Lunge). Die Infektionen äußern sich meist durch Symptome wie Husten, Schnupfen, Heiserkeit oder Hals- und Kopfschmerzen. In schlimmeren Fällen können auch Atembeschwerden, Atemnot oder Schmerzen im Bereich des Brustkorbs hinzukommen.

Nicht selten kommt es dabei zu einem „Etagenwechsel“. Das bedeutet, dass sich die Infektion von den oberen auf die unteren Atemwege oder umgekehrt ausbreitet. So kommt es bspw., dass auf Schnupfen in vielen Fällen Husten folgt.

Als Atemwegsinfektionen gelten bspw. Mandelentzündungen, Nasennebenhöhlenentzündungen, Bronchitis oder Lungenentzündungen.

Herbstzeit ist Erkältungszeit

Werden wir Menschen im Herbst und Winter nur häufiger krank, weil es draußen kälter ist? Nein, es liegt nicht nur an den sinkenden Temperaturen. Vielmehr ist es ein Zusammenspiel mehrerer Faktoren, das eine Ansteckung begünstigt.

Es stimmt zwar, dass unser Immunsystem runterfährt, wenn wir auskühlen, damit es mehr Energie in die Aufrechterhaltung von lebenswichtigen Funktionen stecken kann. Hinzu kommt jedoch auch der Punkt, dass wir uns in den kalten Jahreszeiten deutlich mehr in Innenräumen aufhalten. Heizungsluft hat jedoch eine sehr geringe Luftfeuchtigkeit. Dadurch trocknen unsere Schleimhäute aus, was deren Schutzfunktion abschwächt. So haben Viren und Bakterien freie Bahn und können leichter in den Körper eindringen. Außerdem sammeln sich in geschlossenen Räumen – vor allem, wenn diese schlecht belüftet sind – deutlich mehr Viren und andere Erreger in der Luft. Im Herbst und Winter ist die Virenlast also höher als im Sommer.

Krankheitserreger

Die meisten Atemwegsinfektionen werden entweder durch Viren oder durch Bakterien verursacht. Zu den bekanntesten Viren gehören wohl das Coronavirus, Influenzaviren und das respiratorische Synzytial-Virus (RSV), das vor allem für Säuglinge und Kleinkinder gefährlich sein kann und Lungenentzündungen oder Bronchiolitis auslöst. Gar nicht mal so selten kommt es vor, dass zu einer Virusinfektion eine Infektion mit Bakterien hinzukommt. Diese sogenannte Superinfektion oder Zweitinfektion kann entstehen, wenn das Immunsystem durch das Virus bereits belastet und geschwächt ist und den Bakterien so ein leichtes Spiel ermöglicht.

Eine Superinfektion macht sich u.a. dadurch bemerkbar, dass nach einer Verbesserung des Zustands plötzlich wieder eine Verschlechterung folgt oder sich der Schleim gelb-grünlich verfärbt.



Grippe oder grippaler Infekt?

Husten, Schnupfen, Kopfschmerzen und leicht erhöhte Temperatur: Da hat mich wohl die Grippe erwischt, oder? In den meisten Fällen handelt es sich bei diesen Symptomen aber tatsächlich eher um einen grippalen Infekt oder eine einfache Erkältung. Aber wo liegt der Unterschied?

Ein grippaler Infekt – auch als Erkältung bekannt – beginnt meist schleichend mit Symptomen wie Husten, Schnupfen, Hals- oder Kopfschmerzen und leicht erhöhter Temperatur. Die Beschwerden treten meist nicht gleichzeitig auf, sondern entwickeln sich nach und nach. Auslöser für einen grippalen Infekt können verschiedene Erkältungsviren sein.

Bei einer Grippe hingegen treten plötzlich und gleichzeitig Symptome auf, wie Kopf- und Gliederschmerzen, Husten oder Schnupfen und häufig hohes Fieber. Ausgelöst wird eine Grippe immer durch Influenzaviren. Meist verläuft eine richtige Grippe deutlich schwerwiegender als ein grippaler Infekt.

Wie kann man in der Erkältungszeit Krankheiten vorbeugen?

Wie bei allen Krankheiten ist ein gesunder Lebensstil auch bei Erkältungen die wirksamste Methode, um gesund zu bleiben: Ausreichend Bewegung, ausgewogene Ernährung, genügend Schlaf und wenig Stress helfen dem Immunsystem, sich bestmöglich gegen Krankheitserreger zu wehren. Regelmäßiges Stoßlüften kann dabei helfen, die Virenlast in geschlossenen Räumen zu verringern.

Tipps, um der Kälte zu trotzen:

- Achten Sie bewusst darauf, durch die Nase einzuatmen. In der Nase wird die einströmende Luft besser erwärmt und angefeuchtet als im Mund. Das verhindert ein Austrocknen der Schleimhäute.
- Bedecken Sie Nase und Mund mit einem Schal, wenn es draußen kalt ist. Das hilft, die Luft zu erwärmen, bevor sie in die Lungen gelangt.
- Passen Sie Ihre sportliche Aktivität an. Sie sollten in den kalten Monaten keinesfalls auf Sport verzichten, das wäre kontraproduktiv. Allerdings kann es sinnvoll sein, die Einheiten zu verkürzen, wenn Sie draußen Sport treiben und es kalt ist, oder die Intensität etwas zu senken. Natürlich können Sie die Einheiten auch nach drinnen verlegen und nur einen Spaziergang an der frischen Luft machen.

Was tun, wenn's mich doch erwischt?

Vielleicht haben Sie folgende Weisheit schon einmal gehört: „Eine Erkältung dauert ohne Behandlung 7 Tage und mit Behandlung 1 Woche.“ Diese Redewendung kommt nicht von ungefähr. In vielen Fällen werden Grippe, Erkältungen und andere Atemwegserkrankungen durch Viren ausgelöst. Und es gibt kein Medikament, das die Dauer einer Erkältung wirksam verkürzt. Stattdessen können lediglich die Symptome gelindert werden, bspw. mit Schmerzmitteln gegen Kopf- und Halsschmerzen, Hustensaft oder Nasen- und Halsspray. Auch Inhalieren kann dabei helfen, die Schleimhäute feucht zu halten und Hustenreiz zu lindern. Daneben helfen aber vor allem Ruhe, genügend Schlaf, Wärme und viel Wasser und Tee.

Falls der Krankheit jedoch ein Bakterium zugrunde liegt, kann die Einnahme von Antibiotika sinnvoll sein. Allerdings sollte nicht auf gut Glück einfach Antibiotika verschrieben und eingenommen werden. Lesen Sie alles Wichtige zum richtigen Gebrauch von Antibiotika auf Seite 7.

Grippe und Erkältungen sollten nicht unterschätzt werden. Nehmen Sie sich ausreichend Zeit für die Genesung, schonen Sie sich und kurieren Sie sich richtig aus. Verschleppte Grippe und Erkältungen können sich schlimmstenfalls zu Lungenentzündungen oder Herzmuskelentzündungen entwickeln.

Hygieneregeln

Viele Atemwegserkrankungen werden über Tröpfchen übertragen, die beim Niesen und Husten durch die Luft katapultiert werden. Wenn Sie also Husten oder Schnupfen haben, denken Sie daran, die Hand oder ein Taschentuch vor den Mund zu halten oder in die Armbeuge zu niesen. Waschen Sie sich danach die Hände, denn Viren und Bakterien können auch übertragen werden, wenn man zuvor infizierte Gegenstände berührt und sich dann bspw. ins Gesicht fasst.

Gewinnspiel

Sie wollen im Falle einer Erkältung oder Grippe gerüstet sein? Dann nehmen Sie unbedingt an unserem Gewinnspiel teil! Wir verlosen eine Gesundheitstasche inkl. Inhaliergerät, damit Sie schnell wieder auf die Beine kommen.

Sie möchten im Lostopf landen? Beantworten Sie dazu folgende Frage:



Worum kann eine verschleppte Grippe oder Erkältung führen?

Senden Sie die Antwort zusammen mit Ihren Angaben an magazin@freie.be oder schneiden Sie den Abschnitt aus und werfen ihn in den Briefkasten einer unserer Kontaktstellen ein.

Name: Vorname:

Adresse:

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

Ich bin einverstanden, dass mich die Freie Krankenkasse unter den von mir angegebenen Daten kontaktieren darf.

Teilnahmeschluss: 15. November 2024

freie



Verleih von Inhaliergeräten



Sollte das Glück nicht auf Ihrer Seite sein, können Sie als Mitglied unserer **Zusätzlichen Dienste** auch Inhaliergeräte bei uns ausleihen – die ersten 3 Monate sogar kostenlos. Mehr Infos zu unserem Materialverleih finden Sie auf unserer Website unter www.freie.be > Leistungen > Krankematerial

Sie haben eine Beschwerde?

Wir hören Ihnen gerne zu!

Ihre Reaktionen oder Beschwerden 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 in der Beratung, 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 oder das Kontaktformular 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 Mitteilung 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 Beschwerden bzgl. der gesetzlichen Krankenversicherung und/oder der Zusätzlichen Dienste:

- 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 Up):

- VaG MLOZ Insurance
Beschwerdemanager von MLOZ Insurance
Route de Lennik 788A in 1070 Brüssel
E-Mail: complaints@mloz.be
- Ombudsmann der Versicherungen
Square de Meeûs 35 in 1000 Brüssel
E-Mail: info@ombudsman-insurance.be
www.ombudsman-insurance.be

Rundum versorgt.

Sie müssen ins Krankenhaus?

Dank Hospitalia erhalten Sie eine zusätzliche Erstattung der Kosten für Zimmer- und Honorarzuschläge, Pflege vor und nach dem Aufenthalt u.v.m.



Mehr Infos unter www.freie.be > Versicherungen > Weitere Versicherungen > Hospitalia – Hospitalia Plus

 Hospitalia

Hospitalia und Hospitalia Plus sind Krankenhausversicherungen von MLOZ Insurance. Das IPID sowie die AGB können Sie einsehen unter www.freie.be. Die Produkte unterliegen der belgischen Gesetzgebung. Der Versicherungsvertrag wird auf Lebenszeit geschlossen. Beschwerden können gerichtet werden an info@freie.be oder an den Beschwerdemanager von MLOZ Insurance (complaints@mloz.be) oder an den Ombudsmann der Versicherungen (info@ombudsman-insurance.be).

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 Sankt Vith

Schwarzer Weg 1
+32 (0)80 799 515