



PROFIL

101

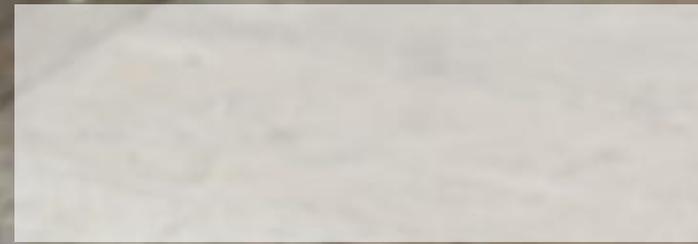


PB-PP|B-05595
BELGIE(N)-BELGIE

Erscheint dreimonatlich

Abs.: Freie Krankenkasse, Hauptstraße 2, 4760 Büllingen

des Lebens



Reportage

Neurodermitis & Schuppenflechte



Versicherung

Gesundheit

Versicherung



Nach IZOM: neue Regelung für grenzüberschreitende Pflege gesucht



Zusatzstoffe in Kosmetika



Hospitalia: Optimaler Schutz im Krankenhaus

Von Beginn an gut versorgt!

Wir erstatten:

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

Sind Sie gerade Eltern geworden? Herzlichen Glückwunsch!

Zur Geburt oder Adoption Ihres Kindes zahlt Ihnen die Freie Krankenkasse ein Babygeld in Höhe von 350 €.



Freie
Krankenkasse

Zusätzliche Dienste

Allgemeine Gesundheitsinfos



Behandlung von Brustkrebs: belgische Wissenschaftler vor Durchbruch

Den Wissenschaftlern der Königlichen Universität Löwen und des Flämischen Instituts für Biotechnologie (VIB) ist möglicherweise ein Durchbruch in der Behandlung von Brustkrebs mit generalisierter Metastasenbildung gelungen. Die Recherche hat sich auf die Streuung von Brustkrebs auf die Lungen fokussiert. Dabei fanden die Forscher heraus, dass die Metastasen sich anders verhalten als die Tumore, aus denen sie entstehen. Die metastasierenden Krebszellen passen sich nämlich dem Organ an, in welches sie eindringen.

Diese Entdeckung könnte ein Durchbruch in der Behandlung von metastasierendem Brustkrebs sein. Früher oder später werden Wissenschaftler Medikamente entwickeln können, die exakt auf den spezifischen Charakter der jeweiligen Metastasen ausgerichtet sein werden. Diese Medikamente sollen dann einer Verbreitung des Tumors entgegenwirken. Aktuell schrauben die Forscher ihre eigenen Erwartungen jedoch zurück. Zuerst muss herausgefunden werden, welche anderen metabolischen Prozesse durch die Umgebung, in der sich der Tumor befindet, beeinflusst werden. Auf lange Sicht sollen diese Ergebnisse den Patienten mit metastasierendem Brustkrebs helfen können.



1 von 7 Babys hat weder Kinderarzt noch Hausarzt

Kinderarzt, Hausarzt, Zahnarzt, ... Wer behandelt unsere Kinder? Die Freien Krankenkassen haben die Gesundheitsausgaben ihrer 470.000 jungen Mitglieder unter die Lupe genommen, mit einigen besorgniserregenden Resultaten bei den Säuglingen.

Während der zwei ersten Lebensjahre steht der Kinderarzt vor dem Hausarzt, doch eines von sieben Babys tritt mit keinem von ihnen in Kontakt. Bei Alleinerziehenden oder in Familien mit Anrecht auf den Vorzugstarif ist die Situation noch alarmierender: sogar jedes fünfte Kind hat keinen Referenzarzt. Dabei kann eine Vernachlässigung der medizinischen Kontrolle die Entwicklung des Kindes beeinträchtigen. So geht aus der Studie ebenfalls hervor, dass jedes dritte Baby mindestens einmal pro Jahr in der Notaufnahme behandelt wird. Diese hohe Beanspruchung der Notdienste entsteht höchstwahrscheinlich weil viele Kleinkinder keinen Referenzarzt haben, an den sich die Eltern direkt wenden können.

In Belgien werden fast alle Familien mit Neugeborenen durch Organisationen wie dem Zentrum „Kaleido DG“ oder dem ONE (Office de la Naissance et de l'Enfance) betreut. Ihre Arbeit ist sehr wertvoll und wird ausdrücklich geschätzt. Allerdings sind diese Institutionen hauptsächlich für die Prävention und die Aufklärung von Krankheiten zuständig, nicht aber für die Pflege und Behandlung der Kinder. Aus diesem Grund sollte jedes Kind einen Referenzarzt haben, der dessen medizinische Geschichte kennt. Für eine frühzeitige Erkennung von schweren und chronischen Krankheiten ist der enge Kontakt unerlässlich. Ebenso kann dadurch die unangemessene Nutzung der Notdienste verringert werden.

Impressum

Redaktion: Doris Curnel, Kathrin Berners
Layout: Indigo
Fotos: www.fotolia.de, iStockphoto.com
Druck: Daddy Kate

Verantwortlicher Herausgeber:
Hubert Heck, Hauptstraße 2, 4760 Büllingen, Tel. 080 640 515

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.

Aus dem Inhalt

04 Zu Ihren Diensten

- *Dringende Pflege im Ausland: Änderung einiger Erstattungen*
- *Neuerungen unserer Zusätzlichen Dienste*
- *Einzelzimmer in der Tagesklinik: neue Erstattungsbedingungen durch Hospitalia*

05 Gesellschaft

- *Sport für Soziales: Freie Krankenkasse unterstützt den Schwimm-Marathon*

06 Gesundheit

- *Zusatzstoffe in Kosmetika*
- *Der Winter, der Blues und ich*
- *Schlaf- und Beruhigungsmittel: mit Vorsicht zu genießen!*

12 Reportage

- *Neurodermitis & Schuppenflechte – Leiden einer chronisch kranken Haut*

16 Versicherung

- *Hospitalia – optimaler Schutz im Krankenhaus!*
- *Nach IZOM: neue Regelung für grenzüberschreitende Pflege gesucht*

22 Aktuell

- *Rückenschule der Freien Krankenkasse*
- *Aktionen zur Gesundheitsvorsorge*

Kontaktstellen

Büllingen: Hauptstraße 2 - Tel. 080 640 545
Bütgenbach: Marktplatz 11/E/2 - Tel. 080 643 241
Eupen: Vervierser Straße 6A - Tel. 087 598 660
Kelmis: Kirchstraße 6 - Tel. 087 558 169
Raeren: Hauptstraße 73A - Tel. 087 853 464
St. Vith: Schwarzer Weg 1 - Tel. 080 799 515
E-Mail: info@freie.be **Internet:** www.freie.be

> Dringende Pflege im Ausland: Änderung einiger Erstattungen

Unser Dienst „Dringende Pflege im Ausland“ erstattet die Kosten bei unvorhergesehener und dringender Gesundheitspflege in zahlreichen Ländern. Zum 1. Januar 2017 wurden einige Erstattungsmodalitäten geändert:

- Die vollständige Kostenübernahme bei einem dringenden Krankenhausaufenthalt ist nur möglich, wenn Sie innerhalb von 48 Stunden nach der Einlieferung die Hilfszentrale Mediphone Assist kontaktiert haben (Tel. +32 2 778 94 94), anderenfalls bleiben 25 Prozent der Kosten zu Lasten des Patienten.
- Die Transportkosten zum Krankenhaus werden vollständig erstattet.

Die Kostenbeteiligung für Fahrten zu ambulanten Behandlungen außerhalb eines Krankenhauses (z.B. in einer Arztpraxis) beläuft sich auf 75 Prozent.

- Falls vor oder nach einem vollständig erstatteten Krankenhausaufenthalt ambulante Pflegeleistungen erforderlich sind, so werden diese während 15 Tagen vor und nach der Hospitalisierung vollständig erstattet.

Ausführliche Infos zur „Dringenden Pflege im Ausland“ finden Sie unter www.freie.be > Was tun, bei ...? > Dringende Pflege im Urlaub.

> Neuerungen unserer Zusätzlichen Dienste

Zum Jahreswechsel haben wir einige Erstattungen unserer *Zusätzlichen Dienste* für Sie erweitert oder neu eingeführt. Im Folgenden finden Sie einen Überblick über die Anpassungen unserer Leistungen:

Posturologie und Podologie: Für Behandlungen durch einen Posturologen oder einen Podologen erhöhen wir die Erstattung auf 12 €. Jährlich können bis zu zwei Behandlungen bei einem Posturologen sowie sechs Behandlungen durch einen vom LIKIV anerkannten Podologen erstattet werden.

Psychomotorik: Die Kostenbeteiligung für Sitzungen bei einem von unserer Krankenkasse anerkannten Therapeuten im Bereich der Psychomotorik wurde von 7,50 € auf 10 € angehoben. Hinsichtlich der Anzahl erstattbarer Behandlungen gibt es bei unserer Krankenkasse keine Einschränkung.

Diabetiker: Manche Diabetiker können das Testmaterial zur Selbstkontrolle ihres Blutzuckerspiegels kostenlos durch die gesetzliche Krankenversicherung erhalten. Falls dieses Anrecht nicht besteht, erstattet unsere Krankenkasse dem Diabetiker die Hälfte der Kosten für das Testmaterial, nunmehr erweitert auf 40 € pro Monat.

Schwerpflegebedürftige: Schwerpflegebedürftige erhalten durch unsere *Zusätzlichen Dienste* eine besondere Erstattung für Nebenkosten in der häuslichen Pflege, die nicht durch die gesetzliche Krankenversicherung übernommen werden. Diese Erstattung kann bis zu 125 € betragen. Bislang umfasste sie Pflege- und Inkontinenzmaterial, Arzneimittel der Kategorie D sowie Leihgebühren für technische Hilfsmittel. Ab dem 1. Januar 2017 werden in diesem Rahmen auch die Kosten von Dienstleistungsschecks für die Beanspruchung von Haushaltshilfen oder die Kosten der SOS-Hilfe, bis zu 2 € pro Arbeitsstunde berücksichtigt.

Neurodermitis und Psoriasis: Seit dem 1. Januar 2017 können Kinder bis sechs Jahre, die während längerer Zeit an Neurodermitis oder Schuppenflechte leiden, seitens unserer Krankenkasse eine pauschale Kostenerstattung von 100 € pro Jahr erhalten. Diese gilt zur Deckung der Kosten für Pflegeprodukte, spezielle Ernährung, usw. Um diese Kostenbeteiligung zu erhalten, muss ein spezielles Formular, welches Sie in unseren Geschäftsstellen erhalten können, durch einen Hautfacharzt ausgefüllt und bei uns eingereicht werden.

< Einzelzimmer in der Tagesklinik: neue Erstattungsbedingungen durch Hospitalia

Wie bei einem herkömmlichen Klinikaufenthalt ist bei der Aufnahme in der Tagesklinik eine Aufnahmeerklärung auszufüllen und eine Zimmerkategorie zu wählen. Wer sich für ein Einzelzimmer entscheidet, wird oft mit hohen Kosten konfrontiert, denn in diesem Fall kann das Krankenhaus:

- eine Anzahlung fordern. Der Betrag ist auf dem Vordruck vermerkt.
- einen Zimmerzuschlag in Rechnung stellen.
- sehr hohe Honorarzuschläge berechnen, dabei spielt es keine Rolle, ob es sich um einen Kassenarzt handelt oder nicht.

Die Wahl eines Einzelzimmers ist bei Aufenthalt in der Tagesklinik generell nicht zu empfehlen, denn Sie bleiben nur ein paar Stunden dort. Diese Zeit verbringen Sie zum Großteil im Untersuchungsraum, im Operationssaal oder im Aufwachraum. Die Vorteile eines Einzelzimmers können Sie also kaum nutzen. Durch die Honorarzuschläge steigen die Gesamtkosten je nach Krankenhaus auf das Zweifache, Dreifache oder sogar noch mehr, im Vergleich zum Normalfall.

Zum 1. Januar haben sich die Erstattungen der Krankenhausversicherung Hospitalia für einen Tagesaufenthalt im Einzelzimmer geändert:

- die Erstattung der Honorarzuschläge ist auf 100 Prozent des gesetzlichen Tarifs begrenzt;
- die Zimmerzuschläge der Aufenthaltskosten werden nicht mehr unbegrenzt, sondern nur noch bis zu 80 € übernommen.

Ausführliche Infos zum Tagesaufenthalt finden Sie unter www.freie.be > Was tun bei, ...? > Tagesklinik

Sport für Soziales

Freie Krankenkasse unterstützte den Schwimm-Marathon

Der Schwimm-Marathon hat sich zum festen Bestandteil des ostbelgischen Veranstaltungskalenders entwickelt. Alljährlich ziehen einige tausend Menschen ihre Bahnen am letzten Mittwoch im Januar in den Schwimmbädern der Deutschsprachigen Gemeinschaft, um soziale Projekte zu unterstützen. Auch die Freie Krankenkasse setzt sich für diese Initiative ein.

Am 25. Januar 2017 war es wieder soweit: Zum 22. Mal verwandelten sich die Hallenbäder Bütgenbach, Eupen, Kelmis und Sankt Vith zu Wettkampfstätten der besonderen Art.

Partner des Schwimm-Marathons

Der Schwimm-Marathon macht einerseits Werbung für den Schulsport, zum anderen ist es eine große Wohltätigkeitsveranstaltung, die von der Bevölkerung der DG großzügig unterstützt wird. Organisiert wird das Ereignis vom Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft, in Zusammenarbeit mit den Lions-Clubs aus Eupen und Sankt Vith. Mediale Unterstützung kommt vom BRF und vom Grenz-Echo.

Zum zehnten Mal war in diesem Jahr auch die Freie Krankenkasse Partner des Schwimm-Marathons. Neben einer finanziellen Unterstützung des Events verteilte die

Freie Krankenkasse ein Geschenk an jeden Schüler, der beim Schwimmtag mitmachte.

Schwimmen für den guten Zweck

Seit seiner ersten Auflage im Januar 1996 erfreut sich der Schwimm-Marathon einer großen Beliebtheit. Jährlich steigen einige Tausend Schüler sowie zahlreiche Mitglieder von diversen Vereinen und Organisationen ins Wasser und schwimmen für den guten Zweck.

Pro geschwommene Länge stiften die Lions-Clubs Eupen und Sankt Vith 0,20 €. Der Erlös wird für wohltätige Zwecke eingesetzt. Auf diese Weise kann alljährlich zahlreichen notleidenden Menschen in der Deutschsprachigen Gemeinschaft geholfen werden. Auch Bürger, die nicht an der Sportveranstaltung teilnehmen, können sich einsetzen, indem sie den Schwimm-Marathon am BRF-Spendentelefon finanziell unterstützen.

Neuer Spendenrekord

Selbstverständlich wünschen sich die Organisatoren und Teilnehmer des Schwimm-Marathons in jedem Jahr ein gutes Resultat. In diesem Jahr konnte mit 123.323 geschwommenen Längen das viertbeste Ergebnis aller Zeiten erreicht werden. Das ist ein Plus von 2006 Bahnen im Vergleich zum vorigen Jahr. Am Spendentelefon konnte sogar ein neuer Spendenrekord verzeichnet werden. Insgesamt gingen am 25. Januar 17.200 Euro an Spendenversprechen ein - rund 3.800 Euro mehr als 2016. Zum ersten Mal hatten die Anrufer auch die Gelegenheit, sich einen Song zu wünschen, der im Laufe des Tages auf BRF 1 oder BRF 2 gespielt wurde.

Mit 44 teilnehmenden Mannschaften fand auch das Teamschwimmen wiederum regen Anklang. ■



Erlös für soziale Projekte in der DG

Die „erschwommene“ und gespendete Geldsumme lassen die beiden Lions-Clubs Eupen und Sankt Vith in jedem Jahr wohltätigen Projekten und Institutionen in der Deutschsprachigen Gemeinschaft zukommen. Dabei achten sie darauf, unterschiedliche Organisationen zu unterstützen.



Die Kosmetikbranche boomt, denn der Traum von ewiger Jugend lässt viele nicht mehr los. Unzählige Pflegeartikel sind erhältlich und ständig bringen Kosmetikerhersteller neue, vielversprechende Produkte auf den Markt. Seien es Lotionen für trockene, für fettige und für problematische Haut oder Shampoos für gefärbtes, empfindliches, gelocktes oder blondes Haar: Für jeden ist etwas dabei, ob günstig oder teuer.

Bevor ein Pflege- oder Kosmetikprodukt auf den Markt kommt, werden dessen Inhaltsstoffe auf ihre Verträglichkeit und Wirksamkeit geprüft. Doch oft halten die chemischen Zusätze nicht das, was sie versprechen, gerade bei preiswerten Mitteln.

Sofort-Effekt

Doch wieso werden die viel kritisierten Stoffe überhaupt verwendet? Zum einen sind sie deutlich günstiger als ihre hochwertigen, natürlichen Alternativen. Zum anderen sorgen einige Zusätze unmittelbar nach der Anwendung für einen positiven Effekt, selbst wenn keine echte Pflegewirkung eintritt. So zaubern bspw. die in vielen Shampoos enthaltenen Silikone einen gesunden Glanz ins Haar. Für weiche Lippen ist oft Mineralöl in Pflegecremes verantwortlich. In diesen und zahlreichen anderen Fällen ist das jedoch nur ein oberflächlicher Effekt, der schnell wieder verpufft.

Selbst wenn manche Produkte nicht so wirksam sind wie es die Werbung verspricht, scheint es übertrieben, diese Zu-

sätze gänzlich zu meiden. Kontrollen vor der Zulassung des Produktes stellen sicher, dass die enthaltenen Mengen weitestgehend unschädlich sind für die Gesundheit der Verbraucher. Und wer für Kosmetik- und Pflegemittel nicht allzu tief in den Geldbeutel greifen möchte, muss sich mit den künstlichen Inhaltsstoffen abfinden, denn deren natürliche Pendanten sind oft recht teuer. Lediglich Menschen mit empfindlicher Haut, mit bestimmten Unverträglichkeiten oder Allergien, sollten bei der Wahl ihrer Pflegemittel besonders vorsichtig sein.

Kennzeichnungspflicht

Hersteller von Kosmetik- und Pflegeartikeln sind dazu verpflichtet, sämtliche Inhaltsstoffe eines Produktes auf dessen Verpackung anzugeben. Dabei müssen sie sich an einige europaweit geltenden Vorgaben halten:

- Die Reihenfolge der Auflistung richtet sich nach der enthaltenen Menge des Stoffs. Das Mittel, welches den größten Anteil im Produkt hat, muss an erster Stelle aufgeführt werden.

- Farbstoffe werden erst im Anschluss daran genannt und sind mit ihrer jeweiligen CI-Nummer (Colour Index) gekennzeichnet.
- Inhaltsstoffe, die weniger als ein Prozent ausmachen, werden an letzter Stelle aufgeführt, jedoch ohne festgelegte Reihenfolge.
- Duftstoffe werden oft unter dem Sammelbegriff „Parfum“ zusammengefasst. Lediglich einige Duftstoffe, die als besonders allergieauslösend gelten, müssen namentlich genannt werden.



Mineralöle

Mineralöle sind in zahlreichen Pflegemitteln enthalten. In der Massenproduktion werden auf diese Weise hochwertige natürliche Öle durch billiges Erdöl ersetzt. Generell werden Mineralöle gut vertragen, doch nach dem Auftragen des Produkts bildet sich ein Film auf der Haut. Infolgedessen wird die Atmung der Haut beeinträchtigt, die Poren verschließen sich und es kommt zu Unreinheiten. Des Weiteren können Mineralöle die Haut austrocknen; ein Effekt, der sich besonders oft bei der Lippenpflege bemerkbar macht. Bei langjähriger Nutzung sind Mineralöle zudem für eine frühzeitige Hautalterung verantwortlich.

Auf der Verpackung verstecken sich Mineralöle häufig hinter den Begriffen Mineral Oil, Paraffinum Liquidum, Paraffinum Subliquidum, Petrolatum oder Ceresin.

Ein hochwertiges Kosmetikprodukt sollte statt Erdöl also pflanzliche Öle, wie z.B. Mandel-, Sesam-, Avocado- oder Jojobaöl enthalten.

Emulgatoren

Emulgatoren verbinden Wasser und Fett. Aufgrund ihrer Eigenschaft werden sie häufig bei der Herstellung von Cremes, Shampoos, Lotionen, usw. eingesetzt. Zwar sind pflanzliche Emulgatoren weit aus hautfreundlicher als Erdöl, doch greifen die großen Produzenten gerne auf die preisgünstigeren, chemischen Zusätze zurück.

PEG (Polyethylenglykole) und ihre Derivate sind Emulgatoren, welche die Haut

aufweichen, sodass schädliche Stoffe ungehindert in den Körper eindringen können. Bei der Gesichtreinigung entfernen sie auch die natürlichen Hautfette und trocknen die Haut somit aus. Menschen mit besonders sensibler Haut reagieren auf künstliche Emulgatoren oft mit Juckreiz und Ekzemen.

Zu erkennen sind die Schadstoffe an den Buchstaben PEG sowie an der Endung -eth.

Konservierungsstoffe

Konservierungsstoffe werden verwendet, um die Produkte haltbarer zu machen und um unerwünschten Mikroorganismen keine Chance zu geben. Ohne Konservierungsstoffe besteht die Gefahr, dass sich Bakterien und Schimmelpilze vermehren und die Haut schädigen. Chemische Konservierungsstoffe gelten allerdings als besonders allergieauslösend, manche sogar als krebserregend.

- Formaldehyd löst bereits in geringen Mengen Allergien aus, reizt die Schleimhäute und lässt die Haut vorzeitig altern. Außerdem warnen Ärzte vor einer krebserregenden Wirkung. Formaldehyd wird vor allem in Cremes, Make-up, Nagellack, Deo, Flüssigseifen, Shampoo und Haarfärbemitteln verarbeitet. Auf der Verpackung findet man es unter anderem als Imidazolidinyl-Urea, Natrium Hydroxymethylglycinate, 3-Diol oder DMDM Hydantoin.
- Parabene ähneln dem Hormon Östrogen und könnten den Hormonhaushalt des Verbrauchers beeinflussen. Ob dies tatsächlich der Fall ist, ist allerdings noch nicht nachgewiesen. Sicher ist jedoch, dass im Körper Parabene freigesetzt werden. Gekennzeichnet sind diese Inhaltsstoffe mit der Endung -paraben.

Als natürliche Konservierungsstoffe werden ätherische Öle oder Alkohol genutzt. Die geringste Konzentration an Konservierungsstoffen findet sich in Kosmetika die in Tuben verkauft werden, denn bei dieser Verpackungsform dringt kaum Luft an die Produkte. Im Gegensatz dazu können Pflegeartikel, die in Gläsern, Dosen oder Tiegeln aufbewahrt werden, nur durch relativ viele Konservierungsmittel haltbar gemacht werden.

Silikone

Ähnlich wie Mineralöle werden auch Silikone aus Erdöl hergestellt. Indem sich die Silikone als Film auf die Haut bzw. um jedes einzelne Haar legen, gleichen sie Unebenheiten aus und lassen die Oberfläche weich und gepflegt aussehen. Das ist jedoch alles nur Schein, denn Silikone besitzen keinerlei Pflegeeigenschaft. Wird das Produkt ausgewaschen, so kommt der ursprüngliche Zustand der Haut wieder zum Vorschein. An den Haaren hingegen setzen sich die Silikone so hartnäckig fest, dass sie nur mit speziellen Shampoos wieder ausgespült werden können. Durch die Schicht, die die Silikone bilden, behindern sie Haut und Haar in ihrer natürlichen Regeneration.

Sind in den Inhaltsstoffen Begriffe mit den Endungen -cone oder -xane aufgeführt, so handelt es sich um Silikone.

Duftstoffe

Duftstoffe werden eingesetzt, um ein Produkt attraktiver zu machen und zum Kauf anzuregen. Sie zählen allerdings zu den häufigsten Allergenen. Bei Menschen mit empfindlicher Haut rufen sie Rötungen und Juckreiz hervor. Die meisten Duftstoffe werden auf den Verpackungen als Parfum oder Aroma bezeichnet. Lediglich einige wenige, die als besonders allergieauslösend bekannt sind, müssen einzeln aufgeführt werden. Dazu gehören u. a. Linalool, Eugenol, Citral Benzyl alcohol und Citronellol.

Aluminium

Aluminium wird in vielen handelsüblichen Deodorants als Schweißhemmer verwendet. Es kann die Haut irritieren und Entzündungen hervorrufen. Wissenschaftler bringen Aluminium auch mit der Alzheimer-Krankheit und mit Brustkrebs in Verbindung. In Kosmetika ist Aluminium relativ leicht zu erkennen, da es auf der Verpackung z.B. als Aluminium Chlorohydrate oder als Aluminium Silicate gekennzeichnet ist. ■





Der Winter, der Blues und ich

Die Tage sind kurz und das Licht ist rar. Man reagiert auf die wenig lebhaftige Natur und fühlt sich matt. Der Körper wird träge. Manche unter uns leiden systematisch unter dem Absinken des allgemeinen Rhythmus. Die negativen Folgen können sich auf alle Aspekte des täglichen Lebens auswirken. Die Rede ist vom sogenannten Winterblues.

Wir Menschen reagieren höchst sensibel auf die Auswirkungen der Sonne, oder besser gesagt, auf die des Lichts. Die Herbst- und Wintermonate erweisen sich für manche als schwierige Periode im Jahr. Grund dafür ist die starke und langandauernde Einschränkung des Tageslichtes während dieser Zeit. Was fälschlicherweise als schlechte Laune oder Faulheit eingestuft wird, können viel mehr körperliche Reaktionen auf die langen, grauen Tage sein: Trübsinn, Unmut, Antriebslosigkeit, starkes Isolationsbedürfnis, usw. Treten diese Symptome jedes Jahr im gleichen Zeitraum auf, so spricht man von einer „saisonal abhängigen Depression“ (SAD) oder auch dem „Winterblues“.

15 bis 25 Prozent der Bevölkerung sind aktuell damit konfrontiert. Diese ernst zu nehmende Depression ist mehr als eine kurzweilige Gemütsverstimmung. Häufig erstreckt sie sich vom Herbstanfang bis hin zum Aufkommen des Frühlings oder gar des Sommers. Statistiken zeigen große Unterschiede je nach Geschlecht, Frauen sind demnach fünf Mal häufiger betroffen als Männer. Die Symptome einer saisonalen Depression sind denen einer „klassischen“ sehr ähnlich, was oftmals zu einer falschen Diagnose führt. Fundamentale Unterschie-

de bestehen nur in den Ursachen. Grundbedingung für die Diagnose des Winterblues: Die Symptome müssen mindestens während zwei aufeinanderfolgenden Jahren auftreten.

Wie sich der Winterblues bemerkbar macht

Bei jedem Menschen können sich die Symptome auf verschiedene Art und Weise äußern. Zu den häufigsten Anzeichen gehören:

- Übermäßiges Schlafbedürfnis;
- Energiemangel;
- Antriebs- und Motivationslosigkeit;
- Schwierigkeiten bei alltäglichen Aufgaben;
- Erhöhte Reizbarkeit;
- Tiefe Traurigkeit.

In manchen Fällen kommt es ebenso zu:

- Verstärktem Appetit und Gewichtszunahme;
- Verringerung der Libido;
- Erhöhtem Bedürfnis, sich zurückzuziehen;
- Suizidgedanken.

Ein sporadisches Aufkommen dieser Symptome lässt jedoch nicht direkt auf eine

Winterdepression schließen. Eine solche liegt vor wenn:

- die Symptome systematisch jedes Jahr auftreten;
- sich die Anzeichen vermehrt während der dunklen Monate des Herbsts und Winters zeigen;
- die Beschwerden verschwinden, wenn der Frühling wiederkommt bzw. die Tage wieder länger und heller werden.



Ständiges Bedürfnis zu „überwintern“

Licht beeinflusst unsere Serotonin-Produktion. Oder besser ausgedrückt: Der Mangel an Licht hemmt die Produktion des Hormons, das uns munter macht. Serotonin reguliert unseren Schlaf- und Wachrhythmus. Außerdem ist es verantwortlich für das Gemüt und für die Libido. Die länger andauernde Verringerung des Lichts verursacht in unserem Körper ein Absinken der Serotoninwerte. Zum Ausgleich wird vermehrt das Schlafhormon Melatonin ausgeschüttet. Jeder fühlt die Auswirkungen der eingeschränkten Lichtzufuhr anders, bedingt dadurch, wie sensibel das persönliche Empfindlichkeitsgefühl ist. Bei allen äußert sich jedoch der Urinstinkt des Säugetiers, der jeden von uns unbewusst in eine Art „Winterschlaf“ zwingt. Unsere biologische Uhr verlangsamt sich, der Körper schränkt den Energieverbrauch ein. Faktoren wie chronischer Schlafmangel, einschneidende Lebensereignisse oder depressive Veranlagung erhöhen die eigene Empfindlichkeit in dieser „Winterschlaf-Phase“.

Behandlungsmöglichkeiten

Die Beschwerden verschwinden im Idealfall wieder mit der Rückkehr des Frühlings. Falls notwendig, kann das Ausmaß des Winterblues durch eine medizinische Behandlung verringert werden. Neben einer ärztlichen Beratung eignen sich dazu sowohl Kinesitherapie als auch Psychothera-

pie. In schweren Fällen helfen Antidepressiva, deren Einnahme allerdings zeitlich begrenzt wird. Neben dieser klassischen Methode gibt es eine weitere, effektive Behandlungsform, die mehr und mehr an Bedeutung gewinnt: die sogenannte Lichttherapie. Falls jemand infolgedessen auf Medikamente verzichten kann, entfällt gleichzeitig die Sorge bezüglich möglicher Nebenwirkungen.

Lichttherapie

Bei der Lichttherapie kommt eine hohe Intensität an Lichtstrahlung zum Einsatz, die mittels einer speziell angefertigten Lampe erzeugt wird. Mittlerweile sind diese Lichttherapie-Lampen vielerorts erhältlich. Wichtig ist, dass sie den aktuellsten Sicherheitsstandards entsprechen. Nur Lampen mit dem Label „CE medical 93/42/CEE“ können bedenkenlos benutzt werden. Sie funktionieren nämlich ohne das schädliche, ultraviolette Licht. Die Haut wird nicht angegriffen. Dank dieses Verfahrens können zwischen 60 und 80 Prozent der Winterblues-Symptome reduziert werden. Schlägt die Technik an, so lässt sich bereits nach vier Tagen eine Besserung verspüren. Man sollte dennoch keine voreiligen Schlüsse ziehen: Ob die Therapie wirklich geeignet ist oder nicht, stellt sich erst nach etwa 14 Tagen heraus.

An einem schönen Sommertag strahlt die Sonne mit bis zu 100.000 Lux (Maßeinheit der Lichtstärke). In einem Wohnhaus liegt die Standardbelichtung zwischen 50 und 100 Lux. Je höher der Beleuchtungswert ist, dem der Mensch sich täglich aussetzt,

desto geringer ist das Risiko, an einer Winterdepression zu erkranken. Empfohlen werden 5.000 Lux täglich. Dank der hoch dosierten 10.000 Lux-Lampen erreicht man nach einer Nutzung von nur einer halben Stunde bereits einen deutlichen Effekt, dies ganz bequem von zu Hause. Für den Organismus ist dieser Energieschub morgens am effizientesten. Um die Wirksamkeit zu steigern, sollte der ganze Körper gleichmäßig angestrahlt werden.

Eine weitere Behandlungsmethode ist die sogenannte Lichttherapie-Brille. Durch einfaches Aufsetzen auf die Stirn kann dieses therapeutische Gerät auch problemlos von Brillen- und Linsenträgern genutzt werden. Genau wie bei den hoch dosierten Therapie-Lampen strahlen diese futuristischen Brillen bis zu 10.000 Lux aus. Man kann bequem seinen alltäglichen Beschäftigungen nachgehen; langes Sitzen vor einer Lampe entfällt.

Ärztliche Aufsicht

Die Lichttherapie ist normalerweise eine effektive und sichere Behandlung. Grundvoraussetzung bleibt jedoch, ausschließlich qualitativ hochwertige Lichttherapiegeräte zu verwenden und die Anweisungen eines Facharztes zu befolgen. Minderwertige Lichttherapiegeräte funktionieren leider noch häufig mit UV-Strahlung. Diese ist für die Augen schädlich. Eine zu hohe Konzentration des blauen Lichtes kann ebenso zum Risiko für die Augen werden. Deren Schutzfunktionen werden dadurch beeinträchtigt, im Medizinischen auch „Blue Light Hazard“-Phänomen genannt. ■

So kommen Sie gut durch den Winter

- Bringen Sie sich selbst so oft wie möglich in Kontakt mit Tageslicht. Sogar an einem bewölkten Tag tanken Sie beim Gang an die frische Luft viermal mehr Licht, als Zimmerlampen ausstrahlen können.
- Üben Sie eine sportliche Aktivität aus, gleich welcher Art und in gleich welcher Intensität. Ein 30-minütiger Spaziergang im zügigen Tempo reicht aus, um den Kreislauf auf Trapp zu bringen.

Aktiv bleiben ist enorm wichtig, besonders dann, wenn der Körper lieber in den Winterschlaf verfallen mag.

- Verzichten Sie tagsüber auf Schlaf. Der Wach- und Schlafrhythmus ist während der dunklen Jahreszeit stark irritiert. Ein erholsamer Schlaf von circa acht Stunden in der Nacht unterstützt den natürlichen Biorhythmus.



Schlaf- und Beruhigungsmittel: mit Vorsicht zu genießen!



Menschen mit Schlafstörungen oder Angstzuständen suchen oft Hilfe in Medikamenten. Dies sollte jedoch immer nur über einen kurzen Zeitraum geschehen, denn eine langfristige Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln wirkt sich nachteilig auf die Gesundheit aus und kann sogar in eine Abhängigkeit führen. Eine Änderung der Lebensgewohnheiten hingegen führt häufig schon zu einer dauerhaften Linderung der Beschwerden.

Ein Großteil der Schlaf- und Beruhigungsmittel gehört zur Kategorie der Benzodiazepine. Im Gehirn greifen sie in den Stoffwechsel der Nervenzellen und auf die Konzentration der Botenstoffe ein und sorgen so für eine kurzfristige Besserung von Zuständen wie Angst oder Schlafstörungen. Allerdings bekämpfen sie nicht die Ursachen dieser Beschwerden. Wegen ihrer Nebenwirkungen und dem vorhandenen Suchtpotential eignen sie sich nur für einen kurzen Behandlungszeitraum.

Nebenwirkungen und Suchtgefahr

Benzodiazepine vermindern die Reizbarkeit der Nervenzellen im Gehirn und haben deshalb eine entspannende, beruhigende, schlaffördernde und angstlösende Wirkung. Da sie die Funktionen des Gehirns dämpfen, treten häufig auch Schwindel, Benommenheit, anhaltende Müdigkeit, Schläfrigkeit oder verlangsamtes Denken als unangenehme Nebenwirkungen auf. Die größte Gefahr der Benzodiazepine geht aber von ihrer abhängig machenden Wirkung aus. Da sie das Problem lediglich

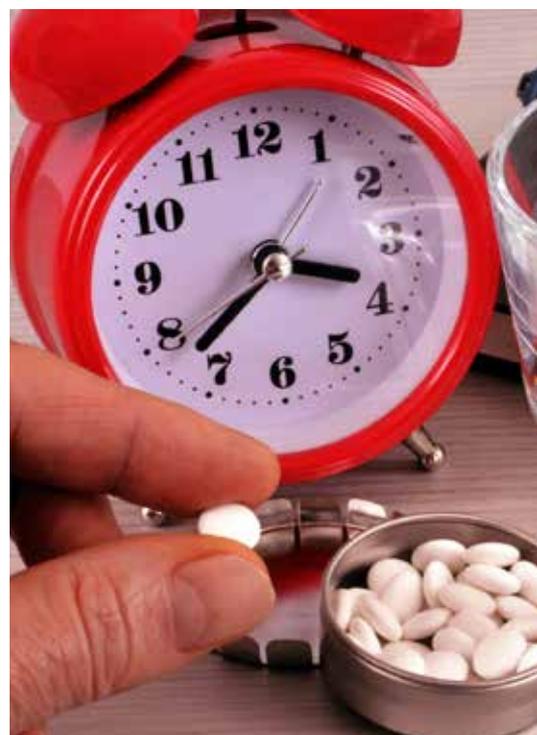
überdecken und nicht seinen Auslöser bekämpfen, erzielen diese Medikamente nur scheinbar eine Verbesserung. Sobald ihre Wirkung nachlässt, machen sich die Symptome wieder bemerkbar – oftmals sogar stärker als zuvor.

Kurzzeitige Anwendung

Diese negativen Erfahrungen können nur durch eine möglichst kurze Anwendungsdauer der Benzodiazepine vermieden werden. Je länger sie eingenommen werden, desto stärker gewöhnt sich der Körper an ihren beruhigenden Effekt. Schon nach zwei bis drei Wochen benötigt der Organismus eine immer höhere Dosierung des Medikaments um die gleiche Wirkung zu verspüren.

Neben der körperlichen Gewöhnung tritt auch rasch eine seelische Abhängigkeit nach Benzodiazepinen ein. Das Suchtrisiko steigt mit der Dosierung und der Dauer der Behandlung stetig an. Ein abruptes Ende der Einnahme kann folglich zum Wiederauftreten der Beschwerden und zu Entzugserscheinungen führen. Solche Symptome lassen oft zu Unrecht darauf schließen, dass die Benzodiazepin-Thera-

pie fortgeführt werden muss und verleiten so zu einer verlängerten Einnahme. Um diese unangenehmen Begleiterscheinungen zu mindern, ist es ratsam mit dem Arzt eine allmähliche Verringerung der Dosierung zu vereinbaren.



Geringere Dosierung für Senioren

Ältere Menschen sind besonders sensibel für die Nebenwirkungen von Schlaf- und Beruhigungsmitteln. Tagesschläfrigkeit, Koordinationsprobleme, Gleichgewichtsstörungen oder die Einschränkung der Mobilität erhöhen das Sturz- und Verletzungsrisiko um ein Vielfaches. Deshalb sollten Senioren geringere Dosierungen erhalten.

Hintergründe

Schlafstörungen

Bei Schlafstörungen sollte in erster Linie nach dem Auslöser für die Beschwerden geforscht werden (z.B. bestimmte Vorerkrankungen, Schmerzen, Umwelteinflüsse, psychologische oder familiäre Probleme, usw.). Auch eine Anpassung der Lebensgewohnheiten wirkt in manchen Fällen Wunder. Ehe der Einsatz von Medikamenten in Betracht gezogen wird, sind alternative Methoden wie Entspannungstechniken oder pflanzliche Mittel zu testen. Bessert sich die Lage trotz dieser Maßnahmen nicht, erweisen sich zusätzliche Untersuchungen als hilfreich. Anhand dieser Ergebnisse kann schließlich mit einer

individuellen Behandlung der Schlafstörung begonnen werden. Manchmal sind Arzneimittel erforderlich, in vielen Fällen erweisen sich aber auch nicht medikamentöse Methoden als erfolgreich. Auf Benzodiazepine sollte daher nur zurückgegriffen werden, wenn andere Therapien versagen und die Schlafstörungen starke Einschränkungen im Alltagsleben mit sich bringen.

Tipps für einen gesunden Schlaf

- Die Temperatur im Schlafzimmer sollte etwa 18 °C betragen. Lüften Sie den Raum täglich gründlich durch und nutzen Sie ihn nur zum Schlafen. Fernsehen oder essen sollten Sie in anderen Zimmern.
- Beachten Sie erste Anzeichen von Müdigkeit und gehen Sie dann sofort ins Bett. Wenn Sie den Zeitpunkt des Schlafengehens länger hinauszögern, bekämpfen Sie Ihren Biorhythmus und können so Schlafstörungen begünstigen.
- Halten Sie stets feste Schlafzeiten ein. Wenn Sie täglich zu anderen Zeiten ins Bett gehen, gerät Ihre innere Uhr aus dem Takt.
- Vermeiden Sie reichhaltiges Essen einige Stunden vor dem Zubettgehen. Eine aktive Verdauung während der Nacht kann die Qualität des Schlafs negativ beeinflussen. Auch Alkohol, Koffein und Nikotin sorgen für einen weniger erholsamen Schlaf.
- Sportliche Betätigung sollte spätestens vier Stunden vor dem Schlafengehen stattfinden, denn die Bewegung bringt den Organismus auf Trab.
- Versuchen Sie, sich vor dem Zubettgehen zu entspannen. Aufreibende Videospiele oder gewaltsame Filme tragen nicht zu einer optimalen Nachtruhe bei.

Angstzustände

Eine Angststörung kann die Lebensqualität der Betroffenen so stark einschränken, dass sie ihren Alltag nicht mehr bewältigen können. Dies ist vor allem der Fall, wenn jemand aus Furcht vor Angstanfällen regelmäßig bestimmte Situationen

meidet. Während sich Menschen mit leichten Angstzuständen meist selbst helfen können – z.B. durch kritisches Überdenken ihrer Angst, durch Entspannung oder durch eine mentale Begegnung mit dem Angstauslöser – sind Personen mit starken Beschwerden meist auf professionelle Hilfe angewiesen.

Zur Linderung oder Beseitigung einer Angststörung gibt es unterschiedliche Therapieansätze. Diese reichen von Entspannungstechniken oder einer Verhaltenstherapie bis hin zu psychologischen Behandlungen oder aber der Verabreichung von Medikamenten. Letzteres sollte, vor allem wenn es sich um starke Beruhigungsmittel handelt, erst in Betracht gezogen werden, wenn die anderen Möglichkeiten ausgeschöpft sind und der Leidensdruck erheblich ist.

Ratschläge gegen Stress und Angst

- Bauen Sie angenehme Momente und Entspannungsinseln in Ihren Alltag ein, die Sie in vollen Zügen genießen können.
- Regelmäßige Bewegungseinheiten (möglichst an der frischen Luft) und Entspannungs- oder Atemübungen helfen, den Kopf frei zu bekommen und ruhiger zu werden.
- Legen Sie sich Strategien zur Entspannung zurecht, die Sie im Falle eines Anflugs von Angst leicht anwenden können.
- Rauchen Sie nicht und meiden Sie anregende Getränke, da dies die Adrenalin-Ausschüttung fördert.
- Vertrauen Sie Ihre Ängste einer nahestehenden Person an.
- Reden Sie mit Ihrem Arzt oder Apotheker über pflanzliche Alternativen zu starken Beruhigungsmitteln.

Wer schon seit längerer Zeit Schlaf- oder Beruhigungsmittel einnimmt, sollte mit seinem Arzt oder Apotheker über eine Reduzierung oder eine mögliche Beendigung seiner Behandlung und über Alternativen reden. Im Internet bietet die Seite www.somniferesetcalmants.be ausführliche Informationen zum Thema, auch in deutscher Sprache. ■



Neurodermitis & Schuppenflechte – Leiden einer chronisch kranken Haut

Die Haut ist das größte Organ des Menschen und hüllt den gesamten Körper ein. Sie schützt den Organismus vor schädlichen Einflüssen von außen. Die Gesundheit der Haut ist also besonders wichtig. Zahlreiche Menschen jedoch leiden unter chronischen Hauterkrankungen. Die meistverbreiteten sind Neurodermitis und Psoriasis.

Größtes Organ

Mit 1,6 bis 1,9 m² ist die Haut das größte Organ des Menschen und umhüllt den Körper vollständig. Sie ist aus drei Schichten aufgebaut, deren einzelne Bestandteile wiederum besondere Funktionen übernehmen. Die Oberhaut (Epidermis) ist eine schützende Hornschicht, in der die Zellerneuerung stattfindet. Darunter liegt die Lederhaut (Dermis), die sich aus Bindegewebe mit Muskeln, Nerven und Gefäßen zusammensetzt. Sie ist unter anderem für den Tastsinn verantwortlich. In der unteren Hautschicht (Subkutis) befindet sich vor allem durchblutetes Fettgewebe.

Die Dicke der Haut variiert je nach Körperstelle. Während sie bspw. am Rumpf sowie an den Außenseiten der Gliedmaßen bis zu fünf Millimeter messen kann, ist sie an anderen Körperstellen hingegen nur etwa einen halben Millimeter dick.

Die Haut ist mit feinen Sensoren ausgestattet, die auf Wärme, Kälte, Berührungen und Schmerz reagieren. Außerdem reguliert sie die Temperatur des Organismus und schützt den Körper vor schädlichen Einwirkungen aus der Umwelt. Bei manchen Menschen jedoch kann die Haut die ihr zugeordnete Schutzfunktion nicht vollständig übernehmen. Sie ist

krank. Neurodermitis und Schuppenflechte sind zwei chronische Hauterkrankungen, die besonders häufig auftreten. Beide sind sehr unangenehm, aber nicht ansteckend.

Neurodermitis

Neurodermitis, auch atopisches Ekzem genannt, ist eine chronische Hauterkrankung mit schubweise auftretenden, stark juckenden und entzündlichen Ekzemen. Häufig bricht sie schon im Säuglingsalter aus, etwa ab dem dritten Lebensmonat. Der so genannte Milchschorf auf der Kopfhaut ist ein erstes Anzeichen der Krankheit.

Auch können beim Baby die Wangen von Rötungen, Schuppen und später von Ekzemen betroffen sein. Mit zunehmendem Alter kennzeichnet sich Neurodermitis durch eine besonders trockene Haut. In Schüben treten außerdem die juckenden und teilweise nässenden Ausschläge auf, vorwiegend an Handgelenken, Ellenbogen und Kniekehlen. Etwa bei jedem dritten Kind heilt die Neurodermitis nach wenigen Jahren wieder aus. Bei einem Großteil der anderen Erkrankten verschwindet das Ekzem mit der Pubertät. Im Erwachsenenalter sind nur noch verhältnismäßig wenige Menschen von einer Neurodermitis betroffen.

Verschiedene Ursachen

Die Auslöser der Neurodermitis konnten bislang nicht mit Sicherheit definiert werden. Sicher ist jedoch, dass die genetische Veranlagung eine große Rolle beim Auftreten der Erkrankung spielt. Dies betrifft sowohl die Neigung zur Ekzembildung mit trockener und empfindlicher Haut als auch eine Überempfindlichkeit des Immunsystems. Bei Menschen mit Neurodermitis ist die so genannte Hautbarriere beschädigt, ein Verbund aus Hornzellen und Hornfetten auf der äußeren Hautschicht, der das Eindringen von schädlichen Substanzen und Erregern in den Organismus verhindert. Eine weitere Aufgabe der Hautbarriere ist die Feuchtigkeitsregulierung. Sie verhindert, dass zu viel Feuchtigkeit abgegeben wird und die Haut austrocknet. Bei Neurodermitikern sind diese Funktionen gestört und ihre Haut ist somit anfälliger.

Auch die Hautflora ist bei einer Neurodermitis-Erkrankung meist aus dem Gleichgewicht. Im Normalfall schützen unterschiedliche Mikroorganismen auf der Haut den Körper vor fremden Keimen. Bei einer Neurodermitis jedoch können sich bestimmte Bakterien besonders gut vermehren und zu stärkeren Beschwerden führen.

Gestörtes Immunsystem

Nicht selten steht eine Neurodermitis in Verbindung mit Allergien. Diese werden hervorgerufen durch eine Überempfindlichkeit des Immunsystems gegen Stoffe wie Pflanzenpollen, Tierhaare oder Nahrungsmittel. Der Körper bekämpft die eigentlich harmlosen Substanzen mit Symptomen wie Entzündungen, Juckreiz, Ausschlag, Atemnot, usw.



Neben organischen Ursachen haben auch äußere Einwirkungen, so genannte Provokationsfaktoren, einen Einfluss auf den Verlauf der Erkrankung. Die trockene und empfindliche Haut bedarf einer besonderen Pflege. Eine Reinigung mit herkömmlicher Seife oder klarem Wasser trocknet die Haut aus, was die Symptome der Erkrankung noch verschlimmern kann. Menschen mit einem atopischen Ekzem sollten ihre Haut täglich ein bis zwei Mal mit einer speziell für ihr Krankheitsbild vorgesehenen Feuchtigkeitslotion eincremen. Eine Austrocknung der Haut kann zudem durch klimatische Bedingungen hervorgerufen werden. So greifen bspw. eine geringe Luftfeuchtigkeit und Heizungsluft die Haut an, indem sie ihr Fett und Feuchtigkeit entziehen.

Auch durch die Kleidung können Reizungen hervorgerufen werden, welche die empfindliche Haut des Neurodermitikers angreifen und den unangenehmen Ausschlag auslösen. Betroffene sollten deshalb Kleidung tragen aus weichen und hautfreundlichen Materialien. Nicht zuletzt wirken sich psychische Belastungen auf den Verlauf einer Neurodermitis aus. Durch Aufregung und Stress werden bestimmte Botenstoffe ausgeschüttet, die Juckreiz auslösen und somit das Hautbild verschlechtern können. Dem können die Erkrankten durch gezielte Entspannungsübungen (z.B. Yoga) entgegenwirken.

Behandlungsansätze

Die Behandlung der Neurodermitis besteht aus mehreren Elementen. An erster Stelle steht immer die Basistherapie. Diese besteht aus einer konsequenten Hautpflege mit speziell entwickelten Produkten. Sie sollen der Haut Feuchtigkeit spenden und für ihre Rückfettung sorgen. Außerdem stärken sie deren Barrierefunktion und lindern den Juckreiz. In leichten Fällen bzw. in beschwerdefreien Zeiten reicht diese Behandlung oft bereits aus.

In akuten Krankheitsphasen oder wenn sich das Hautbild verschlechtert, kommt eine anti-entzündliche Therapie zum Einsatz. Durch das Auftragen von Salben mit entzündungshemmenden Wirkstoffen, z.B. Glukokortikoide oder Calcineurinhemmer, werden die Ekzeme und der Juckreiz bekämpft.

Nur in besonders schweren Fällen kommen Medikamente zum Einsatz, welche die überschießende Reaktion des Immunsystems eindämmen. Deren Einnahme kann jedoch mit starken Nebenwirkungen verbunden sein und eignet sich nicht für Kinder.

Neben der konventionellen Therapie ist vor allem das Vermeiden der genannten Provokationsfaktoren wichtig für den Erfolg der Behandlung, selbst in symptomfreien Zeiten. Des Weiteren bieten sich begleitende Maßnahmen zur Linderung der Neurodermitis an. Dazu gehören

Aufenthalte in Reizklimazonen (Hochgebirge, Nord- oder Ostsee). Die besonderen klimatischen Bedingungen an diesen Orten stärken das Immunsystem, regen die Durchblutung an und verbessern das Hautbild. Auch eine gezielte Bestrahlung mit UV-Licht wirkt sich positiv auf die Haut und deren Barrierefunktion aus. Nicht selten ist die seelische Verfassung maßgebend für die Entstehung und die Ausprägung eines Krankheitsschubs. Deshalb ist für viele Betroffene eine psychotherapeutische Behandlung ebenfalls hilfreich.

Schuppenflechte

Neben der Neurodermitis ist die Schuppenflechte, im Fachjargon Psoriasis genannt, eine der häufigsten chronischen Hauterkrankungen überhaupt. Auch bei der Entstehung dieser Krankheit spielt das Immunsystem eine wichtige Rolle. Vereinfacht dargestellt, wird dem Gehirn fälschlicherweise vermittelt, dass eine Verletzung vorliegt. So entsteht an den betroffenen Stellen eine Art Entzündung und die Haut teilt sich dort bis zu zehnfach schneller als im normalen Zustand. Dies führt zu einer Verhornung und zu weiß-silbrigen Schuppen. Häufig macht sich an diesen Stellen starker Juckreiz bemerkbar. Wie es zu diesem Fehler im Immunsystem kommt, ist bislang noch nicht geklärt. Me-

dieziner vermuten, dass mehrere Faktoren ausschlaggebend sind. Der Erbfaktor ist dabei von großer Bedeutung. Studien zufolge besteht ein Risiko von bis zu 15 Prozent, an Schuppenflechte zu erkranken, wenn bereits ein Elternteil an dieser Hautkrankheit leidet. Die Wahrscheinlichkeit steigt auf 75 Prozent, wenn beide Elternteile daran erkrankt sind. Zusätzlich zur genetischen Veranlagung sind weitere Gründe möglicherweise Störungen der Abwehrfunktion, Stoffwechselstörungen, Hormonschwankungen, Verletzungen, Infektionen, eine falsche Ernährung, übermäßiger Alkoholkonsum, Übergewicht, Stress oder klimatische Einflüsse.

Unterschiedliche Verlaufs- und Erscheinungsformen

Der Verlauf der Psoriasis hängt vom Lebensalter des Betroffenen zum Zeitpunkt des ersten Auftretens ab. Mediziner unterscheiden zwei Verlaufsformen: Typ I mit einem schweren Verlauf beginnt meist zwischen dem 10. und 25. Lebensjahr. Typ II ist eine leichtere Form und zeigt sich generell erstmals ab dem 35. Lebensjahr.

Grundsätzlich jedoch kann die Schuppenflechte zu jedem Zeitpunkt ausbrechen. Die Krankheit verläuft schubweise, sodass es zwischenzeitlich immer wieder zu einer beschwerdefreien Periode kommt. Diese kann Wochen, Monate oder sogar Jahre



andauern. Frauen und Männer sind etwa gleichermaßen betroffen.

Schuppen oder Bläschen

Die klassische Form der Schuppenflechte, mit dem lateinischen Namen Psoriasis vulgaris, macht rund 90 Prozent der Fälle aus. Sie kennzeichnet sich durch scharf abgegrenzte Entzündungsherde, die mit weiß-silbrigen Schuppen bedeckt sind. Bevorzugt bricht die Krankheit an Ellenbogen, Knien oder am Steißbein aus. Sie kann sich allerdings auf sämtliche Körperbereiche ausbreiten. Mehr als die Hälfte der Betroffenen erkranken neben der klassischen Schuppenflechte auch an Kopfhautpsoriasis. Je nach Schweregrad treten die Flechten bis über den Haaransatz hinaus. Dies ist zusätzlich unangenehm, weil es für jeden sichtbar ist. Zudem kommt es bei der Kopfhautpsoriasis häufig zu Haarausfall. Menschen, die an dieser Form der Schuppenflechte leiden, kämpfen oft mit sozialer Isolation.

Die so genannte Psoriasis guttata macht sich durch kleine, schuppig-rote Punkte bemerkbar. Dies sieht aus, als seien Wassertropfen über den Körper verteilt. Diese Form der Schuppenflechte bricht häufig in Verbindung mit einer durch Streptokokken ausgelösten Racheninfektion aus – meist bei Kindern und Jugendlichen. In vielen Fällen heilt sie von alleine wieder aus, kann später jedoch als klassische Psoriasis erneut auftreten.





Schwere Krankheitsbilder

Eine weitaus seltenere Form ist die pustulöse Psoriasis. Bei etwa fünf Prozent der Betroffenen bilden sich anstelle der Schuppen kleine Bläschen. Sie ist eine Komplikation der Psoriasis vulgaris und steht oft in Verbindung mit der Einnahme eines Medikaments bzw. dessen Absetzung. In besonders schlimmen Fällen breiten sich die Bläschen auf den gesamten Körper aus und können lebensbedrohliche Ausmaße annehmen, da sie die Hautfunktion schwer schädigen.

Auch die Psoriasis arthritis ist mit einer Häufigkeit von fünf bis zehn Prozent eher selten. Es handelt sich um eine äußerst schmerzhafteste Schwellung der Gelenke, meist an Händen und Füßen. Die Bewegungsfreiheit ist durch die Erkrankung

stark eingeschränkt. Eine frühzeitige Behandlung ist wichtig, um spätere Behinderungen zu vermeiden.

Verlauf der Erkrankung

In den meisten Fällen handelt es sich bei der Schuppenflechte um eine chronische Erkrankung, die schubweise verläuft. Zwischen Phasen mit mehr oder weniger starken Symptomen treten immer wieder beschwerdefreie Zeiten auf.

Neue Schübe können durch eine gesunde Lebensweise hinausgezögert werden. Dazu gehören unter anderem eine Gewichtskontrolle sowie ein eingeschränkter Alkoholkonsum und der Verzicht auf Nikotin. Jedoch muss jeder für sich selbst herausfinden, was seinem Körper gut tut. Eine gründliche Hautpflege trägt ebenfalls zur Linderung der Beschwerden bei.

Behandlungsmöglichkeiten

Eine vollständige Heilung der Schuppenflechte ist nicht möglich. Verschiedene Behandlungsmöglichkeiten sorgen allerdings für eine Besserung der Symptome. Welche Therapie im individuellen Fall zum Einsatz kommt, entscheidet der Hautfacharzt.

Salben und Cremes

Bevor Salben oder Cremes auf die befallenen Hautregionen aufgetragen werden,

sollte die Schuppenschicht durch Harnstoffsalben oder Salizylsäure entfernt werden. Nur so kann der Wirkstoff optimal eindringen und seine Wirksamkeit entfalten. Geeignet ist diese Behandlungsform für Psoriatiker mit leichter bis mittelschwerer Schuppenflechte. Hilfreich sind Salben, die Kortikoide, Retinoide oder Vitamin-D-Analoga enthalten.

Lichttherapie

Die Lichttherapie ist eine erfolgreiche Behandlungsmöglichkeit, vor allem für Betroffene mit einer schweren Psoriasis. Ein Nachteil ist jedoch ein erhöhtes Hautkrebsrisiko durch die UV-Bestrahlung. Aus diesem Grund eignet sich die kombinierte Foto-Chemotherapie am besten: durch Medikamente wird die Aufnahmefähigkeit für die UV-Strahlen verbessert. Somit können weniger gefährliche UV-A-Strahlen in niedrigerer Dosis eingesetzt werden.

Systemische Behandlung

Durch Tabletten oder Injektionen werden die Zellteilung und/oder die Reaktion des Immunsystems gehemmt. Diese Therapieform kann unter Umständen aber schwere Nebenwirkungen nach sich ziehen (z.B. Unfruchtbarkeit), weshalb sie nur bei schwerer Psoriasis eingesetzt wird. ■



NEU: Erstattung für Neurodermitis und Psoriasis

Seit dem 1. Januar 2017 sehen wir durch unsere *Zusätzlichen Dienste* eine Erstattung für Kinder vor, die an Neurodermitis oder Psoriasis erkrankt sind. Unsere Erstattung gilt zur Deckung der Kosten für die Pflegeprodukte zur Regeneration der Haut, für spezielle Ernährung sowie für Hilfsmittel zur Linderung des Juckreizes (besondere Bettwäsche, Kleidung, ...).

Aus einer detaillierten Bescheinigung des Hautfacharztes muss hervorgehen,

dass das Kind seit mindestens sechs Monaten an der Krankheit leidet und diese nicht durch die Entfernung des Risikos (z.B. bei Allergie auf Tierhaare) geheilt werden kann.

Pro Kalenderjahr zahlt unsere Krankenkasse für Kinder bis zum Alter von 6 Jahren eine pauschale Kostenbeteiligung in Höhe von 100 €. Die Erstattung kann unter Vorbehalt der gleichen Formalitäten jährlich erneuert werden.

Hospitalia – optimaler Schutz im Krankenhaus!



Ein Krankenhausaufenthalt ist oft mit hohen Kosten verbunden, die der Patient zum Teil selbst zahlen muss.

Die Krankenhausversicherung *Hospitalia* sichert Sie finanziell bestens ab. *Hospitalia* übernimmt einen Großteil der Zimmerzuschläge und der Pflege während und nach dem Krankenhausaufenthalt. Auch die medizinischen Kosten werden zu einem großen Teil erstattet.

Eine noch umfangreichere Deckung als die Basisvariante der Versicherung bietet *Hospitalia Plus*.

Personen, die über ihren Arbeitgeber krankenhausesichert sind, können sich *Hospitalia Kontinuität* anschließen und können somit zum Ende der Gruppenversicherung des Arbeitgebers nahtlos zu *Hospitalia* oder *Hospitalia Plus* wechseln.

Einschreibung

Die Aufnahme in *Hospitalia* oder *Hospitalia Plus* ist mittels eines Antragsformulars, eines medizinischen Fragebogens sowie einer Bedürfnisanalyse möglich – hierbei sind unsere Mitarbeiter Ihnen selbstverständlich behilflich.

Die Altersgrenze für die Aufnahme in *Hospitalia Plus* liegt bei 65 Jahren. Der Medizinische Berater von *Hospitalia* entscheidet anhand der Angaben des medizinischen Fragebogens, ob ein Versicherungsnehmer vorbehaltlos oder eventuell mit einer Einschränkung in die Krankenhausversi-

cherung aufgenommen wird. Eine solche Einschränkung gilt dann ggf. aber lediglich für Aufenthalte in einem Einzelzimmer und nur für die betreffende Krankheit.

Wartezeit

Neue Versicherte von *Hospitalia* können in der Regel nach einer sechsmonatigen Wartezeit die Erstattungen beanspruchen. Falls innerhalb der Wartezeit ein Unfall stattfindet, so kann der Medizinische Berater von *Hospitalia* die Kostenübernahme der Krankenhauskosten in diesem Zusammenhang dennoch genehmigen.

Für Frauen, die zum Zeitpunkt ihrer Eintragung bereits schwanger sind, ist während den ersten sechs Monaten keine Kostenübernahme möglich (außer bei einer vollständigen Befreiung von der Wartezeit, außer Zuschläge im Einzelzimmer). Vom siebten bis neunten Monat der Mitgliedschaft bleiben Zimmer- und Honorarzuschläge im Einzelzimmer von der Erstattung ausgeschlossen. Das Anrecht auf die vollständigen Leistungen ist erst ab dem zehnten Monat der Mitgliedschaft gegeben.

Keine Wartezeit bei Umschreibung von einer anderen Krankenkasse

Wenn Sie vor dem Eintritt in *Hospitalia* bereits einer gleichwertigen Krankenhausversicherung bei Ihrer früheren Krankenkasse angeschlossen waren, werden Sie ohne Wartezeit in *Hospitalia* aufgenommen.

Zusätzliche Erstattung für Schwere Krankheiten

Versicherte von *Hospitalia Plus*, die an einer „schweren Krankheit“ leiden, können eine zusätzliche Erstattung bis zu 7.000 € erhalten für Pflegekosten, die nicht im Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt stehen. Dazu gehören u.a. die Eigenanteile für Arztbesuche, häusliche Krankenpflege, Laborleistungen, Medikamente, usw.

Um die Erstattung zu erhalten, muss das Leiden als „schwere Krankheit“ durch den Medizinischen Berater von *Hospitalia Plus* anerkannt werden. Welche Krankheiten als „Schwere Krankheiten“ definiert sind, erfahren Sie in unseren Kontaktstellen oder auf unserer Internetseite unter: www.freie.be>Gut versichert>*Hospitalia* >Leistungen>Schwere Krankheiten.

Hospitalia Kontinuität

Berufstätige, die durch ihren Arbeitgeber krankenhausesichert sind, haben durch unsere Versicherung *Hospitalia Kontinuität* die Möglichkeit, mittels Zahlung eines geringen Beitrags ihre Rechte in unserer Krankenhausversicherung aufrecht zu erhalten. Bis zum 65. Geburtstag können sie dann später wieder ohne Wartezeit, ohne Beitragszuschlag und ohne medizinischen Fragebogen in *Hospitalia* oder *Hospitalia Plus* aufgenommen werden. *Hospitalia Kontinuität* übernimmt pro Aufenthaltstag bis zu 50 € der Kosten, die von der Gruppenversicherung des Arbeitgebers nicht erstattet werden.

Fragen Sie in Ihrer Kontaktstelle nach dem Faltblatt *Hospitalia – Hospitalia Plus*. Dieses gibt Ihnen einen ausführlichen Überblick über die Leistungen unserer Krankenhausversicherungen.

Hospitalia Kontinuität: monatliche Beiträge

Alter	Beitrag	Alter	Beitrag
0 – 17 Jahre	2,73 €	40 – 45 Jahre	6,44 €
18 – 24 Jahre	3,37 €	46 – 49 Jahre	7,19 €
25 – 29 Jahre	4,26 €	50 – 54 Jahre	8,07 €
30 – 34 Jahre	5,07 €	55 – 59 Jahre	15,30 €
35 – 39 Jahre	5,82 €	60 – 64 Jahre	20,71 €

Die wichtigsten Erstattungen auf einen Blick

Art der Erstattung	HOSPITALIA	HOSPITALIA Plus
Jährliche Höchstgrenze	<ul style="list-style-type: none"> ohne Franchise (*) bis zu 16.000 € pro Person 	<ul style="list-style-type: none"> ohne Franchise (*) keine Höchstgrenze
Zimmerzuschläge		
Zweibett- und Mehrbettzimmer	<ul style="list-style-type: none"> vollständige Erstattung 	<ul style="list-style-type: none"> vollständige Erstattung
Einzelzimmer	<ul style="list-style-type: none"> bis zu 80 € pro Tag 	<ul style="list-style-type: none"> bis zu 125 € pro Tag
Honorarzuschläge	<ul style="list-style-type: none"> 100 % der gesetzlich vorgesehenen Erstattung 	<ul style="list-style-type: none"> 300 % der gesetzlich vorgesehenen Erstattung
Prothesen und Implantate		
mit Beteiligung der Pflichtversicherung	<ul style="list-style-type: none"> max. 2.500 € pro Aufenthalt 	<ul style="list-style-type: none"> Erstattung des berechneten Preises
ohne Beteiligung der Pflichtversicherung	<ul style="list-style-type: none"> 50 % des berechneten Preises (max. 1.250 € pro Aufenthalt bzw. 2.500 € in besonders schweren Fällen) 	<ul style="list-style-type: none"> 5.000 € pro Aufenthalt bzw. 10.000 € in besonders schweren Fällen
andere Lieferungen	<ul style="list-style-type: none"> 100 % des gesetzlich vorgesehenen Tarifs 	<ul style="list-style-type: none"> 300 % des gesetzlich vorgesehenen Tarifs ohne gesetzliche Beteiligung: Erstattung der Rechnung
Pflege vorher / nachher		
vor dem Krankenhausaufenthalt	<ul style="list-style-type: none"> Eigenanteile und Honorarzuschläge (bis zu 100 % des gesetzlich vorgesehenen Tarifs) an den Notdiensten am Tag der Einlieferung 	<ul style="list-style-type: none"> Eigenanteile an der Pflege und Honorarzuschläge (bis zu 100 % des gesetzlich vorgesehenen Tarifs) 100 % der Eigenanteile an den erstattbaren Medikamenten während 30 Tagen
nach dem Krankenhausaufenthalt	<ul style="list-style-type: none"> Eigenanteile an der Pflege und Honorarzuschläge (bis zu 100 % des gesetzlich vorgesehenen Tarifs) 100 % der Eigenanteile an den erstattbaren Medikamenten während 30 Tagen nach dem Aufenthalt 	<ul style="list-style-type: none"> Eigenanteil an der Pflege und Honorarzuschläge (bis zu 100 % des gesetzlich vorgesehenen Tarifs) 100 % der Eigenanteile an den erstattbaren Medikamenten während 90 Tagen nach dem Aufenthalt
andere Erstattungen	<ul style="list-style-type: none"> Bis zu 25 € pro Tag für Eltern, die ihr Kind begleiten 	<ul style="list-style-type: none"> Vollständige Kostenerstattung für Eltern, die ihr Kind begleiten zusätzliche Garantie für Kosten bis zu 7.000 € bei schwerer Krankheit.

Diese Erstattungen beziehen sich auf Krankenhausaufenthalte in Belgien. Für Hospitalisierungen im Ausland gelten besondere Regelungen.

(*) Bei Aufenthalt in einem Einzelzimmer in bestimmten Krankenhäusern ziehen wir von unserem Erstattungsbetrag eine Franchise von 150 € pro Aufenthalt ab. Diese Krankenhäuser sind: A.Z. St. Lucas (Brügge), C.H. Epicura (Ath), C.H.U. de Tivoli (La Louvière), C.H.U. J. Bordet (Brüssel), C.H.U. Ambroise Pare (Mons), C.M.P. La Ramée (Brüssel), Chirec (Brüssel und Braine l'Alleud), Clinique Notre Dame de Grace (Charleroi Gosselies), Clinique Saint Jean (Brüssel, Cliniques de l'Europe (Brüssel), Cliniques Universitaires St. Luc (Brüssel), Hôpital Brugmann (Brüssel), Hôpitaux d'Iris Sud (Brüssel), Centre de Santé des Fagnes (Chimay)

Hospitalia und Hospitalia Plus - Monatsbeiträge in € seit dem 01.01.2017

Alter	Normale Beiträge		Erhöhte Beiträge (bei Eintragung nach dem 46. Lebensjahr)											
			Alter zum Zeitpunkt der Eintragung											
			46-49 Jahre + 5%		50-54 Jahre + 10%		55-59 Jahre + 50%		60-70 Jahre + 70%		71-75 Jahre + 80%		ab 76 Jahre + 90%	
	H	H+	H	H+	H	H+	H	H+	H	H+	H	H+	H	H+
bis 18 Jahre	4,07	5,64	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18 bis 24 Jahre	5,29	7,11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25 bis 49 Jahre	11,31	18,38	11,87	19,29	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
50 bis 59 Jahre	13,95	22,57	14,64	23,69	15,34	24,82	20,92	33,85	-	-	-	-	-	-
60 Jahre u. mehr	30,16	40,60	31,66	42,62	33,17	44,64	45,24	60,89	51,27	69,02	54,29	-	57,30	-

Die Freie Krankenkasse ist als Versicherungsvertreter Nr. AfK 5004c für die VaG „M.E.H.“ (Hospitalia) anerkannt vom „Aufsichtsamt für die Krankenkassen“, 1210 Brüssel, Av. de l'Astronomie 1 under der Nr. AfK 750/01 für die Zweige 2 und 18, mit Sitz in 1150 Brüssel, Rue St. Hubert 19, RJP Brüssel, Unternehmensnr. 0422.189.629

Nach IZOM: neue Regelung für grenzüberschreitende Pflege gesucht



Seit dem Jahre 2000 ermöglicht das IZOM-Abkommen den Menschen aus der Deutschsprachigen Gemeinschaft, zu günstigen Bedingungen einen Facharzt in der deutschen Nachbarregion aufzusuchen. Zum 31. Dezember 2016 wurde das Projekt eingestellt. Nur dank einer eingeräumten Übergangszeit bis zum 30. Juni 2017 können die Patienten die Regeln des IZOM noch in Anspruch nehmen. Für die Zeit danach werden neue Bestimmungen festgelegt.

Was ist IZOM?

IZOM bedeutet „Integration Zorg op Maat“. Das Projekt zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung ermöglichte es den Versicherten belgischer, deutscher und niederländischer Krankenkassen mit Wohnsitz in der Euregio Maas-Rhein, Rhein-Waal sowie in den Kreisen Bitburg-Prüm und Daun, bestimmte fachärztliche Leistungen in diesen Grenzregionen in Anspruch zu nehmen.

Allerdings wurde das IZOM zu einer breiten Einbahnstraße: Es waren hauptsächlich belgische Patienten, welche sich in Deutschland behandeln ließen. In umgekehrter Richtung gab es keinen Patientenfluss, auch der Austausch mit dem niederländischen Gebiet hielt sich in Grenzen.

Berücksichtigte Leistungen

Das IZOM-Abkommen gilt nur für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung. Leistungen der Zusatzversicherungen werden nicht berücksichtigt. Erstattbare Leistungen sind:

- allgemeine fachärztliche Therapie und Diagnostik (Labor, Röntgen, Ultraschall);
- Arzneimittel, die zu dieser Behandlung erforderlich sind;
- eine anschließende Krankenhausbehandlung, falls erforderlich. Für die Einweisung ist der deutsche Facharzt zuständig.

Besondere Leistungen (Computertomographie, ...) können nicht im Rahmen des IZOM-Projektes abgerechnet werden. Hierfür ist eine vorherige Genehmigung des Vertrauensarztes der Krankenkasse erforderlich.



Formular E112+

Damit die Kosten übernommen werden, muss der Patient bei der belgischen Krankenkasse einen Schein E112+ beantragen, welcher an die AOK Rheinland/Hamburg übermittelt wird. Inzwischen ist nämlich auf deutscher Seite die AOK der einzige Ansprechpartner für dieses Projekt. Behandlungen im Ausland über das IZOM-Projekt sind nur noch bis zum 30. Juni 2017 möglich.

Der Schein E112+ ermächtigt die AOK, die Kosten nach der in Deutschland geltenden Regelung zu übernehmen, d.h. vorzustrecken. Später findet die Abrechnung auf zwischenstaatlicher Ebene unter den Krankenkassen statt.

Welche Vorteile bietet bzw. bot das IZOM-Abkommen dem Patienten?

Das IZOM-Projekt ermöglicht den Menschen unserer Grenzregion eine Behandlung in ihrer Muttersprache. Dies ist für die Einwohner Ostbelgiens ein wichtiger Aspekt, denn oft ist es nicht möglich, in dieser Region einen deutschsprachigen Facharzt zu finden. Um einen optimalen Behandlungsablauf garantieren zu können, müssen Arzt und Patient ohne Sprachbarrieren kommunizieren können.



Zudem ist in Ostbelgien nicht jeder spezifische medizinische Bereich durch deutschsprachige Fachärzte abgedeckt oder auf Grund der unzureichenden Anzahl entstehen in bestimmten Bereichen unzumutbare Wartezeiten.

Wieso wird das IZOM-Projekt beendet?

Die IZOM-Regelung wurde seitens des Landesinstitutes für Kranken- und Invalidenversicherung (LIKIV) in Frage gestellt und schließlich beendet. Diesbezüglich hat das Landesinstitut mehrere Gründe angeführt, darunter eine inzwischen erfolgte Änderung der Europäischen Richtlinien (siehe unten), die belgische Staatsreform, eventueller Missbrauch und fehlende Transparenz beim IZOM, unterschiedliche Handhabung seitens der Krankenkassen, die Sorgen der hiesigen Krankenhäuser und Fachärzte, Benachteiligung von belgischen Bürgern, welche nicht im Grenzgebiet wohnen.

Änderung der Europäischen Richtlinien

Seit 2013 kommt die Europäische Richtlinie 2011/24 zur Anwendung, wodurch die Patientenmobilität erheblich erleichtert wurde. Laut dieser Richtlinie kann jeder europäische Bürger sich in gleich welchem EU-Land in medizinische Behandlung begeben, ohne in seinem Wohnland eine vorherige Erlaubnis beantragen zu müssen (dies gilt bis auf bestimmte Ausnahmen). Der Patient muss die Behandlungskosten vorstrecken und hat anschließend Anrecht auf Kostenerstattung seitens seiner Krankenkasse in gleicher Höhe wie für eine vergleichbare Behandlung im Wohnland.

Die Freizügigkeit ist also durch die EU-Verordnungen grundsätzlich geregelt. Mehrere deutsche Krankenkassen haben dies u.a. als Begründung angeführt, als sie sich zum Ende des Jahres 2015 aus dem IZOM zurückgezogen haben. Die belgischen Behörden sind daher der Ansicht, dass die Notwendigkeit des IZOM durch diese veränderte Lage nicht mehr gegeben ist.

Die gute Absicht der EU, dass der Patient bei seiner (belgischen) Krankenkasse keinen Antrag mehr zu stellen braucht, bevor er sich zur Behandlung ins Ausland begibt, verkehrt sich für die ostbelgischen Bürger aber leider ins Gegenteil. Denn das Formular, das der belgische Patient laut der alten Regelung bei seiner belgischen Krankenkasse beantragen „musste“, war in erster Linie ein Schutz für den Patienten, denn es garantierte ihm im deutschen Grenzraum die notwendige Tarifsicherheit.

Wenn jedoch der deutsche Arzt in Zukunft sein Honorar nicht mehr über eine deutsche Krankenkasse abrechnet, sondern sie dem Patienten direkt in Rechnung stellt, betrachtet er diesen als „Privatpatienten“. Laut der in Deutschland üblichen Regelung multipliziert er ggf. sein Honorar mit einem Erhöhungskoeffizienten. Die Folge davon ist, dass der Patient von einem überhöhten deutschen Honorar in Belgien nur eine geringe Basiserstattung erhält.

Staatsreform

Auch die sechste Staatsreform wird vom LIKIV als Argument angeführt, um das IZOM in Frage zu stellen. Zwar sind durch die Reform einige Pflegeleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung vom Föderalstaat an die Gemeinschaften übertragen worden, jedoch handelt es sich kaum um Leistungen, die tatsächlich vom IZOM-Projekt betroffen sind.

Von der Staatsreform betroffene Leistungen sind bspw. die Rehabilitationsmaßnahmen, diese werden jedoch nicht im Rahmen des IZOM sondern im Rahmen einer anderen Regelung innerhalb des LIKIV organisiert.

Missbrauch

Was als Erleichterung für die Bevölkerung beiderseits der Grenzen gedacht war, um notwendige fachärztliche Pflege zu erhalten, sei im Laufe der Jahre vor allem von belgischen Patienten auch dazu genutzt worden, um von den günstigeren (deutschen) Erstattungstarifen zu profitieren. Unter diesen Umständen wuchs in den letzten Jahren die Kritik der Fachärzte und der Kliniken auf belgischer Seite.

Darüber hinaus steht der Vorwurf im Raum, über das IZOM-Projekt würden Bestimmungen des Landesinstitutes umgangen, wenn man bspw. in Belgien für bestimmte Rückerstattungen von Leistungen oder von Medikamenten eine Sondergenehmigung braucht, in Deutschland dagegen nicht. Seitdem das Landesinstitut mehrere Klagen diesbezüglich erhalten hat, ist es der Ansicht, dass das IZOM auch dazu genutzt wird, um die belgischen Bestimmungen zu umgehen.

Arbeitslast für deutsche Kassen

Als problematisch erwies sich das IZOM-Abkommen aber auch für die Krankenkassen auf deutscher Seite, weil sie durch die zunehmende Anzahl belgischer Patienten eine hohe Arbeitslast haben, unter der bisweilen sogar die Betreuung ihrer deutschen Kunden leidet. Infolgedessen waren bereits zum Ende des Jahres 2015 alle deutschen Krankenkassen, mit Ausnahme der AOK Rheinland/Hamburg vom IZOM-Projekt abgesprungen. Dank einer Vereinbarung der Freien Krankenkasse mit der AOK hat diese sich bereit erklärt, das bisherige System noch bis zum 30. Juni 2017 fortzuführen.

Was kommt nach dem 30. Juni 2017?

Derzeit laufen auf Ebene des LIKIV und der Krankenkassen eine Vielzahl an Gesprächen und Verhandlungen, um eine neue Regelung auszuarbeiten, welche ab dem 1. Juli 2017 gelten soll. Diese Regeln werden auf jeden Fall gleichermaßen für alle belgischen Krankenkassen gelten.



Mit hoher Wahrscheinlichkeit sind folgende Änderungen zu erwarten:

- **Konsultation oder ambulante Behandlung bei einem deutschen Facharzt**

Beim IZOM wurde das Honorar mit einer deutschen Krankenkasse abgerechnet.

Fortan wird der Patient in den meisten Fällen das Honorar vorstrecken müssen und anschließend in Belgien eine Erstattung seiner Krankenkasse erhalten. Falls der deutsche Arzt bei diesem System seinen Patienten nicht mehr als Kassenpatienten sondern als Privatpatienten betrachtet, multipliziert er evtl. sein Honorar mit einem Erhöhungskoeffizienten. Demzufolge bezieht sich die Erstattung der belgischen Krankenkasse nur auf einen Bruchteil des gezahlten Honorars.

Die Krankenkassen verlangen, dass ein transparenteres System und für bestimmte Behandlungen Ausnahmeregelungen vorgesehen werden.

- **Medikamente**

Beim IZOM wurden die Arzneimittel entsprechend der in Deutschland geltenden Gebührenordnung von einer deutschen Kasse übernommen.

Fortan wird der Patient die Kosten in der Apotheke vorstrecken müssen und in Belgien eine Erstattung erhalten, die sich nach den hier geltenden Beträgen und ggf. den Genehmigungsprozeduren richtet.

Die Krankenkassen pochen darauf, dass es auch in Zukunft für die Deutschsprachigen möglich sein muss, sich in ihrer Muttersprache behandeln zu lassen. Die Rechte des Patienten (siehe Rahmen) sind diesbezüglich eindeutig.

Wieso ist das so kompliziert?

Die Systeme der Gesundheitspflege sind national, auf Ebene der einzelnen Länder organisiert. Zwischen diesen Systemen



gibt es große Unterschiede. In manchem Land zahlen die Bürger hohe Abgaben ins Sozialversicherungssystem, erhalten dafür aber auch höhere Erstattungen als in anderen Ländern.

Würde man dies vereinheitlichen wollen, so setzt dies zuallererst eine europaweite Vereinheitlichung sämtlicher Sozialbeiträge und auch vieler Steuerabgaben voraus. Dies ist noch auf lange Zeit unvorstellbar. Die EU hat Lösungen geschaffen für Krankheitsfälle, die bei einem zeitweiligen Aufenthalt im Ausland auftreten oder bspw. Sonderregelungen für Grenzgänger.

Es kann aber auf Dauer nicht funktionieren, wenn Bürger in einem EU-Land niedrige Beiträge zahlen und gleichzeitig im Nachbarland Pflege zum höchsten und vorteilhaftesten Erstattungstarif in Anspruch nehmen. In Deutschland gibt es bspw. für manche Gesundheitsleistungen, für die hierzulande eine hohe Eigenbeteiligung vorgesehen ist, eine beinahe vollständige Erstattung.

Ich wäre bereit, für deutsche Leistungen eine Eigenbeteiligung zu zahlen wie in Belgien, warum geht das nicht?

Die Leistungskataloge der Länder sind grundverschieden. Eine Behandlungsbescheinigung eines deutschen Arztes enthält bspw. die Kodenummern der deutschen Gebührenordnung für Ärzte. Ein deutscher Arzt oder eine deutsche



Krankenkasse können unmöglich wissen, wie hoch die Erstattung oder Eigenbeteiligung des Patienten in Belgien sein würde, denn dort ist die Gebührenordnung ganz anders strukturiert.

Dasselbe Problem ergibt sich für die belgischen Krankenkassen: Bei Vorlage einer Rechnung eines deutschen Arztes muss die belgische Kasse herausfinden, welche Erstattung für eine vergleichbare Behandlung in Belgien vorgesehen wäre. Hierzu müsste im Prinzip jede einzelne Behandlungsbescheinigung durch einen medizinischen Experten der Krankenkasse analysiert werden, der sowohl die deutsche als auch die belgische Gesetzgebung ständig kennt. Konkret geht es darum, in jedem Einzelfall herauszufinden, ob Kodenummern im belgischen Erstattungstarif existieren (falls ja, so sind sie oft in unterschiedlicher Zahl kombiniert), welche zur korrekten Errechnung der Erstattung berücksichtigt werden müssen. Sogar ausgewiesene Experten sind sich einig, dass es bei einem solchen System der Tarifierung zu unterschiedlichen Interpretationen kommen muss.

Es kann doch niemand mir verbieten, einen deutschen Arzt aufzusuchen?

Jeder hat das Recht, sich im Ausland behandeln zu lassen. Erst 2013 wurde das Prinzip der freien Arztwahl in Europa durch eine neue EU-Richtlinie geregelt. Jeder darf sich im Ausland behandeln las-

sen. Doch die Erstattung ist eine andere Sache: in seinem Heimatland hat man nur Anrecht auf Erstattung der Kosten wie bei einer Behandlung vor Ort.

Um die Finanzierung der Sozialsysteme der einzelnen Länder nicht zu gefährden,

dürfen diese außerdem für bestimmte Bereiche Einschränkungen festlegen. Je nachdem welche Sonderleistungen betroffen sind, ist das Anrecht auf Erstattung durch die Krankenversicherung daher nicht in allen Fällen garantiert. ■

Die Rechte des Patienten (Auszug)

Das Recht, qualifizierte Dienstleistungen zu erhalten.

Jeder Patient hat Anrecht auf die bestmögliche Versorgung, unter Berücksichtigung der medizinischen Kenntnisse und der verfügbaren Technik. In der Versorgung werden die Menschenwürde und die Autonomie des Patienten respektiert, ohne Diskriminierung hinsichtlich des gesellschaftlichen Rangs, sexueller Vorlieben oder philosophischer Überzeugungen.

Das Recht, einen Pflegeleistenden frei wählen zu können.

Der Patient wählt die Berufsfachkraft aus, die ihn behandelt, und kann jederzeit eine andere Berufsfachkraft zu Rate ziehen.

Das Recht, über den eigenen Gesundheitszustand informiert zu werden.

Die Berufsfachkraft erteilt dem Patienten alle notwendigen Informationen, damit der Patient verstehen kann, wie es um seine Gesundheit bestellt ist (Diagnose) und wie sich sein Gesundheitszustand voraussichtlich entwickeln wird.

Die Berufsfachkraft informiert ebenfalls darüber, wie der Patient sich in der Folge verhalten sollte (z. B. wenn Risiken in Zusammenhang mit einer Schwangerschaft bestehen).

Die Berufsfachkraft erteilt diese Informationen mündlich, in einer deutlichen Sprache, die auf den Patienten abgestimmt ist.

Bevor die Berufsfachkraft eine Behandlung einleitet, muss sie den Patienten über die Behandlung informieren, der daraufhin frei in die Behandlung einwilligen bzw. sie verweigern kann.

Die Berufsfachkraft muss den Patienten daher klar über die Art der Behandlung informieren, was folgende Aspekte beinhaltet:

- Ziel der Behandlung, Dringlichkeit, Dauer, Nebenwirkungen, Risiken, Notwendigkeit einer Nachsorge, usw.
- finanzielle Auswirkungen (Honorare, Selbstbeteiligungen, Zuschläge, usw.)
- die etwaigen Alternativen.

Das Recht, in eine Behandlung einzuwilligen, nach vorheriger Information.

Rückenschule der Freien Krankenkasse

In der Rückenschule lernen die Teilnehmer Rückenschmerzen vorzubeugen oder die Beschwerden zu verringern, indem sie ihre Körperhaltung und Bewegungsabläufe korrigieren sowie bestimmte Muskelpartien stärken. Erfolg hat das Programm allerdings nur, wenn die Teilnehmer bereit sind, ihre für den Rücken schädlichen Gewohnheiten langfristig abzulegen und die erlernten Verhaltensweisen anzuwenden.

Inhalt der Rückenschule

Den Unterricht erteilen erfahrene Kinesitherapeuten. Beim ersten Treffen erfahren die Teilnehmer zunächst Wichtiges über den Aufbau der Wirbelsäule und deren Anfälligkeit für bestimmte Leiden. Anschließend finden in den darauf folgenden Wochen zehn praktische Sitzungen statt. Dort erlernen sie Übungen zur Stärkung der Bauch- und Rückenmuskulatur und können so bestehende Haltungsschwächen korrigieren.



Daten und Orte

Die nächsten Rückenschulen finden wie folgt statt:

Theoretische Einführung:

- Bütgenbach: Dienstag, den 7. März 2017 von 19 bis 21 Uhr
- Eupen: Mittwoch, den 8. März 2017 von 18 bis 20 Uhr (Kursus 1) sowie Donnerstag, den 9. März 2017 von 18 bis 20 Uhr (Kursus 2)

Praktische Stunden:

- Bütgenbach: ab dem 15. März 2017 jeweils mittwochs von 19.30 bis 20.30 Uhr
- Eupen: ab dem 15. März 2017 jeweils mittwochs von 19 bis 20 Uhr (Kursus 1) und ab dem 16. März 2017 jeweils donnerstags von 19 bis 20 Uhr (Kursus 2)

Anmeldungen nehmen wir in unseren Kontaktstellen entgegen oder per E-Mail unter info@freie.be.

Personen, die uns ihr Interesse an einer Teilnahme bereits mitgeteilt haben, sind vorgemerkt und brauchen sich nicht erneut zu melden.

Teilnahmegebühr und Erstattung

Von den Teilnehmern wird ein Kostenbeitrag von 75 € verlangt, den wir unseren Mitgliedern nach Abschluss der Rückenschule vollständig zurückerstatten, wenn Sie an allen Sitzungen teilgenommen haben. Bei Abwesenheit an einem oder mehreren Abenden erfolgt eine proportionale Erstattung. Die Erstattung erfolgt je Mitglied nur ein Mal. ■

Im Jahr 2017 unterstützt die Freie Krankenkasse außerdem folgende Rückenprogramme:

Rücken-Fit® bei Medifit (Bütgenbach)

In einem achtwöchigen Intensivprogramm helfen qualifizierte Fachtrainer den Teilnehmern Rückenbeschwerden vorzubeugen, sie zu lindern oder zu beseitigen. Sie müssen lediglich bereit sein, während dieser Zeit zwei Mal wöchentlich Zeit in ihre Rückengesundheit zu investieren. Nach erfolgreichem Abschluss des Programms erstattet die Freie Krankenkasse 100 € der Kosten. Informationen und Anmeldung: Medifit, Tel. 080 329 727.

Rückentraining PhysioVith (Reha-Abteilung der Klinik St. Josef, Sankt Vith)

Das Rückentraining besteht aus einem zehnwöchigen Programm, welches vor allem auf die Stärkung der Rückenmuskulatur abzielt. Außerdem werden spezifische Übungen zur Stabilisation des Rückens erlernt. Es findet unter Anleitung zweier Kinesitherapeutinnen statt. Nach erfolgreichem Abschluss des Rückentrainings erstattet die Freie Krankenkasse 100 €. Informationen und Anmeldung: PhysioVith, Tel. 080 854 170.

Rückenschule PhysioVith

Das Zentrum PhysioVith bietet eine Rückenschule an, die von uns unterstützt wird. Das Vorbeugen von Rückenschmerzen steht im Vordergrund des zehnwöchigen Programms. Den Teilnehmern wird eine bessere Körperwahrnehmung beigebracht, mithilfe von Kraft- und Koordinationstraining sowie einer Analyse der persönlichen Situation. Die Kostenbeteiligung der Freien Krankenkasse beträgt 60 €, die nach einem erfolgreichen Abschluss der Rückenschule erstattet werden. Informationen und Anmeldung: PhysioVith, Tel. 080 854 170.

Aktionen zur Gesundheitsvorsorge



Die Freie Krankenkasse unterstützt diverse Projekte zur Förderung der Gesundheit.

Diätlinik in der Klinik Sankt Josef

Die Klinik Sankt Josef in Sankt Vith bietet das Projekt „Diätlinik“ an. Die Diätlinik soll übergewichtigen Menschen helfen, ihr Gewicht auf natürlichem Weg – durch eine nachhaltige Ernährungsumstellung und angepasste Bewegungseinheiten – zu reduzieren.

Um einen dauerhaften Gewichtsverlust zu erzielen, wird für jeden Patienten eine individuelle Betreuung ausgearbeitet. Dies geschieht ambulant durch ein multidisziplinäres Team, bestehend aus einer Koordinatorin, einer Diätassistentin, einer Psychologin sowie Kinesitherapeuten und Fachärzten in den Bereichen Endokrinologie und Kardiologie.

Unsere Krankenkasse unterstützt dieses förderungswürdige Projekt mit bis zu 500 € pro Person. Diese Erstattung variiert je nach Inanspruchnahme der angebotenen Leistungen.

Weitere Informationen zum Ablauf und zu den Erstattungen des mindestens einjährigen Programms erhalten Sie in der Diätlinik unter Tel. 080 854 440.

Achtsamkeit

Das Gesundheitszentrum Medikos in Bütgenbach bietet ein achtwöchiges Achtsamkeitstraining an, welches zu einem erfüllteren Leben beitragen soll. Das Projekt ist offen für jedermann, richtet sich aber vor allem an Menschen mit chronischen Schmerzen und Burnout. Das Training verbessert die psychische Gesundheit. Eine größere Gelassenheit, ein besseres Allgemeinbefinden und die Linderung körperlicher Beschwerden werden angestrebt.

Diese Aktion, geleitet von einem anerkannten Mindfulness-Trainer und einer ausgebildeten Psychotherapeutin, unterstützen wir für chronisch Kranke mit 80 €.

Der nächste, achtwöchige Kurs „Achtsames Mitgefühl“ startet am 8. März 2017. Ausführliche Infos erhalten Sie unter www.medikos.be oder unter Tel. 080 445 664.

Actiwita – Abnehmprojekt

Das gesundheitsorientierte Fitnessstudio Emotion in Sankt Vith bietet das Abnehmkonzept „Actiwita“ für ein gesundes Abnehmen an. Das Programm soll die Teilnehmer schrittweise zu mehr Bewegung und einer ausgewogenen Ernährung motivieren und langfristig eine gesunde Lebensweise anvisieren. Dieses Ziel wird durch Gruppenseminare und Fitnessstraining umgesetzt, die von speziell geschulten und erfahrenen Trainern begleitet werden.

Für Personen mit einem BMI über 30 unterstützt die Freie Krankenkasse das Abnehmprojekt Actiwita mit 100 €.

Ausführliche Informationen erhalten Sie beim Fitnessstudio Emotion unter Tel. 080 226 472.

Medizinische Wassergymnastik

Das Hydrotherapiezentrum AquaVith bietet im Bereich der Wassertherapie ein breitgefächertes Angebot für die verschiedensten Zielgruppen an. Dazu gehört unter anderem ein medizinischer Wassergymnastikkurs, in dem Krankheiten wie Fibromyalgie, Rheuma, Osteoporose, Bandscheibenvorfälle und Rückenbe-

schwerden behandelt werden. Der zehnwöchige Kurs dient zur Verbesserung der Mobilität, Schmerzlinderung durch Bewegung und Entspannung sowie Steigerung der Lebensqualität.

Diese Wassergymnastik, geleitet von erfahrenen Kinesitherapeuten, unterstützt unsere Krankenkasse mit 100 € pro Person.

Sämtliche Kurse von AquaVith starten in jedem Quartal. Nähere Informationen zum Angebot des Hydrotherapiezentrums erhalten Sie unter aquavith@hotmail.com oder unter Tel. 0470 562 386.

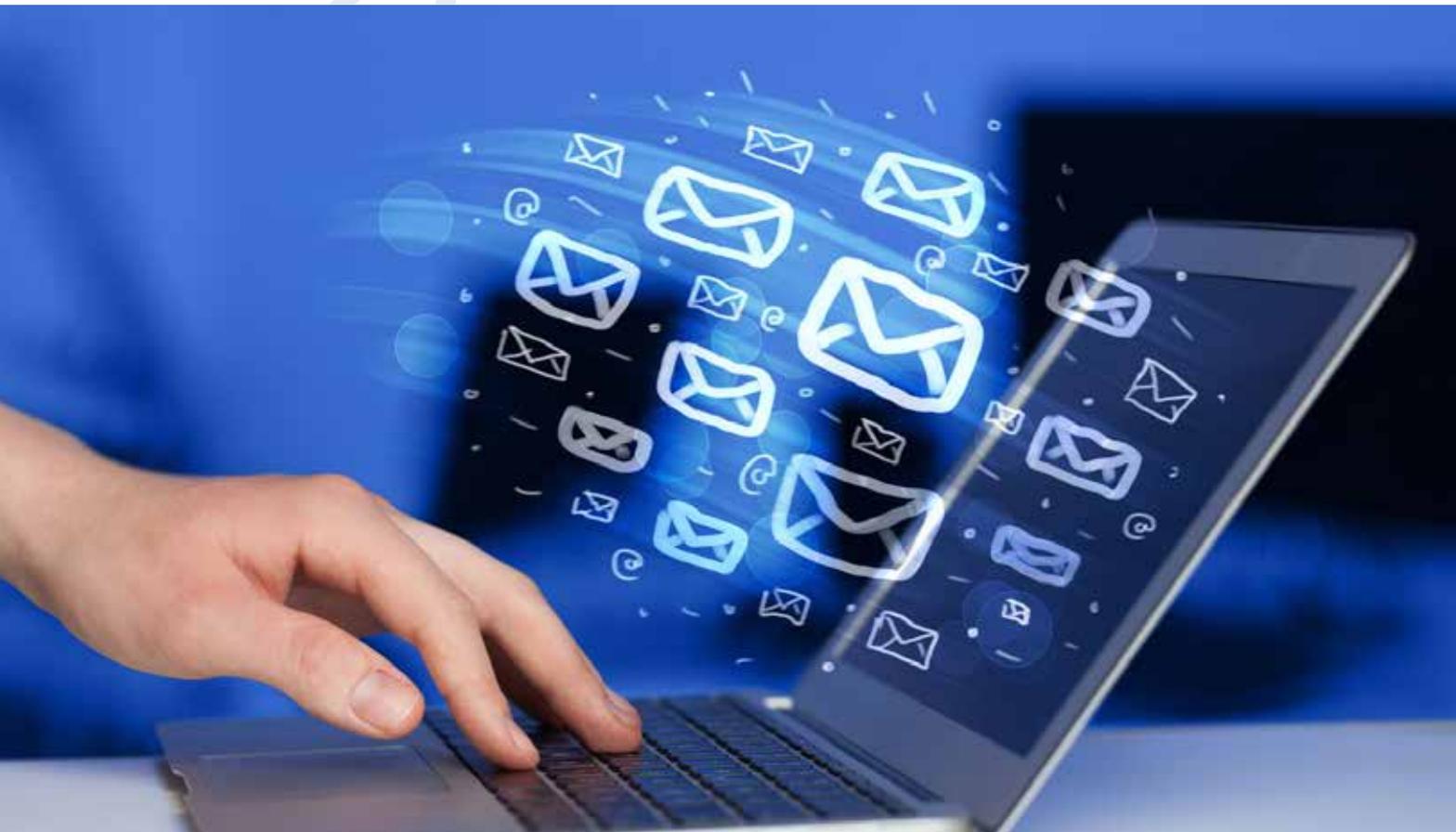
ObesiVith bei PhysioVith

In Zusammenarbeit mit der Klinik Sankt Josef bietet das Kinesitherapie-Zentrum PhysioVith in Sankt Vith den Kursus ObesiVith an. Mit einer effektiven Ernährungsumstellung und körperlicher Aktivität sollen die Kilos purzeln und Selbstwertgefühl sowie Fitness sich verbessern. Das Programm wird von erfahrenen Kinesitherapeuten und Ernährungsberaterinnen geleitet. Der Kurs findet in den Räumlichkeiten der Kinesitherapie-Abteilung „PhysioVith“ in der Klinik Sankt Josef in Sankt Vith statt. Das Programm wird in einer zehnköpfigen Gruppe durchgeführt und richtet sich an Personen zwischen 18 und 65 Jahren. Die beiden nächsten Kurse beginnen im März 2017 und dauern 17 Wochen.

Weitere Informationen zum Projekt ObesiVith sind erhältlich bei der Diätlinik der Klinik St. Josef unter Tel. 080 854 440.

Unsere Krankenkasse unterstützt dieses nachhaltige Gesundheitsprojekt mit 100 € (einmalige Erstattung pro Mitglied). ■

Sie möchten Ihre Briefpost reduzieren?



Anmeldung über das Online Büro unter www.freie.be

Melden Sie sich an die Infobox unseres Online Büros an und erhalten Sie ausgewählte Papierdokumente in Ihren persönlichen E-Mail Eingang.



Freie
Krankenkasse