



PROFIL

102



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

Erscheint dreimonatlich

Abs.: Freie Krankenkasse, Hauptstraße 2, 4760 Büllingen

des Lebens



Reportage

Herz-Kreislauf- Erkrankungen

Gesellschaft



Kinder und Medien:
ein gefährlicher Mix?

Gesundheit



Wasser: Lebenselixier
Nummer eins

Versicherung



Logopädische Behandlung:
Neue Regelung

Gesundheit geht durch den Magen!



Wir erstatten Ihre
Ernährungsberatung:
130 € nach Abschluss
eines Behandlungsplans



Freie
Krankenkasse

Zusätzliche Dienste

Vorwort

Die neue „Ostbelgien-Regelung“

Liebe Leserin,
Lieber Leser,

für die Kostenerstattung von Behandlungen im Ausland gibt es Regeln, die in der belgischen Gesetzgebung festgelegt sind. Zwar hat die Europäische Union verschiedene Richtlinien festgelegt, welche die „Freizügigkeit“ der Bürger erleichtern sollen, jedoch werden die Systeme der sozialen Sicherheit weiterhin autonom von den einzelnen Mitgliedsländern gestaltet, in unserem Fall vom Föderalstaat.

In Foren und Netzwerken wird manchmal die Verwunderung geäußert, warum medizinische Pflege heutzutage nicht problemlos europaweit möglich ist. Solange jedoch die beitrags- und steuerfinanzierten Systeme der Länder so unterschiedlich bleiben wie wir sie heute kennen, solange kann die Freizügigkeit nur begrenzt gestaltet werden, denn andernfalls würde es europaweit zu Wanderungen kommen, die lediglich auf die Erlangung der höheren Vergünstigungen in anderen Ländern abzielen.

Die Mitgliedsländer haben jedoch die Freiheit, ergänzende Bestimmungen festzulegen, vorausgesetzt diese sind gerechtfertigt und stellen keine Diskriminierung oder Beschränkung dar. Eine solche Bestimmung ist die neue „Ostbelgien-Regelung“, welche zum 1. Juli 2017 in Kraft treten wird. Es ist eine belgische Sonderregelung für die Bürger der neun ostbelgischen und fünf daran angrenzenden Gemeinden, welche diesen ermöglichen soll, bei Bedarf fachärztliche und stationäre Pflege im deutschen Grenzgebiet in Anspruch nehmen zu können.

Die neue Regelung macht die grenzüberschreitende Pflege weiterhin möglich, wobei nun allerdings bei ambulanten Behandlungen der Patient meist das Honorar vorstrecken und einen Eigenanteil tragen muss, ähnlich wie es auch beim Besuch eines belgischen Facharztes der Fall ist. In bestimmten Fällen wird es möglich sein, von der belgischen Krankenkasse einen Schein S2 zu erhalten, mit dem die Kosten nach deutschem System abgerechnet werden, auch für verordnete Krankenhausaufenthalte.

Dass die neue Regelung weniger großzügig sein würde, als das beendete IZOM-Abkommen, dies stand von vornherein fest. Jedoch ist die wichtigste Sorge gebannt, nämlich dass auf Grund dieser Regeländerung manche medizinische Behandlung abgebrochen werden müsste. Diesbezüglich wird für gravierende Einzelfälle noch eine Übergangszeit bis zum Jahresende eingeräumt.

Die Verhandlungen waren alles andere als einfach. Starke Schützenhilfe haben die Krankenkassen dabei erhalten durch das Kabinett und Ministerium für Soziales der Deutschsprachigen Gemeinschaft, außerdem seitens aller Politiker und sämtlicher Parteien des Parlamentes der DG.

In den kommenden Wochen werden wir vor allem diejenigen Mitglieder, welche im vergangenen Jahr Pflege im Ausland in Anspruch nehmen mussten, über die neue Regelung informieren.

Hubert Heck,
Direktion der Freien Krankenkasse

Aus dem Inhalt

04 Zu Ihren Diensten

- *Elektronische Verordnung für Medikamente*
- *Neue Beträge in der Maximalen Gesundheitsrechnung*
- *Fibromyalgie und Chronisches Erschöpfungssyndrom: weniger Kinesiotherapie-sitzungen*

05 Gesellschaft

- *Kinder und Medien: ein gefährlicher Mix?*

06 Gesundheit

- *Die richtige Pflege für gesunde Füße*
- *Fibromyalgie – der Schmerz sitzt überall*
- *Wasser: Lebenselixier Nummer eins*

12 Reportage

- *Herz-Kreislauf-Erkrankungen*

16 Versicherung

- *Gut versichert auf Reisen*
- *Logopädische Behandlung: Neue Regelung*
- *Grenzüberschreitende Pflege: Die neue „Ostbelgien-Regelung“*

22 Aktuell

- *Unser Verleihdienst für Krankenmaterial*

Impressum

Redaktion: Doris Curnel
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.

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

Elektronische Verordnung für Medikamente

Ab 2018 werden alle Medikamente, bis auf seltene Ausnahmefälle, ausschließlich in elektronischer Form verordnet. Im Laufe des Jahres 2017 bleibt die Papierverschreibung noch gültig; einige Änderungen treten aber dennoch bereits jetzt in Kraft. Inzwischen verschreiben acht von zehn Allgemeinmediziner die Medikamente über den neuen elektronischen Weg. Der Patient erhält keine Verschreibung mehr in Papierform. Allein ein Beleg dieser elektronischen Verordnung, der mit einem Strichcode versehen ist, wird ausgehändigt. In der Apotheke wird dieser Strichcode gescannt und dank einer speziellen Software erhält der Apotheker dann Einsicht in die elektronische Version der verordneten Medikamente.

Sollte der Arzt handschriftliche Zusatznotizen auf dem Beleg notiert haben, kann der Apotheker diese nicht berücksichtigen. Die elektronische Verordnung hat Vorrang.

Bis Ende 2017 ist die Verschreibung in Papierform noch erlaubt. Ab 2018 sind die Mediziner verpflichtet, alle Verordnungen elektronisch auszustellen. Nur in seltenen Ausnahmefällen kann der Patient eine Papierverschreibung erhalten. Auch die Belege werden dann wegfallen, denn das Scannen des Strichcodes wird ersetzt durch das Einlesen des elektronischen Personalausweises. Durch diesen erhält der Apotheker Zugang zu dem Server, auf dem die elektronische Verordnung abgelegt ist.

Neue Beträge in der Maximalen Gesundheitsrechnung

Sobald die Summe der jährlich gezahlten Eigenanteile in der Gesundheitspflege einer Familie einen bestimmten Grenzbetrag übersteigt, erstattet die Krankenkasse alle weiteren Eigenanteile für den Rest des laufenden Jahres. Dabei kommen, je nach Situation, vier verschiedene Systeme mit unterschiedlichen Grenzbeträgen zum Einsatz:

Die Maximale Gesundheitsrechnung nach Einkommen, nach einem besonderen Sozialstatut, für Kinder oder für Personen mit einem chronischen Leiden. Seit 2017 sind die zu erreichenden Grenzbeträge indexgebunden und werden somit regelmäßig angepasst. Die aktuellen Beträge lauten wie folgt:

Maximale Gesundheitsrechnung nach Einkommen	
bis 18.231,97 €	459 €
von 18.231,98 € bis 28.028,25 €	663 €
von 28.028,26 € bis 37.824,56 €	1.020 €
von 37.824,57 € bis 47.212,66 €	1.428 €
über 47.212,67 €	1.836 €
Soziale Maximale Gesundheitsrechnung	459 €
Maximale Gesundheitsrechnung für Kinder	663 €
Maximale Gesundheitsrechnung für chronisch Kranke	Reduzierung um 100 €

Ausführliche Infos zum Prinzip der Maximalen Gesundheitsrechnung finden Sie unter www.freie.be > Gut versichert > Gesetzliche belgische Krankenversicherung > Maximale Gesundheitsrechnung

Fibromyalgie und Chronisches Erschöpfungssyndrom: weniger Kinesitherapiesitzungen

Zum 1. Januar 2017 wurde die Erstattung von Kinesithérapiesitzungen für Patienten mit Chronischem Erschöpfungssyndrom oder Fibromyalgie geändert, sowohl was die Dauer, die Anzahl und den Genehmigungszeitraum betrifft. In der Vergangenheit konnten die Patienten eine besondere Genehmigung beantragen, um eine erhöhte Vergütung von Kinesithérapiesitzungen zu erhalten. Wurde eine der beiden Krankheiten durch einen Facharzt diagnostiziert, so erhielt die betroffene Person jährlich Anrecht auf eine höhere Erstattung für 60 Sitzungen zu je 30 Minuten beim Kinesitherapeuten. Die neue Regelung sieht folgende Änderungen für Patienten mit Fibromyalgie oder Chronischem Erschöpfungssyndrom vor:

- Die maximale Anzahl der Erstattungen für Kinesithérapie wird auf 18 Einheiten begrenzt;
- Die Dauer einer Sitzung wird auf 45 Minuten erhöht;
- Eine Genehmigung des Vertrauensarztes ist nicht mehr erforderlich; eine ärztliche Verordnung sowie eine fachärztliche Diagnosestellung reichen aus;
- Das Anrecht gilt ab dem Datum der ersten Sitzung für die Dauer eines Jahres;
- Die besondere Erstattung ist einmalig und kann nicht erneuert werden.

Während den längeren Behandlungseinheiten sollen die chronischen Patienten bestimmte Techniken erlernen zur Verbesserung ihres körperlichen Wohlbefindens und zur Erleichterung ihrer Beweglichkeit im Alltag. Unabhängig von der beschriebenen Sonderregelung, bzw. im Anschluss daran, können chronisch Kranke die allgemeinen Erstattungen für Kinesithérapiesitzungen in Anspruch nehmen, die für alle Versicherten gelten. Eine notwendige Behandlung muss somit nicht abgebrochen werden, jedoch ist die Erstattung geringer.

Kinder und Medien: ein gefährlicher Mix?



Durch die rasante Digitalisierung unserer Welt kommen schon Kleinkinder vielfach in Kontakt mit den unterschiedlichsten Medien. Doch wieviel Fernsehen, Computer oder Handy ist unbedenklich und ab wann ist die gesunde Entwicklung des Kindes gefährdet?

Viele Eltern sind erstaunt, wie selbstverständlich ihr Nachwuchs Tablet, Smartphone oder die Programmwahl des Fernsehers bedient, und das oft ohne ausführliche Erklärung. Da fast alle Kinder schon sehr früh mit verschiedenen Medien in Kontakt kommen und dank der meist intuitiven Handhabung dieser Geräte, ist der Umgang mit Maus, Fernbedienung und Touchscreen für sie völlig normal. Doch selbst, wenn die Kleinen den technischen Dreh raus haben, bedeutet dies noch längst nicht, dass sie fit sind für die Medienwelt.

Einfluss auf die Entwicklung

Je jünger ein Kind ist, desto weniger kann es die Informationen verarbeiten, die aus dem Fernsehen, dem Internet oder aus Computerspielen auf es einströmen. Zudem sind Kinder noch nicht in der Lage, zwischen Fiktion und Wirklichkeit zu unterscheiden. Deshalb ist es besonders wichtig, dass die Eltern genau darauf achten, was die Kleinen ansehen und deren Verständnis für die aufgenommenen Informationen schulen.

Unter Umständen kann ein ausgeprägter Medienkonsum sogar die Entwicklung des Kindes beeinträchtigen. So ist z.B. der Sehsinn in den ersten Lebensjahren noch nicht voll ausgebildet. Sowohl das Scharfsehen als auch die Blicksteuerung entwickeln sich über mehrere Jahre hinweg. Startet das Kind in dieser Zeit schon ständig auf irgendwelche Bildschirme, kann dies die Augen schädigen.

Spielplatz statt Bildschirm

Auch die Motorik kann sich bei ausgeprägten Stuhnhockern nicht optimal entfalten. Ausgiebiges Toben und Klettern – möglichst an der frischen Luft – ist für die gesunde Entwicklung des Bewegungssinns, der Koordination und der Körperhaltung unerlässlich.

Nicht zuletzt leiden die emotionale und soziale Kompetenz unter der zu frühen, vor allem aber zu häufigen Verwendung der Medien. Wer andauernd von Unmengen an ungefilterten Informationen berieselt wird, stumpft ab. Das ist übrigens nicht nur im Kindesalter so, sondern gilt auch für Erwachsene. Des Weiteren verliert die zwischenmenschliche Kommunikation an Bedeutung, wenn man stets vor dem Flimmerkasten hockt. Um ihre gesellschaftliche Kompetenz aufzubauen, brauchen Kinder jedoch dringend das Rollenspiel und die Interaktion mit Gleichaltrigen – und dies nicht am Bildschirm, sondern in der realen Welt.

Gefährliche Online-Welt

Neben den direkten Auswirkungen auf das Wohl ihrer Kinder sollten sich Eltern der Gefahren bewusst sein, die vor allem von den digitalen Medien wie dem Internet ausgehen. Viele Inhalte sind für die kleinen Nutzer völlig ungeeignet. Zwar gibt es verschiedene Sicherungssysteme, die den Kindern nur Zugriff auf für sie bestimmte Seiten ermöglichen und sie vor Gewalt oder Pädophilie schützen sollen, doch auch hier gilt, „Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser“.

Die 3-6-9-12-Regel

Der Psychiater Serge Tisseron hat eine Regel erstellt, die Anhaltspunkte gibt zur altersgerechten Mediennutzung von Kindern. Wegen ihres starren Schemas hat diese Theorie schon einiges an Kritik wegstecken müssen, denn schließlich ist jedes Kind anders.

Allerdings handelt es sich um ungefähre Richtwerte – letztlich liegt es immer im Ermessen der Eltern, wieviel Zeit vor dem Bildschirm ihrem Kind guttut.

- **Unter 3 Jahre:** kein Fernsehen, lediglich Bilderbücher und eventuell Hörmedien.
- **Unter 6 Jahre:** keine eigene Spielekonsole; die Zeit vor dem Fernseher oder Computerbildschirm sollte begrenzt sein.
- **Unter 9 Jahre:** kein Internet. Zudem haben ein Computer oder ein TV-Gerät im Kinderzimmer nichts zu suchen.
- **Unter 12 Jahre:** keine Nutzung sozialer Netzwerke. Beim Surfen im Internet sollen die Kinder möglichst von den Eltern begleitet werden, damit sie den verantwortungsvollen Umgang mit den Online-Medien erlernen.

Die richtige Pflege für gesunde Füße



Unsere Füße sind täglich im Einsatz, denn sie tragen uns ein Leben lang. Oft schenken wir ihnen erst Beachtung, wenn sie uns Beschwerden bereiten. Dann hilft meist nur eine medizinische Fußpflege oder eine podologische Behandlung.

Gepflegte und gesunde Füße

Häufig werden die Füße bei der täglichen Körperpflege vernachlässigt. Hühneraugen, Pilzinfektionen, eingewachsene Nägel, Fehlstellungen – erst wenn die Beschwerden beginnen, ist die Beachtung groß. Damit es soweit gar nicht kommt, helfen einige Pflegetipps für gepflegte und gesunde Füße:

- Fördern Sie die Durchblutung der Füße durch kalt-warme Wechselbäder.
- Wenn Sie zu Schweißfüßen neigen, hilft ein Salbeibad.
- Trocknen Sie die Füße nach dem Waschen gründlich ab. Vergessen Sie dabei nicht die Zehenzwischenräume.
- Tragen Sie regelmäßig eine pflegende Feuchtigkeitscreme auf Ihre Füße auf.
- Wenn Ihre Füße zu Pilzinfektionen neigen, reiben Sie sie mit Teebaumöl ein.
- Bringen Sie die Zehennägel mit einer Nagelschere, oder noch besser, mit einer Feile in Form. Kürzen Sie dabei nicht die Seiten, sondern nur die Oberkanten, um das schmerzhafte Einwachsen des Nagels in die Haut zu vermeiden.
- Reiben Sie abgestorbene Hautpartikel und Hornhaut mehrmals wöchentlich mit einem Bimsstein ab.
- Tragen Sie vorzugsweise Socken und Strümpfe aus Naturfasern. Noch besser: Laufen Sie regelmäßig barfuß.

Das richtige Schuhwerk

Neben einer regelmäßigen Pflege tragen auch die richtigen Schuhe zur Fußgesundheit bei. Schuhe sollten der Passform Ihrer Füße entsprechen und nicht andersherum. Sie sollten weder zu klein, noch zu groß sein. Durch Druckstellen oder bei zu hoher Reibung bildet sich Hornhaut als Schutzfunktion der Haut. Hühneraugen und eingewachsene Nägel können ebenfalls durch das falsche Schuhwerk begünstigt werden.

Auch das Material ist entscheidend: Vermeiden Sie Synthetik und greifen Sie stattdessen auf hochwertige Materialien wie echtes Leder zurück. Synthetische Fasern behindern die Hautatmung, was dazu führt, dass der Schweiß nicht absorbiert wird. In den Schuhen herrscht somit ein feuchtes Klima, was ein perfekter Nährboden für Fußpilz ist.

Noch schlimmer: Falsche Schuhe fördern Fehlhaltungen und eine Überlastung der Füße. Dies kann zu Fußfehlstellungen führen, z.B. zu Hammerzehen oder Ballenzehen. Von Hammerzehen sind Frauen durch das Tragen von hohen Schuhen häufig betroffen. Aber auch Flipflops gelten als schädlich für die natürliche Fußhaltung. Wenn man nicht gänzlich

auf solche Arten von Schuhen verzichten möchte, sollte man die Füße vorbeugend zwischendurch etwas verwöhnen und entspannen.

Damit beim Schuhkauf alles glatt läuft, sollten immer beide Schuhe anprobiert werden. Zusätzlich empfiehlt sich, den Kauf nachmittags oder abends zu tätigen. Die Füße sind dann gut durchblutet und wer lange sitzt, vermeidet so den Kauf von zu engen Schuhen.



Noch gesünder als bequeme hochwertige Schuhe ist das Barfußlaufen. Das Gehen ohne Schuhe trainiert die Füße optimal: Die Durchblutung wird angeregt und die Muskulatur gestärkt. Zwischendurch kann auch mal das Gewicht verlagert werden, z.B. auf die Zehenspitzen oder die Ballen. Barfußlaufen hilft außerdem gegen Schweißfüße.

Fußpflege oder Podologie?

Sobald sich Probleme an den Füßen bemerkbar machen, sollte eine Fachkraft zu Rate gezogen werden. Kleinere Beschwerden können schon durch eine medizinische Fußpflege gelindert werden. Eine ausgebildete Fußpflegerin kümmert sich um leichte Leiden, die nicht durch Erkrankungen hervorgerufen werden. Eine solche medizinische Fußpflege wirkt unterstützend gegen Nagel- oder Fußpilz sowie gegen Hühneraugen oder Dornwarzen. Zudem kann überschüssige und schmerzhaft Hornhaut durch eine Fußpflegerin entfernt werden.

Liegen hingegen Missbildungen des Fußes oder der Gelenke bzw. schwere Erkrankungen der Haut und Nägel vor, so werden diese von einem Podologen behandelt. Zur Diagnosestellung wendet der Podologe unterschiedliche Techniken an. Dazu gehören eine klinische Untersuchung, biomechanische Messungen und eine Ganganalyse. Fehlstellungen der Füße können anschließend durch orthopädische



Diabetischer Fuß

Vor allem bei Diabetikern ist die Fußgesundheit gefährdet. Erhöhte Blutzuckerwerte begünstigen Defekte des Nervensystems und Durchblutungsstörungen, was häufig zur Unterversorgung der unteren Gliedmaßen führt. Wenn die Nerven beeinträchtigt sind, kann es zu Gefühlsstörungen kommen. Die Betroffenen haben ein geringeres Schmerzempfinden, daher nehmen sie beispielsweise Druckstellen oder kalte Füße nicht so schnell wahr. Durch den Nervenausfall ist die motorische Funktion des Fußabrollens beeinträchtigt, was zu einer Fehlstellung der Füße führen kann.

Zusätzlich neigen Diabetiker häufiger zu trocken-rissiger Fußhaut, weil die Schweißbildung durch defekte Nerven ebenfalls gehemmt sein kann.

Diese Ursachen für einen diabetischen Fuß können Auslöser gefährlicher Infektionen und offener Wunden sein. Treten solche Beschwerden auf, heilen sie bei Diabetikern langsamer ab, da deren Immunsystem ohnehin durch die Erkrankung geschwächt ist. Deswegen sollten vor allem Diabetiker ihre Füße regelmäßig durchchecken lassen.

Schuhe oder Einlagen behoben werden. Dafür muss ein Orthopädist aufgesucht werden, der diese maßgefertigt herstellt und bei Bedarf anpasst.

Eine Verformung der Zehen (Hallux Valgus oder Hammerzehen) kann ein Podologe mit spezifischen Methoden behandeln, sodass sich die Situation nicht weiter verschlimmert und ein chirurgischer Eingriff vielleicht sogar überflüssig wird. Auch die Behandlung eines diabetischen Fußes gehört zu den Aufgaben eines Podologen. Er behandelt nicht nur akute Wunden, sondern ergreift auch vorbeugende Maßnahmen, um diese Komplikationen der Zuckerkrankheit zu vermeiden.

Ein weiteres Behandlungsgebiet ist die Posturologie. Wenn Beschwerden durch eine schlechte Körperhaltung auftreten, kann ein Posturologe weiterhelfen. Fehlhaltungen des Körpers finden ihre Ursache häufig in den Füßen. Zum Beispiel rufen Plattfüße eine starke Lendenwölbung hervor, was zu dauerhaften Schmerzen führen kann. Auch der Posturologe kann orthopädische Schuheinlagen verordnen, um solche Störungen zu behandeln.

Erstattungen für die Füße

Medizinische Fußpflege

Die Erstattung unserer *Zusätzlichen Dienste* beträgt 7 € pro Behandlung durch einen von uns anerkannten Fußpfleger oder Orthopädisten. Jährlich können bis zu acht Behandlungen pro Person erstattet werden.

Fußreflexzonenmassage

Dialysepatienten sowie Diabetiker, die einem Behandlungsweg folgen, können eine Erstattung für Fußreflexzonenmassagen erhalten. Die Erstattung beträgt 7 € pro Massage und ist begrenzt auf acht Behandlungen pro Jahr. Es muss sich jedoch um einen Therapeuten handeln, der von unserer Krankenkasse anerkannt ist.

Orthopädische Schuheinlagen

Für orthopädische Schuheinlagen sieht die gesetzliche Krankenversicherung eine Kostenbeteiligung vor. Diese beläuft sich auf 49,22 € pro Paar. Für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre kann dieser Betrag jährlich erstattet werden, für Erwachsene alle zwei Jahre. Um Anrecht auf diese Erstattung zu haben, müssen die Schuheinlagen von einem Facharzt verordnet und von einem anerkannten Orthopädisten hergestellt werden.

Podologie und Posturologie

Die Erstattung unserer *Zusätzlichen Dienste* für Podologie beträgt 12 € pro Behandlung, der Podologe muss aber vom LIKIV anerkannt sein und eine offizielle Behandlungsbescheinigung ausstellen. Pro Jahr werden maximal sechs Behandlungen erstattet.

Für Posturologie beträgt die Erstattung ebenfalls 12 €, zweimal pro Jahr.

Die Listen der von unserer Krankenkasse anerkannten Pflegeleistenden finden Sie unter www.freie.be > Ratgeber Gesundheit > Pflegeleistende von A bis Z > Pflegeleistenden finden

Fibromyalgie – der Schmerz sitzt überall



Ständige Schmerzen, extreme Erschöpfung und häufige Niedergeschlagenheit. Diese und andere Symptome treten bei manchen Menschen auf, ohne dass dafür organische Ursachen gefunden werden. Oft quälen sich die Betroffenen jahrelang mit den Beschwerden, ehe eine Diagnose gestellt werden kann: Fibromyalgie.

Fibromyalgie äußert sich vorrangig durch starke Schmerzen in Muskeln und Sehnenansätzen, die jedoch nicht durch Entzündungen oder krankhafte Veränderungen hervorgerufen werden. Begleitet werden die Schmerzen von den unterschiedlichsten Beschwerden, welche die Lebensqualität stark einschränken können.

Offiziell leiden rund 2 Prozent der Bevölkerung an Fibromyalgie, die Dunkelziffer dürfte aufgrund der schwierigen Diagnostik weitaus höher liegen. Frauen erkranken etwa neun Mal häufiger als Männer; oft beginnt die Krankheit um das 35. Lebensjahr.

Ursachen

Bislang konnte keine eindeutige Ursache für die Entstehung einer Fibromyalgie erkannt werden. Als mögliche Auslöser werden folgende Faktoren diskutiert:

- Genetische Veranlagung: oft sind in einer Familie mehrere Personen von einer solchen Krankheit betroffen. Es liegt also nahe, dass eine erbliche Vorbelastung mitverantwortlich ist für die Entstehung.

- Veränderung des Muskelstoffwechsels: es treten eine mangelhafte Durchblutung beanspruchter Muskeln und eine Fehlfunktion zwischen An- und Entspannung auf.
- Hormonelle Störungen: Das Verhältnis der Hormone Melatonin und Serotonin ist bei vielen Betroffenen gestört. Auch bei anderen Hormonen sind häufig Abweichungen messbar.
- Gestörte Schmerzempfindlichkeit: Fibromyalgie-Patienten haben ein gestörtes Schmerzempfinden im Gehirn. Allerdings ist bislang nicht klar, ob es sich um eine Ursache oder eine Folge der Erkrankung handelt.
- Schlafstörungen: den Betroffenen fehlt häufig die Tiefschlafphase. Ob dies eine Ursache für die Krankheit ist oder aber durch sie ausgelöst wird, ist unklar.
- Vorerkrankungen: wurden bestimmte Infektionen oder Verletzungen (Borreliose, Schleudertrauma, Bandscheibenvorfall, ...) nicht ausreichend behandelt, so können sich diese Erlebnisse ins Schmerzgedächtnis einprägen und später eine Fibromyalgie auslösen.
- Traumatische Erlebnisse.

Beschwerden

Fibromyalgie verursacht starke, unerklärliche Schmerzen in Muskeln und Sehnenansätzen. Während manche Betroffene die schmerzenden Stellen genau beschreiben können, berichten andere von fließenden und großflächigen Beschwerden, die beständig sind und mindestens drei Monate ohne Unterbrechung anhalten.



Zu den Schmerzen kommen unterschiedlichste Symptome hinzu. Insgesamt sind in Verbindung mit der Fibromyalgie nahezu hundert gesundheitliche Beschwerden bekannt. Die häufigsten Begleitscheinungen sind:

- Müdigkeit;
- Morgensteifigkeit;
- Abgeschlagenheit;
- Depressionen;
- Angstzustände;
- Darmprobleme.

Eine besondere Rolle spielen Schlafstörungen. Die Betroffenen können sich in der Nacht nicht richtig ausruhen, da sie keinen erholsamen Schlaf finden. Dadurch fühlen sie sich morgens nicht nur erschöpft, sondern empfinden auch Schmerzen und Muskelsteifheit stärker.

Rückzug vom gesellschaftlichen Leben

Die Fibromyalgie beeinträchtigt nicht nur die körperliche Gesundheit der Betroffenen. Auch auf psychischer und sozialer Ebene wirkt sich die Krankheit negativ aus. So ziehen Fibromyalgie-Kranke bspw. jahrelang von Arzt zu Arzt, ohne Befund. Häufig wird den Patienten unterstellt, sie würden ihre Beschwerden vortäuschen, oder aber sie seien ungewöhnlich empfindlich. Auch Familie, Freunde und Kollegen glauben oft, der Kranke sei ein Jamerlappen. Diese Vorurteile können dazu führen, dass sich die Betroffenen immer mehr aus dem gesellschaftlichen Leben zurückziehen. Aufgrund zunehmender

Beschwerden wird es für sie immer schwerer, oder gar unmöglich, bestimmte Aktivitäten auszuüben. Unter Umständen kann die Fibromyalgie sogar eine vollständige Arbeitsunfähigkeit mit sich bringen.

Diagnose

Meist vergehen Jahre, ehe eine Fibromyalgie erkannt wird. Dies liegt zum einen daran, dass die Krankheit in der Medizinwelt immer noch keine sehr große Beachtung findet. Zum anderen sind die Symptome so vielfältig und unterschiedlich, dass häufig zuerst einmal andere Erkrankungen vermutet werden.

Die Diagnose findet somit größtenteils nach dem Ausschlussverfahren statt. Da die Schmerzen vielfach in unmittelbarer Nähe der Gelenke auftreten, wird oft zuerst an andere rheumatische Erkrankungen gedacht. Auch die Begleitsymptome werden meist mit einem anderen Verdacht untersucht.

Fibromyalgie kann nicht durch klassische Untersuchungen wie Labortests oder Röntgenbilder festgestellt werden. Ein deutlicher Hinweis auf das Vorliegen der Erkrankung ist jedoch die starke Empfindlichkeit der so genannten „Tender Points“. Dies sind insgesamt 18 Druckpunkte (Sehnen- und Muskelsätze) an verschiedenen Stellen des Körpers. Bei Fibromyalgie-Patienten reagieren mindestens elf dieser Stellen schmerzhaft auf Druck.

Behandlung

Ein Ziel der Fibromyalgie-Behandlung ist es, die Beschwerden zu lindern. Die meisten Schmerzmittel und Rheumamedikamente sind in der Regel jedoch wirkungslos. In wenigen Fällen bessern sich die Schmerzen durch bestimmte Wirkstoffe oder durch Mittel, die eine betäubende Wirkung auf die betroffenen Stellen haben. Auch Antidepressiva werden eingesetzt. Sie wirken entspannend und stimmungsaufhellend. Wenn sie abends eingenommen werden, können sie den Nachtschlaf verbessern und zu einer Verringerung der Beschwerden führen.

Schmerzen sind bei Fibromyalgie-Betroffenen im Laufe der Zeit chronisch geworden und haben eine Veränderung der Nervenzellen bewirkt. So erinnert sich der Körper an erlebte Schmerzen, wodurch die Beschwerden verstärkt werden. Um

die chronischen Schmerzen auszulöschen, muss das entstandene Schmerzgedächtnis beseitigt werden.

Durch die ständigen Schmerzen kommt es zu unangenehmen Muskelverspannungen, Fehlhaltungen und zur Versteifung bestimmter Körperteile, was die Beschwerden noch verstärkt. Massagen, krankengymnastische Übungen und sanfte Bewegungsabläufe helfen, diese Begleitscheinungen zu lindern und haben demnach auch eine positive Wirkung auf die Schmerzen.

Je nach Ausmaß der Erkrankung ist bei Fibromyalgie-Betroffenen auch eine psychotherapeutische Begleitung sinnvoll. So lernen die Patienten, mit ihren Schmerzen umzugehen und sich wieder in das soziale Leben einzubringen.

Bei manchen Betroffenen ist auch eine Verschlimmerung der Beschwerden in Zusammenhang mit einem unausgewogenen Lebensstil zu beobachten. Fibromyalgie-Patienten sollten daher besonders auf einen geordneten Tagesablauf und auf eine gesunde Ernährung achten. Ebenfalls eine wichtige Rolle bei der Linderung und dem Vorbeugen der Symptome spielt regelmäßige Bewegung. Sport verbessert die allgemeine körperliche Fitness und ist gut gegen Stress und Muskelverspannungen.

Gesund durch Entspannung

Das Achtsamkeitstraining ist ein Weg zum gesunden Umgang mit Stress und zu einer besseren psychischen Gesundheit. Eine größere Gelassenheit, ein verbessertes Allgemeinbefinden und die Linderung körperlicher Beschwerden werden durch das Achtsamkeitstraining angestrebt.

Das Gesundheitszentrum Medikos in Büttenbach bietet ein achtwöchiges Achtsamkeitstraining an. Das Projekt ist offen für jedermann, richtet sich aber vor allem an Menschen mit chronischen Schmerzen und Burnout.

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

Ausführliche Informationen zu Kursbeginn und -ablauf erhalten Sie unter www.medikos.be oder unter Tel. 080 445 664 ■



Wasser:

Lebenselixier Nummer eins

Wasser ist das wichtigste Lebensmittel überhaupt. Ein Mensch kann nur wenige Tage ohne Wasser auskommen, denn für die meisten Körperfunktionen ist Wasser unerlässlich. Nur wer seinen Flüssigkeitsspeicher regelmäßig auffüllt, bleibt fit und gesund.

Der menschliche Körper besteht zu einem Großteil aus Wasser. Bei Erwachsenen beträgt dieser Anteil etwa 60 Prozent, bei Kleinkindern ist es sogar noch mehr. Wasser ist die Grundlage einer gesunden Ernährung und zu Recht wird ihm auch eine große Heilwirkung zugesagt. Kaum ein lebenswichtiger Prozess im Körper könnte ohne ausreichende Flüssigkeit aufrechterhalten werden.

Wichtig für viele Körperfunktionen

Eine besonders große Rolle spielt Wasser für den menschlichen Stoffwechsel. Ein hoher Prozentsatz der aufgenommenen Flüssigkeit sorgt dafür, dass die benötigten Nährstoffe in die jeweiligen Zellen gelangen. Der Organismus produziert jedoch auch unentwegt Abfallstoffe, die wieder über die Gefäße und über die Nieren ausgeschieden werden. Dies ist nur möglich, wenn genügend Flüssigkeit vorhanden ist, mit der sie ausgeschwemmt werden können.

Ebenso wichtig ist ein ausgeglichener Wasserhaushalt für die Regelung unserer

Körpertemperatur. Diese muss ständig knapp unter 37 °C liegen, denn nur bei dieser Gradzahl funktioniert der Organismus reibungslos. Auf der gesamten Körperfläche sind insgesamt rund zwei Millionen Schweißdrüsen verteilt, über welche die überschüssige Wärme in Form von Schweiß abgegeben wird. Das ausgeschiedene Wasser verteilt sich auf der Haut und kühlt diese auf die richtige Temperatur herab.

Viel trinken

Damit der Körper immer genügend Wasser zur Verfügung hat, muss die verlorene Menge ständig ersetzt werden. Das geschieht teilweise über die Nahrungsaufnahme. Manche Lebensmittel (z.B. Obst, einige Gemüsesorten, Suppen, ...) haben einen relativ hohen Wassergehalt. Grundsätzlich sollte jeder Erwachsene zusätzlich jedoch anderthalb bis zwei Liter pro Tag trinken. Manchmal benötigt der Organismus allerdings mehr Flüssigkeit als sonst. Dies ist der Fall bei großer Hitze, bei Sport oder körperlicher Anstrengung sowie bei einem vermehrten Verlust durch Fieber, Erbrechen oder Durchfall.

Nicht jede Flüssigkeit eignet sich gleichermaßen zum Auffüllen der Reserven. Zwar wirken sich alle nicht alkoholischen Getränke positiv auf den Wasserhaushalt im Körper aus, doch als Durstlöcher sollten Wasser und ungesüßte Früchte- oder



Kräutertees unbedingt bevorzugt werden. Softgetränke oder Fruchtsäfte enthalten meist große Mengen an Zucker und führen dem Körper unnötig viel Energie zu, was das Risiko für Übergewicht oder Diabetes Mellitus deutlich erhöht. Die weitverbreitete These, dass Kaffee und Tee dem Organismus Wasser entziehen, konnte bislang wissenschaftlich nicht wirklich nachgewiesen werden. Allerdings haben die darin enthaltenen Stoffe eine anregende Wirkung, weshalb sie nur in Maßen als Genussmittel konsumiert werden sollten. Dies gilt übrigens – neben dem enormen Zuckergehalt – auch für Energydrinks. Alkohol hingegen hat eine harntreibende Wirkung und sorgt somit in größeren Mengen für eine negative Flüssigkeitsbilanz.

Zu wenig Wasser macht krank

Wenn der Körper Wassernachschub benötigt, äußert sich dies normalerweise als Durstgefühl. Manche Menschen jedoch trinken dauerhaft zu wenig und können so ihrer Gesundheit schaden. Ein Flüssigkeitsdefizit kann sich auf sehr unterschiedliche Weise äußern. Mögliche Anzeichen

sind Konzentrationsschwierigkeiten und Müdigkeit, denn durch die mangelnde Flüssigkeit wird das Blut dicker und kann die Abfallstoffe nicht mehr in ausreichendem Maße abtransportieren. Auch die Gehirn- und Muskelzellen werden wegen des Wassermangels weniger gut versorgt. Aufgrund der verringerten Mineral- und Nährstoffzufuhr können zudem Muskel- und Gelenkschmerzen auftreten. Im Gehirn reduziert sich der Anteil des Hirnwassers, welches unter anderem an der optimalen Blutzufuhr beteiligt ist, weshalb viele Menschen unter Kopfschmerzen leiden, wenn sie zu wenig trinken.

Ein weiterer Hinweis auf Flüssigkeitsmangel im Körper ist dunkel gefärbter Urin. Die Nieren haben zu wenig Wasser zur Verfügung zum Abtransport der Gift- und Abfallstoffe, sodass deren Konzentration in den Ausscheidungen höher ist. Der Darm reagiert seinerseits mit Verstopfung auf eine unzureichende Trinkmenge. Ältere Menschen reagieren häufig schon auf eine leichte Dehydration mit Verwirrtheit.

Wer dauerhaft zu wenig trinkt, bringt seinen Körper möglicherweise sogar in eine lebensbedrohliche Situation, da es zu Kreislauf- oder Nierenversagen kommen kann.

Ist zu viel Flüssigkeit schädlich?

Im Normalfall schadet es dem Körper nicht, wenn man mehr trinkt als empfohlen. Ein gesunder Mensch scheidet die überschüssige Flüssigkeit einfach wieder über die Nieren aus. Lediglich Personen, die an bestimmten chronischen Leber- oder Nierenerkrankungen leiden, sollen ihre individuelle Trinkmenge genauestens mit ihrem Arzt absprechen. ■

Tipps für einen ausgeglichenen Wasserhaushalt

Zwei Gläser Wasser nach dem Aufstehen: Selbst im Schlaf verbraucht der Körper Flüssigkeit. Deshalb ist es ratsam, direkt nach dem Aufstehen die Reserven wieder aufzufüllen.

Täglich mindestens andert-halb bis zwei Liter Wasser trinken: Pro Tag sollten 30 bis 40 Milliliter reines Wasser pro kg Körpergewicht getrunken werden. Wer viel schwitzt, Sport treibt oder harntreibende Getränke konsumiert, hat jedoch einen höheren Flüssigkeitsbedarf.

Auf das Durstgefühl achten: Im Normalfall ist Durst das erste Anzeichen einer beginnenden Dehydration. Deshalb sollte man gleich zum Wasser greifen, sobald sich das Durstgefühl meldet.

Immer ein Getränk in Sichtweite haben: Besonders Menschen, die generell zu wenig trinken, sollten stets ein Glas Wasser griffbereit haben. So fällt es leichter, genügend Flüssigkeit zu sich zu nehmen. Auch unterwegs ist es ratsam, eine kleine Flasche Wasser mit sich zu führen.

Vor jeder Mahlzeit trinken: Es ist ratsam, eine halbe Stunde vor der Mahlzeit einen halben Liter Wasser zu trinken. So hat die Bauchspeicheldrüse genügend Flüssigkeit, die ätzenden Verdauungssäfte zu entschärfen, bevor die Nahrung in den Darm kommt. Direkt nach dem Essen sollte hingegen möglichst nicht getrunken werden, um die Magensäure nicht zu verdünnen und um eine möglichst rasche Verdauung zu gewährleisten. Erst nach etwa 2,5 Stunden ist diese Arbeit erledigt und die Flüssigkeitsspeicher sollten wieder aufgefüllt werden.



Herz- Kreislauf- Erkrankungen



Herz-Kreislauf-Erkrankungen gehören zu den häufigsten Todesursachen. Laut einer Statistik der belgischen Herzliga werden rund 45 % aller Sterbefälle darauf zurückgeführt. Die Bezeichnung „Herz-Kreislauf-Erkrankungen“ gilt als Sammelbegriff für alle Krankheiten des Blutkreislaufes. Dazu zählen Bluthochdruck und Arteriosklerose, aber auch deren gefürchtete Folgen: Herzinfarkt und Schlaganfall.

Bluthochdruck

Durch unseren Herzschlag wird das Blut durch die Gefäße geleitet. Dabei entsteht darin ein Druck, den man als Blutdruck bezeichnet. Die Einheit des Blutdrucks lautet Millimeter Quecksilber (mmHg) und entspricht dem Druck, den eine Quecksilbersäule von einem Millimeter Höhe ausübt. Bei einer Messung werden zwei Werte ermittelt: der systolische und der diastolische Blutdruck. Der höhere, systolische Wert entsteht, wenn sich das Herz zusammenzieht und auf diese Weise Blut in den Körper presst. Anschließend erschlafft das Herz wieder und der Druck in den Blutgefäßen sinkt ab. Der in die-

sem Moment gemessene niedrigere Wert wird als diastolisch benannt. Gesunde Menschen weisen im Ruhezustand einen Blutdruck von durchschnittlich 120/70 mmHg auf. Von Bluthochdruck ist die Rede, wenn die Werte dauerhaft höher liegen als 140/90 mmHg.

Anhaltender Bluthochdruck schädigt die Gefäße und führt zu Arteriosklerose. Eine frühzeitige Diagnose ist wichtig, um gefährliche Folgen, wie bspw. einen Herzinfarkt, Schlaganfall, den Verlust des Augenlichts oder Nierenversagen zu vermeiden. Kopfschmerzen und Schwindelgefühl können zwar erste Anzeichen sein, grundsätzlich verursacht Bluthochdruck jedoch eher selten Beschwerden.

Zur genauen Diagnose muss der Blutdruck über einen Zeitraum von mindestens 24 Stunden mehrmals gemessen werden. Eine einmalige Blutdruckmessung ist nur wenig aufschlussreich. Urin- und Blutproben können zudem Aufschluss darüber geben, ob der Bluthochdruck möglicherweise die Folge eines organischen Leidens ist. Durch eine gesunde Lebensweise, wie ausreichend Sport, Verzicht auf Zigaretten, geringer Alkoholkonsum, wenig Salz usw. können die Blutdruckwerte gesenkt werden. Reichen diese Maßnahmen nicht aus, so kann der Arzt blutdrucksenkende Mittel verschreiben.

Arterienverkalkung (Arteriosklerose)

Die Arterienverkalkung ist eine normale Alterserscheinung, von der jeder mit zunehmendem Alter betroffen ist. Im Laufe der Zeit verlieren die Blutgefäße an Elastizität und an ihren Wänden bilden sich zunehmend Ablagerungen (Plaques). Dadurch wird der Blutfluss behindert und die Organe erhalten nicht mehr genügend Sauerstoff. Dieser Alterungsprozess entwickelt sich in der Regel über Jahrzehnte. Durch einen ungesunden Lebensstil kann die Plaquesbildung allerdings beschleunigt werden. Die Blutgefäße verengen sich zusehends und auch das Risiko einer koronaren Herzkrankheit, eines Herzinfarktes oder eines Schlaganfalls steigt erheblich.

Die Gefäßverkalkung selbst verursacht keine Beschwerden. Erst wenn unterversorgte Organe in ihrer Funktion beeinträchtigt sind, können vereinzelt Schmerzen oder ein Beklemmungsgefühl auftreten. Bei Ablagerungen in den Herzkranzgefäßen kommt es bspw. zu Schmerzen in der Brust. Erste Anzeichen für eine Gefäßverengung zum Gehirn sind Vergesslichkeit, Schwindel und Ohnmacht.

Arteriosklerose ist nicht heilbar. Verengte Herzgefäße oder Arterien zum Gehirn können einen Herzinfarkt bzw. Schlaganfall auslösen. Ein gesunder Lebensstil sowie eine medikamentöse Therapie können das Fortschreiten der Gefäßverengung allerdings verlangsamen. Je nachdem, welche Arterien betroffen sind, ist eventuell ein chirurgischer Eingriff erforderlich, um das verengte Gefäß wieder zu öffnen. Bei einer „Ballonerweiterung“ wird mit Hilfe eines Katheters ein Ballon in die Arterie, bis hin zur verengten Stelle eingeführt. Anschließend wird der Ballon vorsichtig aufgeblasen, sodass sich das Gefäß erweitert und das Blut wieder fließen kann. Ist dies nicht mehr möglich, so kann mit Hilfe eines operativen „Bypasses“ eine Umleitung der Blutlaufbahn angelegt werden. Der Blutstrom kann dann auf anderem Wege gewährleistet werden.

Tabakkonsum, Diabetes Mellitus, Übergewicht, ständiger Bluthochdruck, erhöhte Cholesterinwerte, Bewegungsmangel und Stress fördern Arteriosklerose. Ein Verringern dieser Risikofaktoren senkt die Ge-



fahr eines Herzinfarktes oder eines Schlaganfalls deutlich.

Thrombose

Verstopft ein Blutgerinnsel (Thrombus) die Blutgefäße, so ist die Rede von einer Thrombose. Mediziner unterscheiden die venöse Thrombose von der arteriellen Thrombose. Letztere tritt wesentlich seltener auf und wird hauptsächlich durch Arterienverkalkung verursacht.

Bei venösen Thrombosen kommt es zu meist harmlosen Krampfadern, jedoch können sich auch Blutgerinnsel in den tiefen Venen bilden. Das Gerinnsel kann sich in solchen Fällen lösen und mit dem Blutstrom ins Herz und anschließend in die Lunge gelangen. Es droht eine Lungenembolie.

Drei Faktoren sind ausschlaggebend für die Entstehung einer venösen Thrombose: eine verlangsamte Blutstromgeschwindigkeit (z.B. durch Bettlägerigkeit), Veränderungen an der Gefäßwand und eine erhöhte Neigung zur Blutgerinnung. Weitere Risikofaktoren sind u.a. die Einnahme von Östrogen (Pille), Bewegungsmangel, Rauchen und Übergewicht.

In den meisten Fällen sind die Becken- und Beinvenen betroffen, dann kommt es zu Wadenschmerzen und geschwollenen Beinen. Eine schnelle Behandlung ist wichtig, um den Blutfluss wieder herzustellen und eine Vergrößerung des Blutgerinnsels zu

vermeiden. Mit Medikamenten kann das Blutgerinnsel aufgelöst werden. Reicht dies nicht aus, so kann es chirurgisch entfernt oder ein Bypass gelegt werden.

Wer bereits eine Thrombose hatte, trägt ein erhöhtes Risiko für ein erneutes Auftreten dieser Krankheit. Blutverdünnende und gerinnungshemmende Medikamente, Kompressionsstrümpfe sowie ausreichend Bewegung (Gehen, Schwimmen und Radfahren) können einer Thrombose vorbeugen.

Angina Pectoris

Angina Pectoris ist ein Warnsignal für einen drohenden Herzinfarkt. Sie wird in den meisten Fällen durch ein verengtes Herzkranzgefäß (Arteriosklerose) hervorgerufen. Die Symptome sind recht deutlich: Schmerzen im Brustkorb, Atemnot, Beklemmungsgefühl. In manchen Fällen können die Schmerzen in Kopf, Bauch, Rücken, Schulter und Arme ausstrahlen. Dabei treten sie meist plötzlich auf und lassen bei Ruhe nach.

Ob es sich um eine Angina Pectoris handelt, lässt sich durch ein Belastungs-EKG, eine Ultraschalluntersuchung und eventuell eine Herzkatheteruntersuchung feststellen. Ist eine Arteriosklerose verantwortlich, so muss der Betroffene die Risikofaktoren verringern (Tabakkonsum, Bluthochdruck usw.). Auch Blutgerinnungshemmer, blutdruck- und cholesterinsenkende Arzneimittel können erforderlich sein.

Herzinfarkt

Zu einem Herzinfarkt kommt es, wenn ein Herzkranzgefäß verengt ist und somit nicht mehr genügend Blut zum Herzen gelangt. Ein Teil des Herzmuskels stirbt ab. Dieser Schaden ist irreversibel. Jede Sekunde, die nun verstreicht, kann zum weiteren Absterben des Herzmuskels führen, bis hin zum Tod.

Typische Symptome eines Herzinfarktes sind starke Schmerzen in der Brust, die sich bis in den linken Arm ausweiten, Übelkeit, Beklemmungs- und Angstgefühl, Atemnot und Bewusstlosigkeit. Schon einige Tage vor dem eigentlichen Herzinfarkt können Beschwerden auftreten (Angina Pectoris). Bei rund einem Viertel der Betroffenen verläuft der Herzinfarkt allerdings „heimlich“, d.h. es treten keine Warnzeichen auf. Ist eine der großen Koronararterien verschlossen, so führt dies unmittelbar zum Tod (akuter Herztod). Statistiken zufolge verläuft jeder dritte Herzinfarkt tödlich.

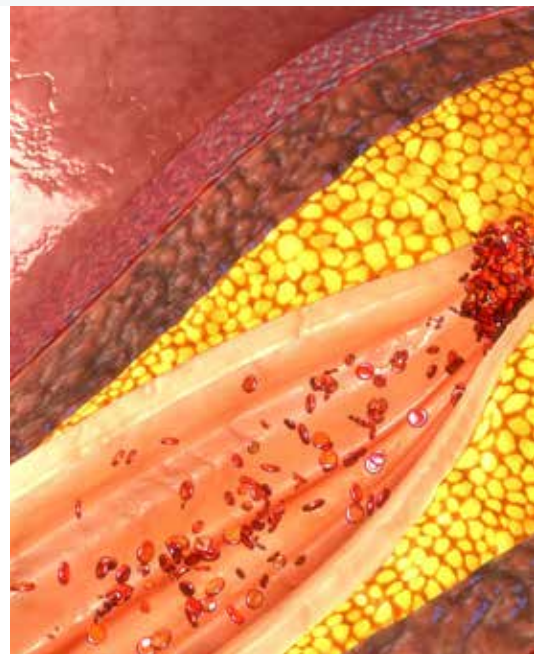
Die Behandlungsmaßnahmen zielen in erster Linie darauf ab, das verschlossene Blutgefäß so schnell wie möglich wieder zu öffnen. Personen, die bereits einen Herzinfarkt hatten, tragen weiterhin ein sehr hohes Risiko, erneut einen Herzinfarkt zu erleiden. Vorsorgemaßnahmen wie bspw. tägliche Spaziergänge, gesunde Ernährung und Tabakverbot, sind unverzichtbar.

Schlaganfall

Ein Schlaganfall wird hervorgerufen, wenn es zu akuten Durchblutungsstörungen im Gehirn kommt. Innerhalb weniger Minuten sterben Gehirnzellen und ganze Gehirnregionen ab. Dies kann einerseits durch plötzliche Gefäßverengungen und andererseits durch Blutungen in der Gehirnregion entstehen. Ein akuter Schlaganfall macht sich durch zeitweilige Vergesslichkeit, Schwindel, halbseitige Lähmungen und Sprachstörungen bemerkbar. Diese Anzeichen sollten sehr ernst genommen werden, da durch sofortiges Handeln schlimme Spätfolgen vermieden werden können. Je nachdem, welche Gehirnregion von der Durchblutungsstörung betroffen ist, kann ein Schlaganfall körperliche und geistige Schäden nach sich ziehen.

Vorbeugen ist besser als heilen

Unbehandelte Herz-Kreislauf-Erkrankungen führen im schlimmsten Fall zum Tod. Bei einem akuten Herzinfarkt oder Schlaganfall entscheiden Sekunden über das Schicksal des Betroffenen. Damit es nicht so weit kommt, sollte sich jeder einen angemessenen Lebensstil aneignen und somit seine Chance auf ein langes und vor allem gesundes Leben wahren.



1. Bewegung – ein Muss!

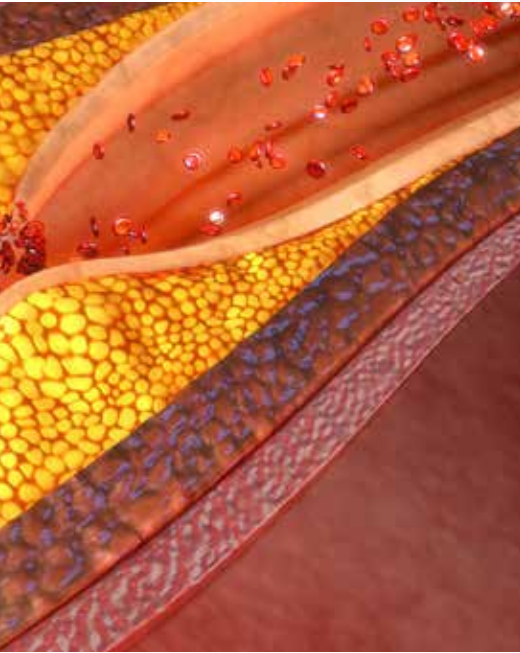
Bewegungsmangel ist sehr weit verbreitet. Jeder dritte Belgier führt seinen Beruf sitzend aus und bewegt sich auch in seiner Freizeit nur unzureichend. Dabei wirkt sich bereits ein wenig tägliche Bewegung positiv auf den Körper aus: das Wohlbefinden steigt und das Risiko für Übergewicht oder Bluthochdruck wird verringert. Nebenbei macht Sport die Blutgefäße elastisch und senkt die Fettablagerungen, sodass das Blut leichter im Körper zirkulieren kann.

Jegliche Art von Bewegung und Sport hilft, Herz-Kreislauf-Erkrankungen vorzubeugen. Empfehlenswert ist ein täglicher Spaziergang von etwa 30 Minuten. Sollte jemand diese Zeit nicht finden, so kann er auch drei Mal täglich 10 Minuten spazieren. Treppen steigen statt Aufzug nehmen oder Fahrrad fahren statt mit dem Auto zur Arbeit zu fahren, gelten übrigens auch als sportliche Aktivität.

2. Tabak tabu

Tabakkonsum schädigt die Gesundheit – die eigene und auch die anderer Menschen. Raucher tragen ein bis zu 70 Prozent erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Der blaue Dunst fördert die Verkalkung der Blutgefäße und verursacht Durchblutungsstörungen in den Beinen (Raucherbein). Verantwortlich sind das Nikotin, welches den Blutdruck und die Herzfrequenz erhöht, und das Kohlenmonoxid, welches den Transport des Sauerstoffs im Blut erschwert.





3. Gesunde und ausgewogene Ernährung

Eine ausgewogene und abwechslungsreiche Ernährung ist die Grundlage für ein gesundes Leben.

Das Risiko für Übergewicht, Diabetes Typ 2, Bluthochdruck oder erhöhte Cholesterinwerte kann wesentlich durch eine

angepasste Ernährung verringert werden. Dem Körper sollen zwar alle notwendigen Nährstoffe zugeführt werden, allerdings muss ein gewisses Maß beachtet werden. Denn wird zu viel Energie aufgenommen, so speichert der Körper diese Reserven in Fettdepots ab.

Ernährungswissenschaftler empfehlen viel frisches Obst und Gemüse, Olivenöl sowie Fisch und Geflügel. Auch maximal zwei Gläser Rotwein pro Tag sind erlaubt, da sie die Durchblutung fördern. Dagegen sollte man auf tierische Fette, Knabberereien und Süßes weitgehend verzichten.

4. Stress vermeiden

Erhöhte Blutdruckwerte, ein rasendes Herz, Angstzustände und Depressionen, der häufige Griff zur Zigarette und zum Kaffee ... Stress setzt den gesamten Körper unter eine anhaltende Dauerbelastung. Studien

belegen, dass Dauergestresste ein deutlich erhöhtes Risiko für einen Herzinfarkt oder Schlaganfall aufweisen. Doch nicht nur Herz-Kreislauf-Erkrankungen werden auf langfristigen psychischen Stress zurückgeführt. Auch andere Krankheiten, die mit einem geschwächten Immunsystem zusammenhängen, können durch Dauerstress entstehen.

Positives Denken, Entspannung und eine gesunde Lebensweise können dabei helfen, die Situation zu verbessern. Sollte der Stresspegel dennoch ansteigen, so hilft ein kurzer Spaziergang, um sich wieder zu beruhigen.

Trotz aller Vorsorgemaßnahmen sind bestimmte Risikofaktoren nicht beeinflussbar. Dies gilt für das Alter, die genetische Veranlagung und das Geschlecht. ■

Herzinfarkt und Schlaganfall – Eine schnelle Reaktion kann das Leben retten!

Vor allem Risikopatienten und deren Angehörige sollten die Symptome eines akuten Herzinfarktes oder Schlaganfalls kennen. In einem solchen Fall muss unverzüglich der Notarzt verständigt werden.

Symptome eines akuten Herzinfarktes

- Schmerzen in der Brust, die sich in den linken Arm ausdehnen
- Beklemmungsgefühl in der Brust
- Übelkeit und Erbrechen
- Angstzustände
- kalter Schweiß
- Atemnot
- Bewusstlosigkeit

Symptome eines akuten Schlaganfalls

- (halbseitige) Lähmungserscheinungen
- Sprachstörungen
- Vergesslichkeit, Verwirrung
- Schwindel, Gleichgewichtsstörungen
- plötzliche Sehschwäche, Hörverlust
- Übelkeit
- Bewusstlosigkeit



Gut versichert auf Reisen

Basisdeckung durch die gesetzliche Krankenversicherung

Die gesetzliche Krankenversicherung garantiert eine Basisdeckung bei Krankheit und Unfall im Ausland. Je nach Aufenthaltsort können die Kosten und die Rückerstattung jedoch sehr unterschiedlich ausfallen. Daher ist es wichtig zu wissen, ob das Reiseland ein Abkommen mit Belgien abgeschlossen hat oder nicht. Ein solches Abkommen garantiert die Kostenübernahme am Urlaubsort, entsprechend der im Urlaubsland geltenden Regelung.

EU-Karte oder Auslandsschein

Verreisen Sie in ein Land der EU, des EWR, nach Australien oder in die Schweiz, so beantragen Sie vor Ihrer Abreise bei uns eine Europäische Krankenversicherungskarte. Diese gibt Ihnen Anrecht auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bei notwendiger Pflege im Ausland. Falls Sie vor Ort dringende Pflege benötigen,

müssen Sie diese Karte vorweisen. Sie wird individuell für jeden Reisenden ausgestellt und ist maximal zwei Jahre gültig. Das Enddatum ist auf der Karte vermerkt.

Verreisen Sie in ein Land, mit dem Belgien ein bilaterales Abkommen abgeschlossen hat, so beantragen Sie bei unserer Krankenkasse den entsprechenden Auslandskrankenschein. Dieses Dokument ist je nach Land unterschiedlich.

Besondere Regelung für Grenzgänger

Falls Sie in Belgien wohnen, jedoch durch ein internationales Abkommen über eine ausländische Krankenkasse bei uns versichert sind (bspw. belgisch-luxemburgische oder belgisch-deutsche Grenzgänger), so müssen Sie die EU-Karte bei der Krankenkasse Ihres Beschäftigungslandes beantragen.

Länder mit Abkommen

Länder mit multilateralem Abkommen

- | | | | | |
|----------------|------------------|---------------|-------------|--------------|
| • Bulgarien | • Großbritannien | • Litauen | • Portugal | • Tschechien |
| • Dänemark | • Irland | • Luxemburg | • Rumänien | • Ungarn |
| • Deutschland | • Island | • Malta | • Schweden | • Zypern |
| • Estland | • Italien | • Niederlande | • Schweiz | |
| • Finnland | • Kroatien | • Norwegen | • Slowakei | |
| • Frankreich | • Lettland | • Österreich | • Slowenien | |
| • Griechenland | • Liechtenstein | • Polen | • Spanien | |

Länder mit bilateralem Abkommen

- | | | | | |
|--------------|---------------------------|--------------|--------------|------------|
| • Algerien | • Bosnien-
Herzegowina | • Marokko | • Montenegro | • Tunesien |
| • Australien | | • Mazedonien | • Serbien | • Türkei |

Länder ohne Abkommen

Für Aufenthalte in Ländern, die nicht durch ein Abkommen an Belgien gebunden sind, so bspw. in den Vereinigten Staaten, gibt es keinen Vordruck, der Ihnen eine Erstattung der Gesundheitspflege vor Ort ermöglicht.



Erweiterte Deckung durch unsere Zusätzlichen Dienste

Mitglieder der *Zusätzlichen Dienste* unserer Krankenkasse haben neben der gesetzlichen Basisdeckung Anrecht auf unseren Dienst „Dringende Pflege im Ausland“.

Medizinischer Beistand

Im Falle einer Hospitalisierung stellt die Hilfszentrale „Mediphone Assist“ den Kontakt her zwischen den Ärzten und der Familie, besorgt vor Ort nicht verfügbare Medikamente oder kümmert sich um den medizinisch erforderlichen Rücktransport des Verletzten.

Erstattung nach der Rückkehr

Falls Sie die Pflegekosten nicht vor Ort mit der ausländischen Krankenkasse abrechnen konnten, reichen Sie die Rechnung nach Ihrer Rückkehr bei uns ein. Eine Erstattung ist jedoch nur möglich, wenn auch Ihr Zahlungsbeleg beigefügt ist.

Rechnungen bis 200 € werden durch unsere Krankenkasse zu 75 % erstattet. Rechnungen über 200 € werden zum Erstattungssatz des Aufenthaltslandes zurückgezahlt. Dazu nehmen wir Kontakt auf mit der Krankenkasse dieses Landes. Oft vergehen mehrere Monate, bis die Antwort der ausländischen Krankenkasse bei uns eintrifft, dadurch kann sich die Rückzahlung erheblich verzögern. Um dies zu vermeiden, ist es ratsam – wann immer möglich – die Kostenübernahme direkt vor Ort zu regeln!

Kostenerstattung

Die Kosten für plötzlich notwendige und unvorhergesehene stationäre Pflege werden Ihnen vollständig erstattet, ambulante Pflege zu 75 Prozent. Die Kostenbeteiligung gilt nicht für beabsichtigte Pflege, d.h. wenn Sie ins Ausland reisen um sich dort behandelt zu lassen. Die vollständige Kostenübernahme bei dringendem Krankenhausaufenthalt ist nur möglich, wenn Sie innerhalb von 48 Stunden nach der Einlieferung die Hilfszentrale Mediphone Assist kontaktiert haben. Andernfalls bleiben 25 Prozent der Kosten zu Ihren Lasten.

Die Hilfszentrale Mediphone Assist ist rund um die Uhr erreichbar unter der Nummer +32 (0)2 778 94 94.

Für welche Länder?

Alle obengenannten Länder mit multilateralem Abkommen sowie Länder mit bilateralem Abkommen:

- Ägypten
- Libyen
- Serbien
- Algerien
- Marokko
- Syrien
- Andorra
- Mazedonien
- Tunesien
- Bosnien-Herzegowina
- Monaco
- Türkei
- Kroatien
- Montenegro
- Vatikanstaat
- Kosovo
- San Marino

Für Aufenthalte in allen übrigen Ländern gibt es keine Erstattung seitens unserer *Zusätzlichen Dienste*; dies sollten Sie beim Abschluss einer Reiseversicherung berücksichtigen und einen ausreichenden Schutz vorsehen.

Falls vor oder nach einem Krankenhausaufenthalt, für den die vollständige Erstattung gilt, auch ambulante Pflegeleistungen erforderlich sind, so werden auch diese während 15 Tagen vor und nach der Hospitalisierung vollständig erstattet.

Weitere Informationen erhalten Sie in unseren Geschäftsstellen, in unserer Broschüre „Gut versichert auf Reisen“ sowie auf unserer Internetseite unter www.freie.be > Gut versichert > Dringende Pflege im Ausland.

Welcher Versicherungsschutz in welchem Land?

Reiseland	Erstattung durch	
	Pflichtversicherung	Zusätzliche Dienste
Bulgarien, Dänemark(*), Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich(*), Griechenland, Großbritannien(*), Irland, Island, Italien, Kroatien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande(*), Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Zypern	Basisdeckung der Pflichtversicherung (Vereinbarungen der EU, des EWR und der Schweiz). Die Erstattung erfolgt durch die ausländische Krankenkasse auf Vorlage der EU-Karte.	Vollständige Rückerstattung plötzlich notwendiger und unvorhersehbarer stationärer Pflegekosten, falls die Hilfszentrale kontaktiert wurde. Erstattung ambulanter Pflegekosten zu 75%.
Algerien, Bosnien-Herzegowina, Mazedonien, Montenegro, Serbien, Tunesien, Türkei	Basisdeckung (Länder mit bilateralem Abkommen). Die Erstattung erfolgt auf Vorlage des Auslandskrankenscheines.	
Ägypten, Andorra, Kosovo, Libyen, Marokko, Monaco, San Marino, Syrien, Vatikanstaat	Keine Erstattung durch die Pflichtversicherung, da kein Abkommen mit Belgien besteht.	
Australien	Basisdeckung (bilaterales Abkommen). Die Erstattung erfolgt auf Vorlage der EU-Karte und muss vor Ort in Australien geregelt werden.	Keine Erstattung. Wir empfehlen Ihnen, eine Privatversicherung abzuschließen.
Alle übrigen Länder der Welt, z. B. Vereinigte Staaten, ...	Keine Erstattung durch die Pflichtversicherung, da kein Abkommen mit Belgien besteht.	

Logopädische Behandlung: Neue Regelung



Seit dem 1. April 2017 gibt es neue Erstattungsregeln der gesetzlichen Krankenversicherung für logopädische Behandlungen. Fortan darf jeder in Belgien anerkannte Arzt Logopädie-Bilanzen verordnen. Außerdem dürfen nun auch Eltern Sitzungen in Anspruch nehmen, um ihre Kinder besser begleiten zu können.

Anwendungsgebiete

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

Logopädie richtet sich nicht nur an Kinder und Jugendliche, deren Sprach- oder Lernstörungen behandelt werden müssen.

Auch bei Erwachsenen können Logopädie-Behandlungen dringend notwendig sein. Dies ist unter anderem der Fall bei Kommunikationsproblemen infolge eines Traumas, eines chirurgischen Eingriffs, eines Schlaganfalls, einer Muskellähmung, o.ä.

In bestimmten Fällen sieht die gesetzliche Krankenversicherung eine Erstattung für logopädische Behandlungen vor:

- bei Sprach- und Sprechstörungen;
- im Falle einer Aphasie (Sprachlosigkeit);
- bei Sprachentwicklungsstörungen;
- bei Lernstörungen wie Legasthenie (Lese- und Rechtschreibschwäche) sowie Dyskalkulie (Rechenschwäche);
- bei Lippen-, Gaumen- oder Kieferspalte;
- bei Störungen, die aufgrund einer Radiotherapie oder eines chirurgischen Eingriffs auftreten;
- bei einer Dysglossie (Sprechstörung ausgelöst durch die Schädigung der Sprachorgane);
- bei Dysarthrie (Sprechstörung ausgelöst

durch die Schädigung des Gehirns oder der Hirnnerven);

- bei chronischen Sprechstörungen aufgrund eines neuromuskulären Leidens;
- bei Stottern (nur in bestimmten Fällen);
- bei Funktionsstörungen im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung;
- bei Folgen einer Laryngektomie (Entfernung des Kehlkopfes);
- bei Dysfunktion des Kehlkopfes oder der Stimmbänder;
- bei Gehörstörungen;
- bei Schluckstörungen;
- bei Dysphasia (Sprachverarbeitungsstörungen);
- beim Locked-in-Syndrom (LIS).

Die Erstattung für LIS-Patienten ist neu: Menschen, die aufgrund des Locked-in-Syndroms an Sprach-, Sprech- oder Schluckstörungen leiden, haben seit April 2017 Anrecht auf Erstattung der logopädischen Sitzungen, wenn ein Neurologe, Neuropsychiater oder Neurochirurg die Erkrankung bestätigt hat.



Beim Locked-in-Syndrom handelt es sich um eine neurologische Krankheit, bei der der Patient komatös erscheint, jedoch bei vollem Bewusstsein ist.

Startbilanz

Nachdem der Arzt eine Kommunikationsstörung diagnostiziert hat, verordnet er eine Startbilanz, die durch einen Logopäden erstellt wird. Anhand bestimmter Tests und Unterredungen analysiert der Logopäde die Ausdrucksschwierigkeiten und entscheidet nach Rücksprache mit dem Arzt über die Notwendigkeit einer logopädischen Behandlung. Ist diese erforderlich, so muss sie im Anschluss an das Erstellen der Startbilanz des Logopäden durch einen Facharzt verordnet werden. In der Bilanz wird neben der detaillierten Beschreibung der vorliegenden Störung auch ein Behandlungsvorschlag festgehalten. Bis vor kurzem durften nur bestimmte Fachärzte (HNO-Arzt, Neurologe, Kinderarzt, ...) die Startbilanz verordnen. Seit diesem Jahr ist es jedem Arzt möglich, seinem Patienten diese Sitzung zu verschreiben. Eine Ausnahme gilt bei einer Dysphasie: Die Startbilanz muss von einem Facharzt in Neuropädiatrie verordnet werden.

Genehmigung des Vertrauensarztes

Eine Erstattung der Bilanz sowie der logopädischen Behandlung durch die gesetzliche Krankenversicherung ist nur möglich, wenn der Vertrauensarzt den Antrag spätestens 60 Tage nach Durchführung der Startbilanz erhalten hat. Um die Genehmigung erteilen zu können, benötigt der Vertrauensarzt folgende Dokumente:

- eine ärztliche Verordnung für die logopädische Bilanz;
- eine Verordnung für die logopädische Behandlung, ausgestellt durch einen Facharzt;
- die Startbilanz des Logopäden sowie einen Antrag auf Rückerstattung.

In bestimmten Fällen sind zusätzliche Berichte erforderlich, beispielsweise die Resultate eines Hörtestes (Audiogramm) oder die Bestimmung des Gesamt-Intelligenzquotienten. Gegebenenfalls können diese nachträglich eingereicht werden.

Das Container-Prinzip für logopädische Behandlungen

Logopädische Störung	Container	Container bei Rückfall*
Chronische Kommunikationsstörungen		
Lippen-, Gaumen- oder Zahnfachspalte	0-2-Jährige: 30 Sitzungen 3-19-Jährige: 75 Sitzungen pro Jahr (acht Jahre)	-
Sprechstörung wegen eines neuromuskulären Leidens	520 Sitzungen (während zwei Jahren)	-
Funktionsstörung wegen kieferorthopädischer Behandlung	20 Sitzungen (während einem Jahr)	-
Dysfunktion des Kehlkopfes oder der Stimmbänder	80 Sitzungen (während zwei Jahren)	24 Sitzungen
Gehörstörung	520 Sitzungen (während zwei Jahren)	-
Dysphasie	384 Sitzungen (während zwei Jahren)	-
Nicht-chronische Kommunikationsstörungen		
Sprach- und Sprechstörung	55 Sitzungen (während zwei Jahren)	-
Aphasie	288 Sitzungen (während vier Jahren)	86 Sitzungen
Sprachentwicklungsstörung	190 Sitzungen (während zwei Jahren)	57 Sitzungen
Lernstörung	140 Sitzungen (während zwei Jahren)	42 Sitzungen
Störung wegen Radiotherapie oder chirurgischem Eingriff	55 Sitzungen (während zwei Jahren)	-
Dysglossie	149 Sitzungen (während zwei Jahren)	-
Dysarthrie	176 Sitzungen (während zwei Jahren)	-
Stottern	128 Sitzungen (während zwei Jahren)	38 Sitzungen
Folgen einer Laryngektomie	90 Sitzungen (während zwei Jahren)	-
Dysphagie	65 Sitzungen (während zwei Jahren)	20 Sitzungen
Locked-in-Syndrom	150 Sitzungen pro Jahr (ein Leben lang)	-

*Rückfall: Darf nur beansprucht werden, wenn der „Container“ noch nicht komplett aufgebraucht wurde.

Die logopädische Behandlung kann frühestens am Tag nach dem Erstellen der Startbilanz beginnen, d.h. theoretisch auch vor Genehmigung des Vertrauensarztes. Die Kostenübernahme der gesetzlichen Krankenversicherung kann bis zu 60 Tage rückwirkend genehmigt werden. Die Erstattung der Behandlungskosten durch die gesetzliche Krankenversicherung kann jeweils nur für die Dauer eines Jahres beantragt werden.

Anzahl genehmigter Sitzungen

Die zu genehmigenden Logopädie-Behandlungen werden nach dem sogenann-

ten Container-Prinzip erstattet: Für jede Pathologie ist ein „Container“ vorgesehen, der aus einer bestimmten Anzahl an Logopädie-Sitzungen besteht, die jeweils 30 Minuten dauern.

Für Kommunikationsstörungen, die nicht als chronisch gelten, wurde die Maximalanzahl der Sitzungen zum 1. April 2017 reduziert. Bei chronischen Kommunikationsstörungen hat sich nichts verändert.

Je nach Schwere der Störung entscheidet der Logopäde, ob der gesamte Container (sprich alle Sitzungen) benötigt wird oder ob das Problem mit einem Teil der Behandlungseinheiten bereits behoben werden kann.



Verlängerung der Kostenübernahme

Falls die Behandlung nach einem Jahr nicht abgeschlossen ist, kann ein Antrag auf Verlängerung der Kostenübernahme gestellt werden. Zu diesem Zweck müssen folgende Unterlagen eingereicht werden:

- eine vom Hausarzt oder Facharzt ausgestellte Verordnung für eine Folgebilanz;
- eine fachärztliche Verordnung für die logopädische Behandlung;
- die Folgebilanz, ausgestellt durch den Logopäden.

Die Folgebilanz muss erstellt werden, bevor die bestehende Genehmigung abgelaufen ist. Eine Folgebilanz darf nur einmal pro Kalenderjahr erstellt werden.

Rückfall der gleichen Störung

Falls im Hauptcontainer nicht alle Sitzungen in Anspruch genommen wurden, können unter bestimmten Umständen die restlichen Sitzungen des Containers bei einem Rückfall der gleichen Pathologie in Anspruch genommen werden, insofern dieser im Zeitraum zwischen 6 und 24 Monaten nach Abschluss der Behandlung eine erneute Behandlung erforderlich macht. Dies gilt aber nur für folgende Störungen:

- Aphasie;
- Sprachentwicklungsstörungen;
- Legasthenie oder Dyskalkulie;
- Stottern;
- Dysfunktion des Kehlkopfes oder der Stimmbänder;
- Schluckstörungen.

Die eventuelle Genehmigung des Rückfall-Containers ist nur möglich, wenn der Logopäde eine Rückfallbilanz erstellt. Zusätzlich ist die erneute Erstattung bei einem Rückfall nur gültig für ein Jahr.

Dies gilt für Erstanträge ab dem 1. April 2017 und kann somit frühestens ab April 2019 in Anspruch genommen werden.

Elterliche Begleitung

Für bestimmte Kommunikationsstörungen von Kindern sind nun zusätzlich auch Sitzungen für Eltern vorgesehen. Diese Neuerung hat zum Ziel, dass die Erziehungsberechtigten ihre Kinder zu Hause besser unterstützen können.

Eltern, deren Kinder an Sprachentwicklungsstörungen, Lernstörungen, Stottern, einer Dysfunktion des Kehlkopfes bzw. der Stimmbänder oder einer Dysphasie leiden, können fortan bis zu 10 Logopädie-Sitzungen in Anspruch nehmen, die von dem festgelegten Container ihres Kindes abgezogen werden. Diese elterliche Begleitung findet immer ohne die Anwesenheit des Kindes statt und kann individuell (min. 60 Minuten) oder mit anderen Eltern gemeinsam (min. 90 Minuten) in Anspruch genommen werden.

Erstattung

Die gesetzliche Krankenversicherung erstattet nur eine logopädische Sitzung pro Tag. Die elterliche Begleitsitzung darf jedoch am gleichen Tag wie eine Sitzung des Kindes stattfinden. Die erste Sitzung findet frühestens am Tag nach dem Erstellen der Bilanz und nach Ausstelldatum der fachärztlichen Verordnung statt.

Bis Ende 2016 wurde ein Prozentsatz der Honorarkosten eines Logopäden rückerstattet, aber fortan liegt der Eigenanteil für Normalversicherte zwischen 3 € und 11 €, für Versicherte mit Vorzugstarif zwischen 1 € und 4,50 €. Folgende Erstattungstarife gelten für Behandlungen bei Logopäden, die dem Kassenabkommen beigetreten sind.

Multidisziplinäre Rehabilitation

Im Rahmen einer multidisziplinären Rehabilitationsmaßnahme in einem Reha-Zentrum kann der Patient ebenfalls eine logopädische Behandlung erhalten. In diesem Fall ist die Logopädie bereits ein Teil der Rehabilitation und wird von der gesetzlichen Krankenversicherung pauschal rückerstattet, d.h. die vorerwähnten Erstattungen und das Container-Prinzip gelten nicht für diese Fälle.

Stationäre Aufenthalte

Patienten, die stationär in einem Dienst der Geriatrie oder Psychiatrie oder in einer Spezialklinik oder Reha-Klinik behandelt werden, erhalten keine separate Erstattung für dort erhaltene logopädische Behandlungen, denn in diesem Fall sind die Kosten im Tagespreis für den Krankenhausaufenthalt enthalten. ■

Erstattung unserer Zusätzlichen Dienste

Falls keine Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung oder durch andere Institutionen möglich ist, erstatten unsere *Zusätzlichen Dienste* einen Anteil von 12 € pro Sitzung. Während eines Jahres können bis zu 200 Behandlungen erstattet werden, somit ist eine Kostenbeteiligung von 2.400 € pro Jahr möglich.

Auf unserer Website finden Sie eine Auflistung aller Logopäden in Ostbelgien unter www.freie.be > Gut versichert > Logopädie

Tarife zum 1. Januar 2017

Leistung	Honorarkosten	Normale Erstattung	Erstattung Vorzugstarif
Startbilanz	31,13 €	23,63 €	28,13 €
Folgebilanz	44,47 €	33,47 €	39,97 €
Rückfallbilanz	44,47 €	33,47 €	39,97 €
Einzelsitzung (30 min)	22,88 €	17,38 €	20,88 €
Einzelsitzung (60 min)	44,47 €	34,77 €	41,27 €
Gruppensitzung	11,77 €	8,77 €	10,77 €
Einzelsitzung für Eltern (60 min)	45,77 €	34,77 €	41,27 €
Gruppensitzung für Eltern (90 min)	22,88 €	17,38 €	20,88 €



Grenzüberschreitende Pflege: Die neue „Ostbelgien-Regelung“

Die neue Regelung der grenzüberschreitenden Pflege für Ostbelgier nimmt konkrete Formen an. Fest steht, dass ab dem 1. Juli 2017 nur Leistungen erstattet werden dürfen, die im Bereich der belgischen gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehen sind.

Die Erstattung der grenzüberschreitenden Pflege gilt ausschließlich für Einwohner der Gemeinden Amel, Büllingen, Burg-Reuland, Bütgenbach, Eupen, Kelmis, Lontzen, Raren, Sankt Vith, Weismes, Malmedy, Baelen, Bleyberg und Welkenraedt und dies nur für Behandlungen im Raum Aachen, Bitburg-Prüm und Daun.

Die neue „Ostbelgien-Regelung“ auf einen Blick

Die Erstattungsregeln ab dem 1. Juli 2017 für grenzüberschreitende Pflege werden voraussichtlich folgende sein:

- Begibt sich der Patient auf eigene Initiative zu einem deutschen Facharzt, so muss er die Honorarkosten vorstrecken. Anschließend kann er eine Erstattung bei seiner belgischen Krankenkasse beantragen. Rechnungen bis zu 200 € werden zu 75 % erstattet. Die übrigen 25 % bleiben zu Lasten des Patienten. Bei Rechnungen über 200 € nimmt die belgische Krankenkasse die Erstattung nach den europäischen Richtlinien vor, d.h. es wird für jede einzelne Leistung die Erstattung errechnet, die im Falle einer Behandlung in Belgien angewandt würde.
- Von der Kostenübernahme ausgeschlossen sind Leistungen, die im Erstattungsstarif der gesetzlichen belgischen Krankenversicherung nicht vorgesehen sind, bspw. Akupunktur, Osteopathie, Psychologie, ...
- Für folgende ambulante Behandlungen im deutschen Grenzraum kann der

Patient einen S2-Schein von der belgischen Krankenkasse erhalten. Die Kostenübernahme erfolgt in diesem Fall durch eine deutsche Krankenkasse nach der dort geltenden Gebührenordnung:

- fachärztliche psychiatrische oder kinderpsychiatrische Behandlung;
- Behandlung beim Facharzt (alle Fachrichtungen, außer Kinderfachärzte), wenn diese von einem belgischen Facharzt verschrieben wurde;
- Behandlung bei einem Kinderfacharzt, wenn diese von einem belgischen Kinderfacharzt aus einer der oben genannten Gemeinden verschrieben wird;
- Scanner-Untersuchung, wenn diese von einem deutschen Facharzt verordnet wird.
- Für folgende Fälle wird es möglich sein, einen S2-Schein für die Dauer eines Krankenhausaufenthalts zu erhalten:
 - wenn seitens der belgischen Krankenkasse bereits ein S2-Schein für eine ambulante Pflege ausgestellt wurde (siehe oben);
 - bei Überweisung eines Facharztes aus dem belgischen Einzugsgebiet, die bei der belgischen Krankenkasse hinterlegt werden muss;
 - bei schriftlichem Antrag eines deutschen Facharztes an die belgische Krankenkasse, vorausgesetzt der Patient hat die Honorarkosten der vorangehenden Konsultation entsprechend der oben beschriebenen Regelung getragen.
- Arzneimittel und andere Hilfsmittel wie bspw. orthopädisches Material, welche in Deutschland gekauft werden, muss der Patient selbst bezahlen. Anschließend

kann er eine Rückzahlung bei seiner belgischen Krankenkasse beantragen. Die Erstattung wird entsprechend der belgischen Erstattungsregeln errechnet.

Sonderfälle und Evaluierung

Falls ein Krankenhausaufenthalt, welcher in der aktuellen Auslaufperiode des IZOM (bis zum 30. Juni 2017) begonnen hat, nach dem 1. Juli 2017 andauert, so kann seitens der belgischen Krankenkasse für die fortdauernde stationäre Behandlung eine Sondergenehmigung erteilt werden.

Das Landesinstitut für Kranken- und Invalidenversicherung wurde außerdem dafür sensibilisiert, dass es Patienten gibt, die seit langem von Fachärzten im deutschen Grenzgebiet behandelt werden und dort spezielle ambulante Therapien in Anspruch nehmen. Damit diese Behandlungen nicht abgebrochen werden müssen, wird ein Kollegium aus belgischen Vertrauensärzten über solche Fälle gesondert entscheiden. Bis Ende des Jahres 2017 sollen solche Ausnahmefälle jedoch abgeschlossen sein.

Nach einem Jahr wird die neue „Ostbelgien-Regelung“ bezüglich der grenzüberschreitenden Pflege ausgewertet und falls notwendig angepasst. ■

Auf unserer Internetseite www.freie.be finden Sie ständig die aktuellsten Infos zum Thema.



Unser Verleihdienst für Krankenmaterial

Im häuslichen Umfeld findet der Mensch eine vertraute, geborgene und sichere Atmosphäre. Er kann außerdem weiter am Familienleben teilnehmen und die sozialen Kontakte aufrechterhalten. Manche Menschen können jedoch wegen einer Erkrankung oder altersbedingt ihr Leben nicht mehr eigenständig bewältigen. Selbst alltägliche Dinge werden zu einer großen Belastung.

Hilfsmittel

Nach einem Unfall oder bei schwerer Krankheit lässt sich das Leben manchmal nur durch den Einsatz von Hilfsmitteln selbstständig fortführen. Unsere Krankenkasse verleiht verschiedene Geräte für das Wohnen und die Pflege zu Hause. Meist sind diese für einen zeitlich begrenzten Gebrauch bestimmt. In unseren Geschäftsstellen sind Inhaliergeräte, Gehhilfen, Toilettenstühle, Rollstühle und weiteres Krankenmaterial

erhältlich. Außerdem vermittelt unsere Krankenkasse den Mitgliedern, die an einer Inkontinenz leiden, Inkontinenzmaterial zu einem günstigen Preis.

Dieser Dienst ist ausschließlich zugänglich für Mitglieder unserer Krankenkasse, die mit ihren Beitragszahlungen für die *Zusätzlichen Dienste* in Ordnung sind.

In der Regel kann das Material drei Monate lang kostenlos bei uns ausgeliehen werden, die Leihdauer an sich ist jedoch unbegrenzt. Nach den ersten drei Monaten muss eine geringe Gebühr gezahlt werden. Wird nach einer ersten Benutzung das Material zurückgegeben und dann ein zweites Mal benötigt, so muss eine Zeitspanne von mindestens drei Monaten zwischen den beiden Mietverträgen liegen, um erneut eine Gratis-Mietperiode beanspruchen zu können.

Zusammenarbeit mit dem Roten Kreuz

Für den Verleih von elektrisch verstellbaren Betten hat unsere Krankenkasse eine Zusammenarbeit mit dem Roten Kreuz

Amel und Raeren vereinbart. Das Rote Kreuz stellt bei Bedarf die Betten zur Verfügung und unsere Krankenkasse erstattet die entsprechende Leihgebühr. Der Dienst des Roten Kreuzes funktioniert ausgezeichnet, dank vieler ehrenamtlicher Mitarbeiter. In den drei ersten Monaten übernehmen wir die vollständigen Kosten. Ab dem vierten Monat erstatten wir pro Tag 0,50 €. Für Schwerpflegebedürftige tragen wir jedoch weiterhin die vollständigen Kosten, siehe Rahmen.

Gebühren

Verschiedene Hilfsmittel werden sehr häufig bei uns ausgeliehen. Gerne helfen unsere Mitarbeiter bei der Auswahl oder bei der Vermittlung von nicht vorrätigem Material. Die nebenstehende Tabelle listet einige der geläufigsten Hilfsmittel auf. Insofern nicht anders vermerkt, ist die monatliche Gebühr ab dem vierten Monat zu zahlen.

Pflegedienste

In manchen Fällen benötigen kranke Menschen zu Hause professionelle Pflege und



Unterstützung. In Ostbelgien sind derzeit mehr als vierzig selbständige Krankenpflegerinnen aktiv, die die Patienten zu Hause aufsuchen und pflegen. Alle Leistungen der Pflegerinnen müssen ärztlich verordnet sein. Neben der klassischen Krankenpflege übernehmen sie in bestimmten Fällen auch die Körperpflege des Patienten. Auf unserer Internetseite finden Sie eine Liste der häuslichen Pfleger(innen), aber auch eine Übersicht aller anderen Hilfsdienste, die pflegebedürftigen Menschen den Alltag erleichtern: www.freie.be > Was tun bei ...? > Häusliche Pflege ■

Hilfe für Schwerpflegebedürftige

Schwerpflegebedürftige erhalten von unserer Krankenkasse eine besondere Erstattung für Nebenkosten in der häuslichen Pflege, die nicht durch die gesetzliche Krankenversicherung übernommen werden. Dabei werden bestimmte Auslagen berücksichtigt. Unter anderem erstatten wir die Leihgebühren für technische Hilfsmittel, unabhängig davon, ob diese an unseren Verleihdienst entrichtet wurden, an das Rote Kreuz oder an eine Apotheke. Monatlich kann die Kostenbeteiligung für Schwerpflegebedürftige insgesamt bis zu 125 € pro Monat betragen.

Material	Monatliche Leihgebühr
Gehhilfen	
Krücken für Erwachsene	kostenlos
Krücken für Kinder	kostenlos
Achselstützen	kostenlos
Gehgestell	2,50 €
Rollator	2,50 €
Dreifußkrücken	2,50 €
Hilfen für Bad und WC	
Toilettenstuhl	5,00 €
Toilettenstütze	1,25 €
Toilettenerhöher	wird vermittelt
Badewannensitz	2,50 €
Duschchemel	2,50 €
Medizinische Geräte	
Blutdruckmesser	5,00 € (ab dem 2. Monat)
Urin-Wecker (Matte separat erhältlich)	5,00 €
Absauggerät	5,00 €
Inhaliergerät (Maske separat erhältlich)	5,00 €
Rollstühle und Therapieräder	
Rollstuhl	5,00 €
Hometrainer	5,00 €
Pedalo	2,50 €
Betten und Zubehör	
Elektrisch verstellbares Krankenbett	siehe Abschnitt „Rotes Kreuz“
Bettaufrichter (freistehend, kann unabhängig einem anderen Bett beigefügt werden)	5,00 €
Bettdeckenheber (Gestell)	1,25 €
Bett-Tischchen	1,25 €
Spezialluftmatratze gegen Wundliegen	wird vermittelt
Kompressor für Spezialluftmatratze	5,00 €
Spezialkissen (Gel oder Wasser)	5,00 €

Dauerhaft benötigte Mobilitätshilfen

Im Rahmen der sechsten Staatsreform wurden verschiedene Bereiche der Gesundheitspolitik vom Föderalstaat an die Gemeinschaften übertragen. Dazu zählt unter anderem die Erstattung der dauerhaft benötigten Mobilitätshilfen, welche bisher von den Krankenkassen getragen wurde. Die Deutschsprachige Gemeinschaft hat diese Zuständigkeit erhalten und beschlossen, diesen Bereich einer Einrichtung Öffentlichen Interesses, nämlich der Dienststelle für Selbstbestimmtes Leben, zu übertragen.

Zu diesen Materialien gehören dauerhaft benötigte Gehhilfen, Antidekubituskissen, Rollstühle jeglicher Art (nicht nur in der Standardausführung sondern auch in individuell angepasster oder motorisierter Form) und weitere Hilfsmittel.

Bisher wurde der Antrag für den Erhalt und die Erstattung solcher Hilfsmittel an die Krankenkasse gestellt. Ab dem 1. Juli 2017 ist der Antrag an die „Dienststelle für Selbstbestimmtes Leben“ zu richten. Diese prüft nach dem Erhalt der medizinischen Verordnung, ob ein Antrag auf ein dauerhaft benötigtes Hilfsmittel gestellt werden kann und kümmert sich um die weiteren Schritte.

Unabhängig davon trägt die Dienststelle auch weiterhin die Fördermaßnahmen, wie bspw. Wohnungsanpassungen, für die sie bereits als „Dienststelle für Personen mit Behinderung“ zuständig war.

So wie bisher wird unser Verleihdienst darauf achten, unsere betroffenen Mitglieder ggf. rechtzeitig zu informieren, falls ein Hilfsmittel dauerhaft benötigt wird und somit die Aussicht auf Bezuschussung ei-

nes individuellen Hilfsmittels besteht. Der Antrag darf aber leider nicht durch die Krankenkasse eingereicht werden, sondern muss direkt an die Dienststelle für Selbstbestimmtes Leben gerichtet werden:

Dienststelle für Selbstbestimmtes Leben

- Sankt Vith (Tel. 080 229 111)
- Eupen (Tel. 087 590 590)
- oder per E-Mail unter info@selbstbestimmt.be.



Gut versichert – besonders im Notfall



112-Dienst, Reanimationswagen
oder Rettungshubschrauber
– wir übernehmen die
vollständigen Kosten aller
Rettungstransporte in Belgien.



Freie
Krankenkasse