



België—Belgique
PB—PP
Gent X
BC 6739

PERIODISCHE
SCHRIFT
Schließen genehmigt
Gent X
Nr. BC 6739

HKIV-Info

Januar-Februar 2006

Umfrage über die Dienstleistung: Ergebnisse

Verantwortlicher
Herausgeber:
Joël Livyns
Generalverwalter

Versandadresse:
Rue du Trône 30A
1000 Brüssel

Tel. 02/229.35.00
Fax 02/229.35.58
www.hkiv.be
info@caami-hziv.fgov.be

Hinterlegungsbüro Gent X
Diese Zeitschrift erscheint
zweimonatlich
Erscheinungsjahr 4 - Nummer 1
Chefredakteur: Kristof Eelen

Inhalt

S.1 Umfrage über die
Dienstleistung: Ergebnisse

S.2 Abkommen in Sachen
Selbstregulierung
von Diabetes

S.2 Änderung des
Niederländischen
Pflegesystems

S.3 Der Besondere
Solidaritätsfonds

S.4 Tarife bei den Ärzten
ab dem 1. Februar 2006

Im Frühjahr 2005 führte die Genter Universität (Dries Verlet, Carl Devos, u.a.) eine umfassende Umfrage bei den Mitgliedern der HKIV durch. Diese Umfrage fand statt im Rahmen der 50. Jahresfeiern der HKIV. Mit dieser Umfrage wollten wir nachgehen, **warum Sie Mitglied der HKIV sind und wie Sie die Dienstleistungen der HKIV beurteilen**. Wir möchten allen Teilnehmern dieser Umfrage danken.

Insgesamt erhielten 4000 HKIV-Mitglieder in ganz Belgien einen Umfragebogen. Die Teilnehmer der Umfrage wurden ganz willkürlich ausgewählt. Alle Mitgliedergruppen waren verhältnismäßig vertreten. Schließlich arbeiteten 689 Mitglieder an dieser Umfrage mit. Aufgrund der Daten dieser Gruppe können wir aussagen für die ganze Gruppe der HKIV-Mitglieder.

Die Analyse hat ergeben, dass viele HKIV-Mitglieder auf Vorschlag ihrer Familie oder Freunde in Kontakt zur HKIV gelangt sind. Etwa 80% der Mitglieder denkt nicht daran, die Krankenkasse zu wechseln. Wenn wir den wichtigsten Gründen für die Mitgliedschaft nachgehen, sind die niedrigen Kosten bei weitem das wichtigste Motiv.

Daneben haben wir auch die Zufriedenheit mit den Dienstleistungen geprüft. Im Allgemeinen sind Sie sehr zufrieden, vor allem was den Preis und die Freundlichkeit unseres Personals betrifft. Wir haben das Vergnügen, Ihnen mitzuteilen, dass der Jahresbei-

trag für die finanzielle Verantwortung auch für dieses Jahr 2,25 EUR betragen wird.

Mit der Erreichbarkeit und den Öffnungszeiten sind Sie etwas weniger zufrieden. Deshalb führt die HKIV zurzeit eine Studie über die regionale Verteilung ihrer Dienststellen durch, um nachzugehen, wo das größte Bedürfnis nach neuen Dienststellen besteht.



Joël Livyns

Die Dienstleistungen, die Deutlichkeit der Informationen und die Freundlichkeit des HKIV-Personals finden Sie am wichtigsten.

Für die HKIV bleibt die Dienstleistung eine absolute Priorität. In unserem neuen Verwaltungsvertrag legen wir insbesondere Wert auf die Qualität unserer Dienstleistungen. Haben Sie Vorschläge oder Bemerkungen? Nehmen sie also ruhig per Brief oder per E-Mail (info@caami-hziv.fgov.be) Kontakt mit uns auf!

Einen ausführlichen Bericht über die Ergebnisse der Umfrage finden Sie auf www.hkiv.be.

Joël Livyns
Generalverwalter

Abkommen in Sachen Selbstregulierung von Diabetes

Dank des Abkommens in Sachen Glykämierregulierung kann das Material (Streifen, Gerät) des Diabetespatienten erstattet werden und können sie bei der Selbstregulierung ihres Diabetes betreut werden. Seit dem 1. Januar 2006 hat sich dieses Abkommen geändert. Die neuen Maßnahmen wurden im Hinblick auf eine bessere Betreuung der Diabetespatienten, sowohl durch ihr Rehabilitationszentrum als auch durch ihren Hausarzt, getroffen.

Für wen gelten diese neuen Änderungen?

Die Änderungen betreffen die Patienten der 3. Gruppe, die im Abkommen definiert werden als **Patienten mit 2 oder mehr Insulinverabreichungen pro Tag, die Diabetesselbstkontrolle – mit 2 oder mehr Tageskurven pro Woche oder 30 Glykämie-messungen pro Monat** – benutzen, um Ihren Diabetes genau zu überwachen.

In der 3. Gruppe macht man einen Unterschied zwischen:

- Gruppe 3a (Patienten, die an Diabetes Typ 2 leiden);
- Gruppe 3b (für Patienten, die an Diabetes des 1. Typs leiden, Diabetiker nach einer Transplantation, Patienten, die an organischen Hypoglykämien leiden, Schwangerschaftsdiabetiker und mit Insulin behandelte Nierendialysepatienten, die 2 Glykämiekurven pro Woche machen müssen).

Die Änderungen haben nur Bezug auf die Personen der Gruppe 3a. Wenn diese Änderungen Sie betreffen, haben Sie im Laufe des Monats Dezember 2005 persönlich einen Brief erhalten.

Wie kann ich diese Vorteile weiter genießen?

Wenn Sie nach wie vor betreut werden möchten für die Überwachung und die Kontrolle Ihres Diabetes und die Erstattung Ihres Glykämie-materials möchten, müssen Sie zwei Bedingungen erfüllen: eine **Allgemeine Medizinische Akte** und einen **Diabetespass** besitzen.

- Sie können Ihre **Allgemeine Medizinische Akte** bei Ihrem Hausarzt beantragen. Dieser Besuch wird Ihnen 22 EUR kosten und wird vollständig von Ihrem Regionaldienst erstattet.
- Das **Formular** für den **Diabetespass** können Sie bei Ihrem Hausarzt beantragen. Übermitteln Sie Ihrem Regionaldienst dieses Formular. Im Tausch erhalten Sie Ihren Diabetespass.



Im Rahmen der Betreuung Ihres Diabetes werden sie Ihren Hausarzt 2 Mal jährlich besuchen müssen.

Änderung des Niederländischen Pflegesystems

Durch die Einführung des neuen Pflegeversicherungsgesetzes in den Niederlanden ist der Unterschied zwischen der Krankenversicherung einerseits und der privaten und öffentlich-rechtlichen Versicherung andererseits verschwunden. Seit dem 1. Januar 2006 besteht eine Basispflichtversicherung für alle.

Jeder kann sich jetzt bei der HKIV (also sowohl die früheren Krankenkassenversicherten als auch die privaten und öffentlich-rechtlichen Versicherten) auf Grund eines europäischen Dokuments eintragen. So können die Niederlande u.a. ein Formular E-106, E-109 oder E-121 ausstellen, so dass in Belgien das Recht auf Gesundheitspflege eröffnet wird (zu Lasten der Niederlande).

Die Änderung hat auch wichtige Folgen für die Familienmitglieder der Grenzarbeiter sowie für Ruheständler und ihre Familienmitglieder, die zum 31. Dezember 2005 bei uns privat versichert oder als Ansässige zu Lasten Belgiens eingetragen waren. Seit dem 1. Januar 2006 entsprechen Personen dieser letztgenannten Gruppe nicht mehr den Bedin-

gungen, um als Ansässiger eingetragen zu bleiben. Als Abkommensberechtigte haben sie Anrecht auf Gesundheitspflege zu Lasten der Niederlande. Der niederländische Pflegeversicherer oder das College voor zorgverzekeringen (CVZ) wird die notwendigen Dokumente ausstellen, damit Sie weiterhin Gesundheitspflege zu Lasten der Niederlande genießen können.

Wenn es Sie betrifft, empfehlen wir Ihnen, möglichst schnell Kontakt aufzunehmen mit Ihrem Regionaldienst, dem Niederländischen Pflegeversicherer oder dem CVZ. Das CVZ kann Ihnen nämlich eine Geldstrafe auferlegen, wenn Sie sich **nach dem 30. April 2006** anmelden.

Sie können Kontakt aufnehmen mit dem CVZ unter folgender Adresse (vorzugsweise per E-Mail):
College voor zorgverzekeringen, postbus 320,
NL-1110 AH Diemen, Nederland
Tel.: (0031) (0)20/797.85.55
Fax: (0031) (0)20/797.85.00
infoabzvw@cvz.nl - www.cvz.nl
Mehr Info: www.denieuwezorgverzekering.nl

Der Besondere Solidaritätsfonds

Die belgische Krankenversicherung deckt die meisten Kosten für Gesundheitspflege, übernimmt aber nicht alle Kosten. Für bestimmte Leistungen gibt es aber noch keine Erstattung durch das Landesinstitut für Kranken- und Invalidenversicherung (LIKIV).

In bestimmten Fällen kann der **Besondere Solidaritätsfonds** eine Rückerstattung in diesen Kosten gewähren. Es besteht keine Liste mit den Leistungen, die dafür in Betracht kommen. Je nach Situation sind große Unterschiede möglich.



Wer hat Anrecht auf eine Erstattung?

Eine Rückerstattung kann erteilt werden bei:

- seltenen Indikationen;
- seltenen Krankheiten;
- seltenen Krankheiten, die eine ständige und komplexe Pflege benötigen;
- innovierenden medizinischen Techniken;
- der medizinischen Behandlung von **chronisch kranken Kindern** unter 19 Jahren (seit dem 1. April 2005).

Darüber hinaus muss jeder Antrag den folgenden Bedingungen entsprechen:

- die Leistung muss teuer sein;
- die Leistung gilt für die Behandlung einer lebensbedrohlichen Krankheit;
- es darf keine Alternative in der Krankenpflichtversicherung bestehen;
- die Leistung muss von einem Spezialisten, der die Medizin in Belgien ausüben darf, angeordnet sein.

Was sind "chronisch kranke Kinder"?

Nur Kinder mit Krebs, Niereninsuffizienz oder einer anderen lebensbedrohlichen Krankheit, die eine Behandlung von mehr als 6 Monaten benötigt, werden als „chronisch krank“ betrachtet.

Für diese Kategorie können Sie den Besonderen Solidaritätsfonds in Anspruch nehmen, wenn Sie folgende Bedingungen erfüllen:

- die zusätzlichen Kosten (Eigenanteile und Zuschläge zu Lasten des Patienten) müssen pro Jahr wenigstens 650 EUR betragen;
- es darf keine Alternative geben;
- die Leistungen müssen einen anerkannten wissenschaftlichen und wirksamen Wert haben;
- die Behandlung muss von einem Spezialisten, der die Medizin in Belgien ausüben darf, angeordnet sein.

Sowohl die Kosten für ambulante Pflege als auch die Zuschläge im Falle einer Krankenhausaufnahme kommen in Betracht.

Achtung: es muss sich um Kosten für **Pflegeleistungen** handeln. Der Mietpreis für ein Bett oder einen Aufzug, der Zuschlag für ein Einbettzimmer oder die Honorare werden zum Beispiel nicht erstattet.

Gesundheitspflege im Ausland?

In bestimmten Fällen kann der Besondere Solidaritätsfonds die Kosten für die im Ausland erteilte Gesundheitspflege und die Reise- und Aufenthaltskosten des Patienten und seiner Begleitperson übernehmen.

Um für eine Rückzahlung in Betracht zu kommen, darf die Pflege nicht in Belgien möglich sein und muss der Vertrauensarzt **im Voraus** seine Erlaubnis geben.

Wie stellen Sie einen Antrag?

Nehmen Sie Kontakt auf mit Ihrem Regionaldienst; er hilft Ihnen, die Beweisstücke zusammenzustellen, die notwendig sind für die Akte.

Achtung: Sie können nur einen Antrag stellen bis zu **3 Jahren nach der Leistung**. Jeder verspätete Antrag wird automatisch verweigert.

Tarife bei den Ärzten ab dem 1. Februar 2006

Konsultationen beim Allgemeinmediziner

Kode	Leistung	Sie zahlen	Wir zahlen Ihnen zurück	
			Normal-versicherter	Erhöhte Beteiligung ¹
101010	Konsultation Allgemeinmediziner mit erworbenen Rechten Mit AMA ²	12,86	9,01 10,17	11,86 12,16
101032	Konsultation im Sprechzimmer eines Vertragsarztes Mit AMA ²	17,81	12,47 14,08	16,43 16,85
101076	Konsultation im Sprechzimmer eines akkreditierten Vertragsarztes Mit AMA ²	20,44	15,10 16,71	19,06 19,48
102771	Anlegen oder verlängern der AMA ² vom Vertragsarzt	22,00	22,00	22,00

Hausbesuche Allgemeinmediziner

Kode	Leistung	Sie zahlen	Wir zahlen Ihnen zurück					
			Jünger als 10 Jahre		Von 10 bis 75 Jahren		Älter als 75 oder chronisch Kranker	
			Normal-versicherter	Erhöhte Beteiligung ¹	Normal-versicherter	Erhöhte Beteiligung ¹	Normal-versicherter	Erhöhte Beteiligung ¹
103110	Besuch durch einen Allgemeinmediziner mit erworbenen Rechten Mit AMA ²	25,55	16,61	23,08	15,61	23,08	16,61	23,08
103132	Besuch durch einen Vertragsarzt Mit AMA ²	30,68	19,95	28,24	18,95	28,24	19,95	28,24
104215	Besuch durch einen Vertragsarzt zwischen 18U und 21U Mit AMA ²	33,23	22,46	29,42	21,46	29,42	22,46	29,42
104252	Besuch durch einen Vertragsarzt von Samstag 8U bis Montag 8U Mit AMA ²	35,35	23,83	31,30	22,83	31,30	23,83	31,30
			23,83	31,30	23,83	31,30	23,83	31,30

Konsultation im Sprechzimmer eines akkreditierten Spezialisten

Kode	Leistung	Sie zahlen	Wir zahlen Ihnen zurück	
			Normalversicherter	Erhöhte Beteiligung ¹
102550	Interne Medizin	31,28	20,41	28,97
102572	Kinderarzt	31,28	19,58	28,81
102594	Kardiologe	31,28	20,41	28,97
102616	Gastroenterologe	31,28	20,41	28,97
102631	Pneumologe	31,28	20,41	28,97
102653	Rheumatologe	35,93	22,45	33,08
102675	Neurologe	38,52	23,90	36,05
102690	Psychiater	38,52	23,90	36,05
102712	Neuropsychiater	38,52	23,90	36,05
102756	Dermatologe	24,56	14,98	21,96
102535	Sonstige Spezialisten	20,44	13,32	18,01

¹ **Erhöhte Beteiligung:** wird unter anderem Witwen, Witwer, Invaliden, Pensionierten, Waisen und Vollarbeitlosen ab 50 Jahren (die seit wenigstens einem Jahr eine Vergütung erhalten) mit geringem Einkommen, Behinderten, die eine Entschädigung beziehen, Nutznießern des Eingliederungseinkommens sowie den Personen zu Lasten all dieser Kategorien zuerkannt.

² Ab dem 1. Januar 2004 gilt die Verringerung der Selbstbeteiligung für jeden Versicherten, der eine Allgemeine Medizinische Akte (AMA) eröffnen lassen hat **sowohl für Konsultationen wie für Hausbesuche des behandelnden Hausarztes**. Ab dem 1. März 2004 gilt in bestimmten Fällen auch das Anrecht auf eine Ermäßigung des Eigenanteils für eine Konsultation eines Arztes, der nicht der Arzt ist, der die AMA verwaltet. Dies ist möglich bei einer Konsultation in einer gemeinschaftlichen Praxis oder bei Krankheit oder Urlaub des Hausarztes. Der Patient muss dem Arzt aber ausdrücklich die Zustimmung erteilen, die AMA bei seinem Hausarzt einsehen zu dürfen.