



PROFIL

106



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

Erscheint dreimonatlich

Abs.: Freie Krankenkasse, Hauptstraße 2, 4760 Büllingen

des Lebens



Reportage

Cholesterin - Stau in den Adern

Versicherung



Kinesitherapie: unterschiedliche Erstattungsbedingungen

Gesellschaft



Das Streben nach Glück

Gesundheit



Entbindung im Ausland

Allergie?

Das muss nicht sein!



Erhalten Sie bis zu **1.125 €** für die Immuntherapie bei Allergien gegen Milben oder Pollen.

Reden Sie mit Ihrem Facharzt.



Freie
Krankenkasse

Zusätzliche Dienste



Die Anzahl Organspender steigt stetig

Im vergangenen Jahr wurden Organe von 348 verstorbenen Menschen gespendet. Das sind 8,4 % mehr als im Jahr 2016. Die Gesamtanzahl an Organtransplantationen ist von 1.016 im Jahr 2016 auf 1.041 im Jahr 2017 gestiegen. Belgien hält sich damit sehr gut auf internationaler Ebene, dennoch gibt es noch viel zu tun.

348 Belgier haben nach ihrem Tod Organe gespendet, dazu kommen 99 Lebendspender, was zu einer Gesamtzahl von 1.041 Organtransplantationen führt. Dies ist eine positive Bilanz für das Jahr 2017. Unser Land hält sich unter den Besten auf internationaler Ebene. Besser noch, unter den acht Mitgliedern der Organisation „Eurotransplant“ zählt Belgien die höchste Anzahl Organtransplantationen pro Einwohner. Das sind gute Neuigkeiten, denn als Organspender können wir bis zu acht Menschen eine neue Zukunft schenken.

Trotz unserer guten Position gibt es weiterhin sehr viel Informationsarbeit zu verrichten. 1.292 Belgier stehen auf der Warteliste, um ein Organ zu erhalten. In Belgien ist jeder Bürger automatisch Organspender, es sei denn er äußert sich explizit dagegen. In der Theorie klingt das Prinzip simpel, in der Praxis kann es jedoch administrative Schwierigkeiten verursachen. Wenn eine Person nach dem Tod als Organspender in Frage kommt, fragt der Arzt meist die Familienangehörigen, ob eine Organspende denkbar sei – leider fällt die Antwort oft negativ aus. Nur, wenn die verstorbene Person sich bei ihrer Gemeindeverwaltung als Organspender hat eintragen lassen, ist die gesetzliche Situation in solch einem Fall klar.



Bald kann jeder seine medizinische Akte online einsehen

Wenn Sie sich über Ihre persönliche medizinische Akte informieren möchten, können Sie dies bei Ihrem Hausarzt tun. Bald jedoch werden Sie diese auch online einsehen können – dank des „Personal Health Viewers“.

Im Gesetz von 2002 in Bezug auf die Patientenrechte ist festgelegt, dass jeder Mensch das Recht hat, seine eigene medizinische Akte einzusehen. Derzeit ist dies beim Hausarzt möglich. Dank des „Personal Health Viewers“ wird sich dies in naher Zukunft ändern. Hierbei handelt es sich um eine Online-Plattform, die es jedem Belgier erlaubt, seine persönliche medizinische Akte einzusehen. Mit dieser Veränderung wird der Patient zum Kopiloten: Er kann seine Gesundheitsakte selbst verfolgen und verfügt im Krankheitsfall somit schnell über alle wichtigen Informationen.

Mit dem „Personal Health Viewer“ können Sie nicht nur medizinische Angaben online abrufen, Sie können auch Informationen hinzufügen, die Ihrer Meinung nach in der medizinischen Akte vermerkt sein sollen. Außerdem können Sie entscheiden, ob Sie Ihre Akte mit anderen Pflegeleistenden teilen möchten.

04 Zu Ihren Diensten

- *Maximale Gesundheitsrechnung: neue Grenzbeträge*
- *eHealth: Austausch von medizinischen Informationen*
- *Elektronische Medikationsverordnung: ab 1. Juni 2018 verpflichtend*
- *Behandlungsbescheinigung zwei Jahre gültig*

05 Versicherung

- *Die Europäische Krankenversicherungskarte*
- *Entbindung im Ausland: Sonderregelung der EU*
- *Kinesitherapie: unterschiedliche Erstattungsbedingungen*
- *Dentalia Plus – 5 Vorteile für gesunde Zähne*
- *Wenn ein Grenzgänger krank wird ...*

14 Reportage

- *Cholesterin – Stau in den Adern*

18 Gesundheit

- *Wie (un)gesund ist Zucker wirklich?*
- *Das Streben nach Glück*
- *Chronischer Schmerz und was man dagegen tun kann*

Impressum

Redaktion: Doris Curnel
Layout: Indigo
Fotos: www.fotolia.de, iStockphoto.com
Druck: IPM Printing

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

Maximale Gesundheitsrechnung: neue Grenzbeträge

Das System der Maximalen Gesundheitsrechnung zählt die gesamten Eigenanteile aller Familienmitglieder zusammen und begrenzt diese auf einen jährlichen Höchstbetrag.

Die Familiensituation wird jährlich zum 1. Januar, anhand der Daten des belgischen Nationalregisters, überprüft und gilt unverändert bis zum Jahresende. Personen, die im Laufe des Jahres neu in das Nationalregister eingetragen werden (z.B. Neugeborene), werden dennoch berücksichtigt. Sie brauchen selbst somit nichts zu unternehmen. Die

Maximale Gesundheitsrechnung wird automatisch angewendet, sobald die Eigenanteile den für Ihr Einkommen festgelegten Grenzbetrag überschreiten.

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 18.620,31 € | 468,18 € |
| von 18.620,32 € bis 28.625,25 € | 676,26 € |
| von 28.625,26 € bis 38.630,22 € | 1.040,40 € |
| von 38.630,23 € bis 48.218,29 € | 1.456,56 € |
| über 48.218,30 € | 1.872,72 € |
| Soziale Maximale Gesundheitsrechnung | 468,18 € |
| Maximale Gesundheitsrechnung für Kinder | 676,26 € |
| Maximale Gesundheitsrechnung für chronisch Kranke | Reduzierung um 102 € |

Elektronische Medikamentenverordnung: ab 1. Juni 2018 verpflichtend

In wenigen Wochen, ab dem 1. Juni 2018, dürfen ärztliche Verordnungen ausschließlich elektronisch ausgestellt werden. Nur in bestimmten Fällen dürfen die Verschreibungen noch auf Papier verwendet werden.

Die Einführung der elektronischen Verordnung für Medikamente bedeutet, dass Sie kein Papier-Rezept mehr von Ihrem Arzt erhalten werden. Sie emp-

fangen lediglich einen Beleg mit einem Strichcode, den Ihr Apotheker einscannen muss, um in seinem Netzwerk die Verschreibung des Arztes einsehen zu können. Ursprünglich sollte dieses System bereits ab dem 1. Januar 2018 in Kraft treten, jedoch wurde es um fünf Monate verschoben. Erst ab dem 1. Juni sind alle Ärzte verpflichtet, die Verordnungen für Medikamente elektronisch

eHealth: Austausch von medizinischen Informationen

Ärzte und Apotheker haben die Möglichkeit, medizinische Daten untereinander auszutauschen. Behandlungen sollen so effektiver und zuverlässiger werden. Die vorherige Zustimmung des Patienten ist dafür jedoch erforderlich. Der Informationsaustausch bietet viele Vorteile: Er ermöglicht das Einsehen in das Medikationsschema des Patienten, verhindert unnötige Behandlungen, usw.

So erklären Sie Ihr Einverständnis:

- Sie erteilen selbst Ihre Zustimmung: Melden Sie sich auf der Internetseite www.ehealth.fgov.be mit Ihrem elektronischen Personalweis an.
- Sie bitten jemanden, die Anmeldung für Sie durchzuführen: Ihr Arzt, Apotheker sowie die Mitarbeiter eines Krankenhauses oder auch die Mitarbeiter unserer Krankenkasse können dies auf Ihre Anfrage hin erledigen. Dazu wird Ihr elektronischer Personalausweis samt PIN-Code benötigt.

Ausführliche Infos: www.freie.be > Gut versichert > Gesetzliche belgische Krankenversicherung > eHealth: Austausch von medizinischen Informationen

Behandlungsbescheinigung zwei Jahre gültig

Behandlungsbescheinigungen können maximal zwei Jahre nach dem Ende des Monats, in dem die Pflegeleistung erbracht wurde, bei der Krankenkasse eingereicht werden. Nach diesem Zeitraum ist die Leistung verjährt und kann nicht mehr erstattet werden. Lediglich wenn die Abgabe der Bescheinigung durch „höhere Gewalt“ verhindert wurde, hat der Versicherte die Möglichkeit, auch nach Ablauf der Ver-

jährungsfrist eine Erstattung zu erhalten. In einem solchen Fall müssen Sie die Aufhebung der Verjährungsfrist vor Ablauf dieser Zeitspanne per Einschreiben bei unserer Krankenkasse beantragen und beweisen, dass es Ihnen aus einem bestimmten Grund unmöglich war, die Behandlungsbescheinigung fristgerecht einzureichen. Wir leiten die Anfrage weiter an das Landesinstitut für Kranken- und Invalidenversicherung, welches über die

Auszahlung der Erstattung entscheidet. Es kann vorkommen, dass ein Mitglied mit seiner Krankenversicherung nicht in Ordnung ist und wir deshalb keine Erstattungen vornehmen können. Dauert die Regulierung der Versicherungssituation sehr lange, so sollten Sie vorsichtshalber per Einschreibebrief die Aufhebung der Verjährungsfrist beantragen, damit Sie später, nach Bereinigung der Lage, noch die Erstattung erhalten können.



Die Europäische Krankenversicherungskarte

Bei dringend notwendiger Gesundheitspflege im europäischen Ausland garantiert Ihnen die Europäische Krankenversicherungskarte, kurz EU-Karte, eine Erstattung der Behandlungskosten.

Mittels der Europäischen Krankenversicherungskarte haben Sie Anrecht auf die im Gesetz des Reiselandes vorgesehene Pflege und auf die direkte Kostenerstattung durch die ausländische Krankenkasse vor Ort. Die Höhe der Erstattung richtet sich nach den gesetzlichen Tarifen des jeweiligen Landes.

Die Karte ist im gesamten Europäischen Wirtschaftsraum sowie in Australien und in der Schweiz gültig. Verreisen Sie in eines dieser Länder und benötigen dort Pflege, so müssen Sie Ihre EU-Karte vorweisen. Eine Erstattung der Kosten erfolgt jedoch nur, wenn es sich um unvorhergesehene, dringende Pflege handelt. Wenden Sie sich möglichst an einen Arzt, der durch das Pflegesystem des Aufenthaltslandes anerkannt ist. Die Tarife von Privatärzten sind oft deutlich erhöht, sodass ein größerer Teil der Behandlungskosten zu Ihren Lasten bleibt.

Erstattung der Kosten

Die Erstattung der Pflegekosten erfolgt oft gleich am Urlaubsort. Bei einem Krankenhausaufenthalt werden die Kosten in der Regel direkt mit der ausländischen Krankenkasse verrechnet; Sie zahlen lediglich Ihren Eigenanteil. Bei einem Arztbesuch

hingegen müssen Sie das Honorar meist vorstrecken. Eine Erstattung erhalten Sie – auf Vorlage der EU-Karte – bei einer ausländischen Krankenkasse.

Falls Sie vergessen haben, vor Ihrer Abreise eine EU-Karte zu beantragen oder falls Sie die Pflegekosten nicht mit der ausländischen Krankenkasse abrechnen können, reichen Sie die Rechnungen nach Ihrer Rückkehr bei uns ein. In diesem Fall kann die Erstattung jedoch einige Zeit in Anspruch nehmen. Besser ist es also, die Kostenübernahme gleich vor Ort zu regeln.

EU-Karte anfordern

Ihre EU-Karte erhalten Sie kostenlos in unseren Kontaktstellen. Sie können die Karte auch in unserem Online Büro unter www.freie.be für sich und Ihre Mitversicherten anfordern.

Besondere Regelung für Grenzgänger

Falls Sie in Belgien wohnen, aber im Ausland arbeiten, so sind Sie zwar über Ihre ausländische Krankenkasse bei uns versichert, jedoch dürfen wir Ihnen keine EU-

Karte ausstellen. Sie müssen diese bei der Krankenkasse Ihres Beschäftigungslandes beantragen.

Erweiterte Kostendeckung

Die gesetzliche Krankenversicherung garantiert eine Basisdeckung bei Krankheit und Unfall im Ausland. Je nach Aufenthaltsort können die Kosten, die Rückerstattungen und die Zahlungsbedingungen sehr unterschiedlich sein.

Durch unsere *Zusätzlichen Dienste* bieten wir unseren Mitgliedern eine erweiterte Kostendeckung:

- **Kostenerstattung.** Die Kosten für eine plötzlich notwendige stationäre Behandlung werden Ihnen vollständig erstattet. Bei einer ambulanten Behandlung bleiben höchstens 25 Prozent der Kosten zu Ihren Lasten.
- **Medizinischer Beistand.** Im Falle einer Hospitalisierung stellt die Hilfszentrale Mediphone Assist den Kontakt zwischen den Ärzten und der Familie her, besorgt vor Ort nicht verfügbare Medikamente oder kümmert sich um den medizinisch erforderlichen Rücktransport des Verletzten.
- **Telefonische Beratung.** Weltweit und zu jeder Zeit hilft Mediphone Assist Ihnen, einen Arzt, eine Apotheke oder das nächste Krankenhaus zu finden. Bei Ihrem Anruf sollten Sie eine Vignette zur Hand haben, damit Sie Mediphone Assist Ihre Nationalregisternummer mitteilen können.

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. ■

Länder in denen die EU-Karte gültig ist

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

Entbindung im Ausland: Sonderregelung der EU



Für die grenzüberschreitende Gesundheitspflege und deren Kostenübernahme gibt es eine Reihe von unterschiedlichen Regeln. Für Geburten besteht bspw. eine Sonderregelung der EU, die eine Entbindung im gesamten europäischen Ausland ermöglicht.

Die Sonderregelung für Geburten gilt europaweit. Es handelt sich um die EU-Verordnung Nr. 883/2004 und 987/2009. Alle Einwohnerinnen der EU, des Europäischen Wirtschaftsraums und der Schweiz haben das Recht, in gleich welchem dieser Länder, dem Land ihrer Wahl, ihr Kind zur Welt zu bringen. Die Kostenerstattung erfolgt dann nach den Bestimmungen des Entbindungslandes.

Andere Behandlungen oder Eingriffe im Ausland können nicht über dieses System abgerechnet werden – es bezieht sich ausschließlich auf Leistungen in direktem Zusammenhang mit der Geburt eines Kindes. Für andere Leistungen gelten die allgemein üblichen Erstattungsregeln des Wohnlandes.

Antrag bei der Krankenkasse

Um die Kostenbeteiligung in Anspruch nehmen zu können, muss die Schwange-

re bei ihrer Krankenkasse einen Schein „S2 Entbindung“ beantragen. Eine spezielle Genehmigung durch den Vertrauensarzt ist in diesem Fall nicht notwendig.

Wer nicht in seinem Wohnland, sondern in einem anderen Land arbeitet, muss die Bescheinigung bei der Krankenkasse des Beschäftigungslandes (nicht bei der Krankenkasse des Wohnlandes) anfragen.

Auf dem S2-Schein ist eine Gültigkeitsdauer vermerkt. Für die Festlegung dieser Dauer gelten dieselben gesetzlichen Be-

stimmungen, die für die Zahlung der Geldleistungen für die Mutterschaftsruhe zur Anwendung kommen. Im Fall belgischer Versicherten bedeutet dies:

- Bei Arbeitnehmerinnen beginnt die Mutterschaftsruhe mindestens eine Woche vor dem errechneten Geburtstermin und endet spätestens 14 Wochen nach der Entbindung. Demzufolge darf auch die Gültigkeitsperiode des Formulars S2 sich auf diese Periode beziehen.
- Bei Selbstständigen beginnt die Zeitspanne mindestens eine Woche vor dem errechneten Geburtstermin und endet spätestens sieben Wochen nach der Entbindung.

Ist die Schwangere nicht selbst als Hauptversicherte eingetragen, sondern bei einer anderen Person mitversichert (bspw. Personen, die keine berufliche Tätigkeit ausüben und auch kein Arbeitslosengeld erhalten), so hat sie kein Anrecht auf Geldleistungen für Mutterschaftsruhe, welche als Basis für die erlaubte Gültigkeitsdauer des S2-Scheines dienen könnte. In diesem



Dauer der Mutterschaftsruhe

Arbeitnehmerinnen und Arbeitslose haben Anrecht auf insgesamt 15 Wochen Mutterschaftsruhe. Diese setzen sich zusammen aus einem obligatorischen und einem fakultativen Teil. Der obligatorische Teil beginnt eine Woche vor dem errechneten Geburtstermin und endet neun Wochen nach der Entbindung. In dieser Zeit muss die Arbeit vollständig niedergelegt werden. Die restlichen fünf Wochen, also der fakultative Teil, kann wahlweise vor oder nach der Geburt genommen werden.

Für Selbstständige beträgt die Gesamtdauer der Mutterschaftsruhe zwölf Wochen mit einem Pflichtanteil von drei Wochen (eine Woche vor dem Geburtstermin und zwei Wochen nach der Entbindung). Wie auch die Arbeitnehmerinnen können Selbstständige über die Verteilung der verbleibenden neun Wochen frei entscheiden.

Ausführliche Infos zu den Bestimmungen der Mutterschaftsruhe in Belgien finden Sie unter www.freie.be > Was tun bei, ...? > Schwangerschaft und Geburt > Rechte der Eltern > Mutterschaftsruhe

Fall kann der S2-Schein für eine Periode von maximal vier Monaten ausgestellt werden, den Zeitraum des Aufenthalts im Ausland kann die Schwangere jedoch frei wählen.

Welche Kosten werden übernommen?

Im Rahmen dieser EU-Sonderregelung werden sämtliche Pflegekosten in direktem Bezug auf die Entbindung einer Schwangeren berücksichtigt, die sich für die Geburt in das Land ihrer Wahl begibt. Vorsorgeuntersuchungen bei einem ausländischen Gynäkologen, insofern diese außerhalb des oben beschriebenen Zeitraumes des S2-Scheines fallen, werden nicht im Rahmen der Sonderregelung erstattet. Hierfür gelten dann die allgemein üblichen Erstattungsregeln des Wohnlandes.

Kommt es dagegen bei einem zeitweiligen Aufenthalt im Ausland, bspw. im Urlaub, zu dringenden, unvorhergesehenen Pflegeleistungen im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft oder einer Geburt, so fällt dies nicht unter die hier erwähnte EU-Sonderregelung. Diese Kosten können jedoch, so wie andere dringende Pflegeleistungen bei einem zeitweiligen Aufenthalt im Ausland, über die Europä-

ische Krankenversicherungskarte abgerechnet werden.

Wer erstattet die Kosten?

Die Kostenübernahme erfolgt durch die Krankenkasse des Behandlungslandes zu den dort geltenden gesetzlichen Tarifen. Dazu muss jedoch der Schein „S2 Entbindung“, ausgestellt von der Krankenkasse des Wohnlandes, bei der Ankunft einer dortigen Krankenkasse übermittelt werden.

Wurde der S2-Schein nicht im Behandlungsland abgegeben, so können die Rechnungen nach der Rückkehr bei der belgischen Krankenkasse (bzw. für Grenzgänger: bei der Krankenkasse des Arbeitslandes) eingereicht werden. Auch in diesem Fall wird die Erstattung zu den Bedingungen des Behandlungslandes vorgenommen. Da hierzu jedoch ein administrativer Austausch mit den ausländischen Krankenkassen erforderlich ist, kann die Bearbeitung längere Zeit in Anspruch nehmen. Es empfiehlt sich daher immer, die Kostenabrechnung direkt im Aufenthaltsland vornehmen zu lassen.

Unter Umständen kann es vorkommen, dass die gesetzliche Erstattung im Behandlungsland geringer ausfällt als im

Versicherungsland. In diesem Fall kann die Betroffene bei ihrer Krankenkasse eine Ausgleichszahlung, den so genannten Verbaekel-Zuschlag, beantragen. Dazu muss sie die ausländischen Rechnungen bei ihrer Krankenkasse einreichen und ein entsprechendes Antragsformular ausfüllen (der Vordruck ist bei der Krankenkasse erhältlich). Erst nachdem dieser Antrag gestellt wurde, kann die Differenz zwischen der Kostenbeteiligung der ausländischen Krankenkasse und dem belgischen Erstattungstarif ausgezahlt werden.

Behandlungen in Privatkliniken hingegen werden immer nur zum belgischen Tarif erstattet. Das Ausstellen eines S2-Scheins ist in diesem Fall nicht möglich. Informieren Sie sich ggf. im Vorfeld über die zu zahlenden Kosten, da diese sehr hoch ausfallen können.

Pflege des Kindes

In vielen Ländern wird die Pflege am Neugeborenen, anders als in Belgien, nicht mit auf der Rechnung der Mutter aufgeführt. Aus diesem Grund ist es wichtig, das Kind schnellstmöglich bei der belgischen Krankenkasse einzutragen. Reichen Sie dazu die Geburtsurkunde unverzüglich bei der Krankenkasse ein.

Nachdem die Eintragung vorgenommen wurde, erhält das Kind eine eigene EU-Karte, die es ermöglicht, die Pflegeleistungen des Kindes im Ausland abzurechnen. ■



Kinesitherapie: unterschiedliche Erstattungsbedingungen

Im Bereich der Kinesitherapie gibt es unterschiedliche Erstattungssysteme, je nach Art der behandelten Erkrankung. Die Anzahl erstattbarer Sitzungen und die jeweiligen Modalitäten sind davon abhängig.

Erstattungssysteme

Gängige Krankheiten

Leichte Beschwerden, wie bspw. ein verstauchter Knöchel oder Rückenschmerzen gehören zum System der gängigen Erkrankungen.

Die gesetzliche Krankenversicherung erstattet pro Kalenderjahr bis zu 18 vom Arzt verordnete Sitzungen, unabhängig davon, ob die Behandlung in der Praxis des Kinesitherapeuten oder beim Patienten zu Hause erfolgt.

Erweist sich eine weitere Behandlung derselben Beschwerden als notwendig, so kann der Arzt zwar unbegrenzt weitere Sitzungen verordnen, allerdings werden diese zu einem deutlich niedrigeren Tarif von der Krankenkasse erstattet.

Nur im Falle eines neuen Leidens, also bei Auftreten einer anderen Krankheit, die unabhängig von der ersten Erkrankung aufgetreten ist, erfolgt die Rückzahlung wiederum für 18 Sitzungen zum Normaltarif. Hierzu muss allerdings der Kinesitherapeut vor der Behandlung einen Antrag beim Vertrauensarzt der Krankenkasse einreichen. Jährlich kann der Vertrauensarzt zweimal 18 zusätzliche Behandlungen pro Neuerkrankung genehmigen. In einem Kalenderjahr, also zwischen dem 1. Januar und dem 31. Dezember, können demnach bis zu 54 Sitzungen zum Normaltarif erstattet werden.

Funktionelle Erkrankungen

Erkrankungen mit bestimmten schweren funktionellen Einschränkungen erfordern eine weitaus höhere Anzahl an Kinesitherapie-Sitzungen. Für diese Leiden, die in der sogenannten „Liste F“ aufgeführt sind, werden, auf Anfrage des Kinesitherapeuten an den Vertrauensarzt, jährlich höchstens 60 Sitzungen zum Normaltarif erstattet. Sind weitere Sitzungen notwendig, so sind diese zu einer deutlich geringeren Kostenbeteiligung möglich.

Zu den betreffenden Erkrankungen gehören:

- Akute Funktionsstörungen, z.B. orthopädische Beschwerden infolge eines Traumas oder einer Operation. Im Einzelnen sind die hierzu gehörenden Funktionsstörungen innerhalb der „Liste F akut“ (FA) aufgeführt. Ab dem Tag der ersten Leistung können während eines Jahres maximal 60 Sitzungen in Anspruch genommen werden. Nach diesem Jahr wird die Funktionsstörung nicht mehr als akut anerkannt.
- Chronische Funktionsstörungen, wie Polyneuropathien oder Lymphödeme. Im Einzelnen sind die hierzu gehörenden Funktionsstörungen innerhalb der „Liste F chronisch“ (FB) aufgeführt. Für diese Erkrankungen ist während eines Kalenderjahres die Erstattung von höchstens 60 Sitzungen vorgesehen. Die Anfrage ist gültig bis zwei Jahre nach der ersten Leistung und kann auf Anfrage des Kinesitherapeuten erneuert werden.

Schwere Erkrankungen

Zu den „Schweren Erkrankungen“ gehören unter anderem neurologische Störungen, Mukoviszidose, Amputationen, rheumatische Arthritis oder schlimme Verbrennungen. Im Einzelnen sind diese in einer weiteren Liste, der „Liste E“ aufgeführt. Pro Tag kann in der Regel nur eine Sitzung erstattet werden, die Kostenübernahme einer zweiten Behandlung am gleichen Tag ist nur in bestimmten Ausnahmefällen möglich.

Vor Beginn der Behandlung muss der behandelnde Facharzt eine Anfrage an den Vertrauensarzt unserer Krankenkasse richten. Sollte nach Ablauf des genehmigten Zeitraumes eine Fortsetzung der Behandlung notwendig sein, so muss ein Antrag auf Verlängerung an den Vertrauensarzt gestellt werden.

Der Kinesitherapeut verfasst zudem einen Bericht über den Gesundheitszustand des Patienten, der dem verordnenden Arzt zugestellt wird. Dieser Schritt erfolgt mindestens einmal jährlich und nach jeder weiteren Verordnung.

Perinatale Kinesitherapie

Die gesetzliche Krankenversicherung beteiligt sich an maximal neun Sitzungen der perinatalen Kinesitherapie. Diese können während oder nach der Schwangerschaft durchgeführt werden. Perinatale Kinesitherapie dient dazu, die werdende Mutter auf die Geburt vorzubereiten. Nach der Schwangerschaft werden verletzte Muskelpartien wieder aufgebaut, dadurch wird der Hei-

lungsprozess beschleunigt. Erstattet werden neun Behandlungen pro Schwangerschaft. Kinesithera­piesitzungen während eines Krankenhausaufenthaltes werden für diese begrenzte Anzahl nicht berücksichtigt. Im Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt können die Sitzungen auf für die Kostenübernahme durch die Krankenhausversicherung *Hospitalia* berücksichtigt werden.

Erstattungsbedingungen

Die Erstattung einer kinesitherapeutischen Behandlung erfolgt unter bestimmten Voraussetzungen:

Verordnung

Die Krankenkasse erstattet Leistungen der Kinesithera­pie nur, wenn sie von einem Arzt verordnet wurden. Auf dieser Verordnung müssen die Diagnose, die Art der Behandlung sowie die Anzahl der verordneten Sitzungen vermerkt sein. Bei Einverständnis des Arztes darf der Therapeut andere Behandlungsmethoden anwenden als die vom Arzt verordneten. Falls Behandlungsart und -frequenz nicht vermerkt sind, kann der Kinesitherapeut diese selbst bestimmen.

Beginn der Behandlung

Die Behandlung muss innerhalb von zwei Monaten ab der ärztlichen Verordnung oder nach der vom Arzt präzisieren Frist beginnen.

Anzahl der Behandlungen

Die Erstattung der Krankenkasse zum Normaltarif beschränkt sich auf eine bestimmte Anzahl an Sitzungen jährlich – entweder pro Kalenderjahr (1. Januar bis 31. Dezember) oder pro Behandlungsjahr (ein Jahr ab der ersten Behandlung).

- Gängige Erkrankungen: 18 Sitzungen
- Funktionelle Erkrankungen: 60 Sitzungen
- Schwere Erkrankungen: eine Sitzung pro Tag
- Perinatale Kinesithera­pie: neun Sitzungen pro Schwangerschaft

Genehmigung des Vertrauensarztes

Die Erstattung verschiedener Leistungen ist nur nach vorheriger Genehmigung des Vertrauensarztes möglich:

- die Behandlung einer schweren Erkrankung (Liste E);
- die Behandlung einer funktionellen Erkrankung der Liste F (als „Mitteilung“);
- wenn nach zwei Jahren eine Verlängerung der Behandlung für eine chronische funktionelle Erkrankung notwendig ist (Liste F“B”);
- wenn im Laufe eines Jahres nach der ersten Behandlung eine zweite Erkrankung auftritt.

Nicht erstattbare Leistungen

Für bestimmte Leistungen ist keine Kostenbeteiligung der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehen, selbst wenn sie durch einen anerkannten Kinesitherapeu­ten durchgeführt werden. Dazu gehören:



- Akupunktur, Fußreflexzonenmassage;
- Leistungen ästhetischer oder hygienischer Art (Fitness, Sauna, Solarium);
- Vorbereitung und Begleitung sportlicher Aktivitäten.

Behandlungen, die beim Patienten zu Hause durchgeführt werden, dürfen nur dann berechnet und erstattet werden, wenn der Arzt auf der Verordnung ausdrücklich vermerkt hat, dass der Patient seinen Wohnsitz aus medizinischen oder sozialen Gründen nicht verlassen kann.

Erfolgt die Behandlung durch einen Kinesitherapeu­ten, der dem Kassenabkommen nicht beigetreten ist, so verringert die Krankenkasse die Kostenbeteiligung um etwa 25 Prozent, außer für Versicherte mit Anrecht auf den Vorzugstarif (Rentner, Witwer, Langzeitarbeitslose, ...).

Geläufige Pflegeleistungen

| Leistung | Kodenummer | Honorar | Erstattung (*) Normalversicherte | Erstattung (*) Vorzugstarif |
|--|------------|--------------------------|----------------------------------|-----------------------------|
| Einzelsitzung (30 min) bis 18. Sitzung in der Praxis | 560011 | 22,26 € | 16,37 € | 19,87 € |
| Einzelsitzung (30 min) 19. Sitzung in der Praxis | 560055 | Kein offizielles Honorar | 7,40 € | 9,39 € |
| Einzelsitzung (30 min) in der Praxis – Liste F | 563010 | 22,26 € | 16,78 € | 20,14 € |
| Einzelsitzung (30 min) in der Praxis – Liste E | 560652 | 22,26 € | 17,90 € | 20,59 € |
| Konsultative Untersuchung | 560092 | 22,26 € | 15,20 € | 19,29 € |
| Leistung am Wohnsitz des Patienten | 560313 | 22,65 € | 15,50 € | 19,59 € |
| Leistung im Altenheim | 560571 | 13,23 € | 8,30 € | 10,80 € |
| Perinatale Kinesithera­pie | 561595 | 22,26 € | 15,20 € | 19,29 € |

(*) Diese Erstattung gilt für Leistungen eines konventionierten Kinesitherapeuten. Für Kinesitherapeuten ohne Kassenabkommen gilt eine geringere Erstattung.

Dentalia Plus – 5 Vorteile für gesunde Zähne

Gesunde Zähne sind unentbehrlich für das körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden. Die tägliche Zahnpflege, gesunde Nahrung und ein jährlicher Kontrollbesuch beim Zahnarzt, ... dies sind die wichtigsten Faktoren, um Ihren Mund gesund zu halten.

Ein strahlendes Lächeln erfordert gepflegte Zähne. Es ist wichtig, vorbeugend an die Mundgesundheit zu denken. Außerdem können, wie in anderen Bereichen auch, Unfälle oder Erkrankungen auftreten, welche oftmals zu erheblichen finanziellen Ausgaben führen. Die gesetzliche Krankenversicherung interveniert für einige dieser Kosten, aber für eine Reihe von zahnärztlichen Behandlungen ist keine oder nur eine geringe Erstattung vorgesehen: das Ziehen von Zähnen, das Einsetzen von Kronen und Brücken oder für kieferorthopädische Behandlungen.

Eine Mitgliedschaft in der Zahnpflegeversicherung kann Ihnen helfen, diese Kosten zu bewältigen. *Dentalia Plus* ist eine Zahnpflegeversicherung, die Ihnen Anrecht auf eine zusätzliche Erstattung gibt.

Dentalia Plus, ein einfaches Prinzip!

Gegen Zahlung eines monatlichen Beitrags beteiligt sich *Dentalia Plus* an Ihren zahnärztlichen Kosten bis zu einem jährlichen Höchstbetrag: die Erstattung ist im ersten Anschlussjahr begrenzt auf 350 €, im zweiten Anschlussjahr auf 650 € und im dritten Anschlussjahr auf 1.250 € (darunter 1.050 € für kieferorthopädische Leistungen, Parodontologie, Prothesen und Implantate).

Dieser Betrag bleibt in den Folgejahren unverändert, kann aber indexiert werden.

Die verschiedenen Erstattungen von Dentalia Plus

Starke Zahnschmerzen am Wochenende? Eine Zahnspange für Ihr Kind? Das sind Alltagssituationen, die jedem passieren können. Die gesetzliche Krankenversicherung beteiligt sich jedoch nicht an allen zahnmedizinischen Kosten. *Dentalia Plus* hingegen erstattet die Kosten teilweise – in bestimmten Fällen sogar vollständig für nachfolgend aufgeführte zahnärztlichen Behandlungen.

Die Erstattung seitens *Dentalia Plus* bezieht sich auf die realen Kosten, die zu Ihren Lasten berechnet wurden und erfolgt nach der Auszahlung der gesetzlichen Krankenversicherung, einer anderen rechtlichen Intervention oder einer Kostenbeteiligung im Rahmen eines anderen Vertragsabschlusses.

1. Vorsorgende Zahnpflege

Die vorsorgende Pflege zielt darauf ab, mögliche Zahnprobleme zu erkennen, bevor diese schlimmer werden. Der Zahnarzt kann zum Beispiel bei einer Munduntersuchung das Risiko von Karies und Zahnfleischerkrankungen feststellen und falls erforderlich eine angemessene Pflege vorschlagen.

Vorteil von Dentalia Plus

Dentalia Plus erstattet 100 % des gesetzlichen Eigenanteils für:

- Munduntersuchung
- parodontale Untersuchung (DPSI-Test)
- Zahnsteinentfernung
- prophylaktische Reinigung
- Versiegelung von Rissen und Löchern
- Konsultationen

2. Heilende Zahnpflege

Dabei kann es sich um dringende oder nicht dringende Behandlungen zur Verbesserung der Mundgesundheit handeln, z.B. Zähneziehen, kleine Operationen im Mundbereich, ...

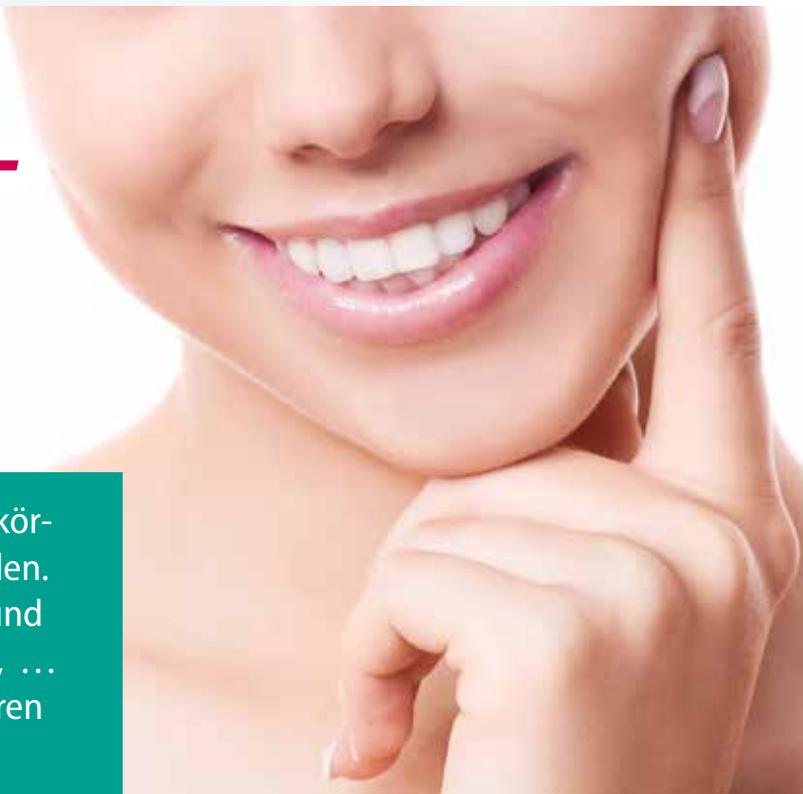
Vorteil von Dentalia Plus

Je nachdem, welche vorbeugenden Untersuchungen Sie in den vergangenen Jahren hatten, erstattet *Dentalia Plus* entweder 50 % oder 80 % des gesetzlichen Eigenanteils für:

- Zähneziehen
- zahnerhaltende Maßnahmen
- Röntgen von Zähnen
- kleine Kieferchirurgie
- Zuschläge für dringende technische Leistungen

3. Parodontologie

Parodontologie bezieht sich auf Erkrankungen oder Leiden des Zahnfleisches, der Bänder und der Zahnhöhlen.



Vorteil von Dentalia Plus

Je nachdem, welche vorbeugenden Untersuchungen Sie in den vergangenen Jahren hatten, erstattet *Dentalia Plus* entweder 50 % oder 80 % des gesetzlichen Eigenanteils.

4. Zahnprothesen und Implantate

Unter Zahnprothesen und Implantaten versteht man Hilfsmittel, die verwendet werden, um einen oder mehrere Zähne zu ersetzen.

Vorteil von Dentalia Plus

Je nachdem, welche vorbeugenden Untersuchungen Sie in den vergangenen Jahren hatten, erstattet *Dentalia Plus* entweder 50 % oder 80 % des gesetzlichen Eigenanteils.

5. Kieferorthopädie

Die Kieferorthopädie befasst sich mit der Korrektur von Zahnfehlstellungen. Eine kieferorthopädische Behandlung wird Kindern oft empfohlen und kann Probleme wie vorstehende oder überlappende Zähne sowie Fehlstellungen des Kiefers korrigieren.

Vorteil von Dentalia Plus

Dentalia Plus erstattet für Kieferorthopädie 60 % der Kosten.

| Anschlussjahr | Höchstgrenze pro Person |
|--|-------------------------|
| Die jährliche Höchstgrenze beginnt jeweils am Jahresdatum des Vertragsabschlusses und nicht am 1. Januar des Kalenderjahres. | |
| 1. Anschlussjahr | 350 € |
| 2. Anschlussjahr | 650 € |
| ab dem 3. Anschlussjahr | 1.250 € |

In der Praxis:

Ein Anschluss an *Dentalia Plus* ist möglich...

- wenn Sie bei der Freien Krankenkasse für die gesetzliche Krankenversicherung und die *Zusätzlichen Dienste* eingetragen sind.
- wenn Sie zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Mitgliedschaft in *Dentalia Plus* nicht älter als 64 Jahre sind.

Wartezeiten in Dentalia Plus

- Für die vorbeugende und heilende Zahnpflege sowie für Parodontologie beträgt die Wartezeit 6 Monate. Erst im Anschluss daran haben Sie Anrecht auf Erstattungen seitens *Dentalia Plus*.
- Für Prothesen, Implantate und kieferorthopädische Behandlungen ist eine Wartezeit von 12 Monaten vorgesehen.
- Die Wartezeit kann aufgehoben werden bei Unfall (auf Basis einer Erklärung), insofern sich der Unfall erst nach dem Anschluss an *Dentalia Plus* ereignet hat.

Mit Dentalia Plus nicht nur in Belgien versichert

Falls Sie Grenzgänger sind oder falls Sie eine Behandlung in einem unserer Nachbarländer geplant haben, können Sie sich auf Ihre *Dentalia Plus* berufen. Eine Erstattung ist sowohl möglich, wenn Sie sich von einem lizenzierten Zahnarzt in Belgien behandeln lassen als auch in einem unserer angrenzenden Nachbarländer (Deutschland, Frankreich, Großherzogtum Luxemburg und die Niederlande).

Wie können Sie die höchstmögliche Erstattung erhalten?

Um eine Erstattung in Höhe von 80 % seitens *Dentalia Plus* zu erhalten (anstelle von 50 %), muss Ihnen im Vorjahr eine Leistung für Zahnpflege erstattet worden sein. Die Mitgliedschaft beginnt am ersten Tag des Monats nach dem Eingang Ihres Antrags auf Mitgliedschaft und nach Zahlung des ersten Beitrages.

Neugeborene und Adoptivkinder (unter 3 Jahre) von bereits angeschlossenen Mitgliedern werden automatisch ohne Wartezeit aufgenommen.

Erstattungshöchstgrenzen

Die jährliche Höchstgrenze für die Erstattung steigt innerhalb von drei Jahren: nach drei Jahren können Sie eine jährliche Erstattung bis zu 1.250 € erhalten, von denen 1.050 € für die Gesamtheit aller Leistungen für Parodontologie, für kieferorthopädische Behandlungen sowie für Prothesen und Implantate vorgesehen ist. Die übrigen 200 € können für vorbeugende und heilende Zahnpflege erstattet werden. ■

| Beiträge und Höchstgrenzen der Erstattung | | | | |
|---|------------------------------|---|------------------------|------------------------|
| Alter | Normale Beiträge (pro Monat) | Erhöhte Beiträge | | |
| | | Alter zum Zeitpunkt der Eintragung | | |
| | | Diese gelten nur, falls Sie sich der <i>Dentalia Plus</i> nach dem Alter von 40 Jahren angeschlossen haben. | | |
| | | 40 bis 45 Jahre + 35 % | 45 bis 59 Jahre + 50 % | 60 bis 64 Jahre + 70 % |
| 0 bis 3 Jahre | Kostenlos | | | |
| 4 bis 6 Jahre | 3,03 € | | | |
| 7 bis 17 Jahre | 5,88 € | | | |
| 18 bis 29 Jahre | 6,72 € | | | |
| 30 bis 44 Jahre | 9,12 € | 12,31 € | | |
| 45 bis 59 Jahre | 12,85 € | 17,34 € | 19,27 € | |
| 60 Jahre und älter | 13,74 € | 18,55 € | 20,61 € | 23,36 € |

Versicherungsvertreter Nr. AfK 5004c für die VaG „MLOZ Insurance“, anerkannt vom Aufsichtsamt für die Krankenkassen und für die Landesbünde der Krankenkassen – 1210 Brüssel - Avenue de l’Astronomie 1 – unter der Kodenummer AfK 750/01 für die Zweige 2 und 18.
Gesellschaftssitz: 1070 Brüssel - Route de Lennik 788A – Unternehmensnummer: 422.189.629

Wenn ein Grenzgänger krank wird ...



Zahlreiche Arbeitnehmer sind im benachbarten Ausland beschäftigt. Als sogenannte Grenzgänger können sie und ihre mitversicherten Familienmitglieder in zwei Ländern medizinische Versorgung beanspruchen.

Als Grenzgänger werden Arbeitnehmer bezeichnet, die in einem EU-Land arbeiten, jedoch in einem anderen Mitgliedsstaat wohnen und mindestens einmal wöchentlich an ihren dortigen Wohnsitz zurückkehren.

Eintragung bei der Krankenkasse

Grenzgänger sind stets in ihrem Beschäftigungsland krankenversichert. Zu diesem Zweck müssen sie sich dort bei einer gesetzlichen Krankenkasse eintragen. Diese stellt dann eine Bescheinigung für die Krankenkasse des Wohnlandes aus, die dem Grenzgänger und seinen mitversicherten Personen auch im Wohnland die Erstattung der Kosten für Gesundheitspflege, den sogenannten Sachleistungen, ermöglicht.

Anders verhält es sich bei den Geldleistungen: Bei Arbeitsunfähigkeit ist immer die

Krankenkasse des Beschäftigungslandes für die Zahlung von Krankengeld zuständig. Die Kasse prüft, ob der Arbeitnehmer Anrecht hat auf ein Ersatzinkommen für seinen Lohnausfall. Für Grenzgänger gelten daher spezielle Regelungen bezüglich der Abgabe der Krankmeldung und der Vorladung durch den Vertrauensarzt.

Erstattung der Gesundheitspflege

Für medizinische Kosten sind Grenzgänger also in zwei Ländern versichert, wobei die Kosten jeweils in dem Land erstattet werden, in dem sie entstehen. Ob eine Behandlungsbescheinigung bei der Krankenkasse des Beschäftigungs- oder des Wohnlandes einzureichen ist, hängt also davon ab, in welchem Land man den Arzt aufgesucht hat.

Die Höhe der Erstattung richtet sich stets nach den gesetzlichen Bestimmungen und Tarifen des betreffenden Landes.

Zusätzliche Erstattung in Luxemburg

Eine Ausnahme bildet das belgisch-luxemburgische Abkommen. Die belgische Krankenkasse meldet der luxemburgischen Kasse die in Belgien vorgenommenen Erstattungen. Die luxemburgische Kranken-



kasse nimmt daraufhin eine zusätzliche Erstattung an das Mitglied vor, falls laut dem dortigen Erstattungstarif eine höhere Rückzahlung vorgesehen ist. Dies ist sehr oft der Fall.

Auch Pflegeleistungen, für die in Belgien keine, wohl aber in Luxemburg eine Kostenbeteiligung vorgesehen ist, können eventuell durch die luxemburgische Krankenkasse erstattet werden. Anhand der eingereichten Belege prüfen wir die Möglichkeit einer Erstattung und leiten die erforderlichen Dokumente an die luxemburgische Krankenkasse weiter.

Dies gilt ebenfalls für den Eigenanteil an Medikamenten, die in einer belgischen Apotheke gekauft werden. Auf Anfrage wird der Apotheker das Formular CBL ausstellen, welches wir zwecks Erstattung an die luxemburgische Krankenkasse senden.

Arbeiten in Belgien

Grenzgänger, die in Belgien arbeiten und in einem anderen Land wohnen, müssen bei Arbeitsunfähigkeit zwei Krankmeldungen abgeben:

Die erste ist für den Arbeitgeber bestimmt und muss innerhalb der im Betrieb vorgegebenen Frist (meist ein oder zwei Tage) abgegeben werden.

Überschreitet die Arbeitsunfähigkeit die Zeit der garantierten Lohnfortzahlung (14 Tage für Arbeiter, 30 Tage für Angestellte), so muss die zweite Krankmeldung noch vor Ablauf dieser Frist per Post an die bel-

gische Krankenkasse gesendet werden. Arbeiter müssen die erste Krankmeldung innerhalb von 14 Tagen einreichen, Angestellte innerhalb von 28 Tagen.

Auf der Krankmeldung müssen das Anfangsdatum, das voraussichtliche Enddatum sowie die Diagnose vermerkt sein. Auch die Atteste für Verlängerungen einer Krankheitsperiode müssen bei der Krankenkasse abgegeben werden.

Dauert die Arbeitsunfähigkeit nicht länger als die Periode der garantierten Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber, so benötigt die belgische Krankenkasse keine Krankmeldung.

Wer in den Niederlanden lebt, kann seine Arbeitsunfähigkeit telefonisch unter 0031 088 898 20 01 melden. Die niederländische Krankenkasse wird die belgische Krankenkasse über die Arbeitsunfähigkeit informieren.

Grenzgänger, die in einem anderen EU-Land leben, in dem kein ärztliches Attest ausgestellt wird, können sich an den Vertrauensarzt der Krankenkasse des Wohnlandes wenden. Dieser wird nach eingehender Untersuchung eine Krankmeldung ausstellen, die der Grenzgänger bei der belgischen Krankenkasse einreichen kann.

Arbeiten im Ausland

Wer in Belgien wohnt und im Ausland arbeitet, muss das ärztliche Attest beim Arbeitgeber und bei der ausländischen Krankenkasse einreichen.

In Luxemburg und in Deutschland muss die Krankmeldung innerhalb von 3 Tagen eingereicht werden. In Frankreich beträgt die Abgabefrist 48 Stunden. Die luxemburgische Krankenkasse verlangt bei jeder Arbeitsunfähigkeit eine Krankmeldung, selbst wenn die Krankheitsdauer die Zeit der garantierten Lohnfortzahlung nicht überschreitet.

Über die Regelungen der übrigen EU-Länder können die Krankenkassen des jeweiligen Landes nähere Auskunft erteilen.

Vertrauensarzt

Während der Arbeitsunfähigkeit kann die arbeitsunfähige Person vom Vertrauensarzt der zuständigen Krankenkasse (Krankenkasse des Arbeitslandes) vorgeladen

werden. Dies geschieht immer schriftlich. Die Wahrnehmung des Untersuchungstermins ist Pflicht, es sei denn, die Arbeit wurde inzwischen wieder aufgenommen. Wer nicht zum vorgegebenen Termin erscheint, muss unter Umständen mit Sanktionen rechnen.

Die Vorladung erfolgt normalerweise im Wohnland. Nach Erhalt der Krankmeldung beantragt die Krankenkasse des Arbeitslandes bei der Krankenkasse des Wohnlandes die Vorladung bei einem Vertrauensarzt. Die Krankenkasse des Wohnlandes bestimmt daraufhin einen Arzt, der den Arbeitsunfähigen untersucht und ein Gutachten erstellt. Das Gutachten wird an den Vertrauensarzt des Arbeitslandes übermittelt. Dieser entscheidet dann über die Situation des Arbeitnehmers. Die Kosten für die Untersuchung trägt die Krankenkasse des Beschäftigungslandes. Diese ganze Prozedur ist jedoch zeitaufwändig und kann daher auch zu einer Verzögerung der Krankengeldzahlungen führen.

In Belgien arbeitende Grenzgänger, deren Wohnsitz nicht weit vom Arbeitsplatz oder von der belgischen Krankenkasse entfernt ist, können daher beantragen, direkt vom belgischen Vertrauensarzt untersucht zu werden. Somit kann die Krankengeldzahlung schneller in die Wege geleitet werden, denn der Vertrauensarzt kann direkt eine Entscheidung treffen und muss nicht auf den Bericht eines Kollegen aus dem Ausland warten. Aus diesem Grund senden wir unseren Mitgliedern bei Arbeitsunfähigkeit, neben den allgemeinen Informationen und Auskunftsblättern, ebenfalls einen Vordruck zu, mit dem ausdrücklich die Vorladung in Belgien beantragt werden kann.

Und Selbstständige?

Für Selbstständige, die bei einer belgischen Sozialversicherungskasse eingeschlossen sind und im Ausland wohnen, gelten die gleichen Regelungen. Die Krankmeldung muss jedoch innerhalb einer Frist von 14 Tagen eingereicht werden. Wer für seine selbstständige Tätigkeit im Ausland angemeldet ist und in Belgien wohnt, sollte sich bei der ausländischen Krankenkasse über die dortigen Regelungen informieren. ■



Cholesterin –

Stau in den Adern

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind in Belgien Todesursache Nummer eins. Verursacht werden die gesundheitlichen Probleme oft durch einen langfristig erhöhten Cholesterinspiegel. Überschüssiges Cholesterin heftet sich an die Wände der Blutgefäße und verstopft diese allmählich. Eine gesunde Lebensweise und ausgewogene Ernährung können dem Phänomen jedoch vorbeugen.

Cholesterin ist ein lebenswichtiger Stoff. Der menschliche Organismus benötigt ihn für zahlreiche Vorgänge, z.B. für den Aufbau der Zellmembranen sowie bei der Produktion von Gallensäure, Vitamin D und bestimmter Hormone.

Der Körper bezieht Cholesterin aus der Nahrung, stellt es aber auch selbst in der Leber her – im Normalfall etwa 1 bis 2 Gramm täglich. Diese Menge ist selbst bei einer cholesterinfreien Ernährung ausreichend.

HDL- und LDL-Cholesterin

Cholesterin ist ein fettähnlicher Stoff, der auf Wasser schwimmen würde. Unser Blut besteht allerdings vorwiegend aus Wasser. Damit das Cholesterin dennoch vom Blut in alle Körperregionen verteilt werden kann, muss es von so genannten Lipoproteinen umhüllt werden. Diese Verbindungen aus Fetten und Eiweißstoffen sind für den Transport des Cholesterins also unerlässlich. Eine wesentliche Rolle spielen dabei das LDL (Low Density Lipoprotein) und das HDL (High Density Lipoprotein).

Das LDL befördert das Cholesterin über die Blutbahn zu den unterschiedlichen Körpergeweben und Organen, die es dort verwerten. Ist viel Cholesterin im Körper vorhanden, so kommt es vor, dass sich das in LDL verpackte Cholesterin an den Wänden der Blutgefäße absetzt. Allmählich kommt es dadurch zu einer Verengung bzw. Verstopfung der Gefäße (Arteriosklerose). Wird der Blutfluss aufgrund dessen zu stark beeinträchtigt, kann dies zu einer Angina Pectoris, einem Herzinfarkt oder einem Schlaganfall führen. Günstig ist es also, wenn der Wert des LDL-Cholesterins im Blut möglichst gering ist.

Das HDL bringt das vom Körper nicht genutzte Cholesterin zurück zur Leber. Von dort aus wird es ausgeschieden. Da die HDL auch überschüssiges Cholesterin aus den Blutgefäßen aufnehmen, gilt es als „gutes“ Cholesterin, das einer Verengung der Arterien vorbeugt. Ein hoher HDL-Wert ist demnach positiv.

Erhöhte Cholesterinwerte

Überhöhte Cholesterinwerte, in der Fachsprache als Hypercholesterinämie bezeichnet, haben zahlreiche Auswirkungen auf den Organismus. Besonders häufig führen sie zu Herz- und Gefäßerkrankungen.

Arteriosklerose

Mit zunehmendem Alter wird der Blutfluss durch Ablagerungen – so genannte Plaques – auf den Wänden der Blutgefäße immer stärker behindert. Überschüssiges Cholesterin wird vom Körpergewebe nicht aufgenommen, bleibt im Blut und heftet sich nach und nach an die Innenwände der Blutgefäße. Diesen Prozess bezeichnet man als Arterienverkalkung oder Arteriosklerose. Werden die Arterien durch Plaques sehr stark verengt, so können die betroffenen Organe nicht mehr ausreichend mit Blut und Nährstoffen versorgt werden und sind folglich in ihrer Funktion gestört.

Thrombosen und Embolien

Eine Thrombose ist ein Blutgerinnsel, das ein Gefäß verstopft. Besonders gefährlich sind Thrombosen in der Nähe des Herzens, da sie einen Herzinfarkt auslösen können. Wandert das Gerinnsel mit dem Blutstrom und verschließt ein Gefäß an anderer Stelle, so bezeichnet man es als Embolie.

Koronare Herzkrankheit

Auslöser der koronaren Herzkrankheit ist eine starke Verengung der Herzkranzgefäße durch Cholesterin- und Kalkablagerungen oder durch eine Funktionsstörung. Infolgedessen kann der Herzmuskel nicht mehr ausreichend mit Blut versorgt werden und es kommt zu einer Herzschwäche oder einem Herzinfarkt.



Angina Pectoris

Eine verminderte Durchblutung der Herzregion führt häufig zu einer Angina Pectoris. Bei Anstrengung äußert sich dieses Krankheitsbild durch Schmerzen und Beklemmung in der Brust. Mitunter können die Schmerzen in Kopf, Bauch, Rücken, Schulter und Arme ausstrahlen.

Herzinfarkt

Die Verstopfung einer Koronararterie hat oft schlimme Folgen. Die Herzregion, die durch dieses Gefäß durchblutet wird, erhält keinen Sauerstoff mehr und stirbt ab. Folglich wird die Funktion des Herzens beeinträchtigt. Das Risiko eines Herzinfarkts steigt mit der Größe des betroffenen Bereichs.

Schlaganfall

Das Gehirn ist ein empfindliches Organ und daher auf eine gute Durchblutung besonders angewiesen. Hat sich Cholesterin in den Arterien zum Gehirn abgelagert, ist diese jedoch nicht mehr gewährleistet. Die ersten Anzeichen einer Gefäßverengung in Gehirnnähe sind Vergesslichkeit, Schwindel und Ohnmacht. Starke Ablagerungen haben häufig einen Schlaganfall zur Folge. Wird der betroffene Bereich des Gehirns nicht mehr mit Blut versorgt, so stirbt er schon nach 3 bis 5 Minuten ab. Je nach Schwere des Schlaganfalls kann dies zu bleibenden Schäden oder sogar zum Tod führen.

Arterielle Verschlusskrankheit (Schaufensterkrankheit)

Von Cholesterin-Ablagerungen sind auch die Beinarterien häufig betroffen. Die Muskeln können in diesem Fall nicht mehr ausreichend mit Sauerstoff versorgt werden, was sich durch Schmerzen beim Gehen bemerkbar macht. Weitere Symptome der arteriellen Verschlusskrankheit sind Geschwüre, Verfärbungen und fehlender Puls an den Füßen.

Da die Betroffenen selbst bei kurzen Gehstrecken immer wieder stehen bleiben müssen bis der Schmerz vorüber ist – und dabei zum Beispiel die Auslagen eines Geschäfts ansehen – bezeichnet man das Leiden landläufig als Schaufensterkrankheit.

Ursachen für erhöhte Cholesterinwerte

In vielen Fällen ist ein hoher Cholesterinspiegel auf eine unausgewogene Ernährung zurückzuführen. Im Allgemeinen ernähren wir uns sehr fettreich. In Fertiggerichten, Gebäck oder Knabberereien sind beispielsweise viele tierische Fette versteckt, die den Cholesterinspiegel steigen lassen.

Bewegungsmangel und Übergewicht spielen ebenfalls eine wichtige Rolle, denn sie hemmen den Abbau des Cholesterins. Auch das Rauchen steigert das Risiko für Ablagerungen an den Gefäßwänden erheblich. Das eingeatmete Kohlenmonoxid heftet sich an die roten Blutkörperchen



und verringert die Sauerstoffversorgung im Körper. Infolgedessen kann sich das LDL-Cholesterin leichter an die Wände der Arterien heften. Gleichzeitig senkt der Zigarettenkonsum die Menge des guten HDL-Cholesterins, welches für den Abtransport des LDL verantwortlich ist.

Bei der sogenannten familiären Hypercholesterinämie hingegen sind es die Gene, welche Auslöser des erhöhten Cholesterinspiegels sind, nicht der Lebensstil. Etwa bei jedem 500. Menschen sorgt ein Defekt im Erbgut für eine beeinträchtigte Verarbeitung des Cholesterins.

Doch auch verschiedene Vorerkrankungen (Diabetes, Störungen der Schilddrüsenfunktion, Leberprobleme, ...) können die Ursache sein für erhöhte Cholesterinwerte, ebenso kann die Einnahme bestimmter Medikamente dazu führen.

Normalwerte

Die Cholesterinwerte werden anhand einer Blutuntersuchung bestimmt. Wird dabei ein erhöhter Cholesterinspiegel festgestellt, so spricht man von einer Hypercholesterinämie.

Bei der Betrachtung der Cholesterinwerte sollte zwischen dem „schlechten“ LDL und dem „guten“ HDL unterschieden werden.

Richtwerte für Erwachsene

Gesamt-Cholesterin < 190 mg/dl
LDL < 115 mg/dl
HDL > 40 mg/dl bei Männern und > 48 mg/dl bei Frauen

Diabetiker und Patienten, bei denen schon eine koronare Herzkrankheit diagnostiziert wurde, sollten ihre Werte unter 175 mg/dl (Gesamt-Cholesterin) bzw. unter 100 mg/dl (LDL-Cholesterin) halten.

Behandlung

Insofern der erhöhte Cholesterinspiegel nicht die Folge eines anderen Leidens ist oder durch Vererbung entstanden ist, so bestehen die ersten Ansätze der Behandlung in der Veränderung der Lebensgewohnheiten. Eine Anpassung der Ernährung und mehr Bewegung führen in vielen Fällen zu einer Normalisierung der Blutfettwerte.

Ernährung

Wer seinen Cholesterinspiegel durch gesünderes Essen senken möchte, muss an erster Stelle den Anteil des Cholesterins in der Nahrung sowie die Gesamtmenge des aufgenommenen Fettes verringern. Beide sind beispielsweise in großen Mengen in

tierischen Erzeugnissen enthalten, deshalb sollten diese möglichst durch pflanzliche Alternativen ersetzt werden. Dabei sind unbedingt auch die versteckten Fette zu beachten, die sich in Backwaren, Käse, Knabberereien, Fertiggerichten und im Fleisch befinden.

Lebensmittel mit einem hohen Cholesteringehalt:

- Butter
- Schmalz
- Fetthaltiges Fleisch, fetter Aufschnitt, Innereien
- Eigelb
- Sahne
- Vollmilcherzeugnisse

Gesündere Alternativen:

- Pflanzenöl (Oliven-, Maiskeim-, Rapsöl, ...)
- Sojaprodukte
- Magerer Aufschnitt (Geflügel, Braten, ...)
- Mageres Fleisch (Geflügel, die mageren Stücke vom Rind, ...)
- Magermilchprodukte
- Fisch (nicht paniert)
- Obst und Gemüse
- Vollkornprodukte

Ernährungsberatung

Bei Fragen rund um eine cholesterinbewusste Ernährung kann der Besuch bei einem Ernährungsberater hilfreich sein.

Für anerkannte Ernährungsberater übernehmen wir eine Erstattung des Honorars durch unsere *Zusätzlichen Dienste*. Für Einzelberatungen erhalten Sie 20 € für die erste Beratung sowie 10 € für die folgenden Sitzungen.

Falls der Ernährungsberater einen vollständigen Behandlungsplan, bestehend aus sieben Sitzungen, erstellt, so übernehmen wir für die erste Beratung 40 €, für die sechs weiteren Behandlungen jeweils 15 €. Insgesamt beträgt unsere Erstattung somit 130 €.

Bewegung

Regelmäßige Bewegung wirkt sich positiv auf den Cholesterinspiegel aus. Bei körperlicher Betätigung wird nämlich Fett verbrannt und auch das Cholesterin wird somit besser verarbeitet.

Sport bringt den Fettstoffwechsel auf Trab. Der Anteil des LDL-Cholesterins sinkt bei regelmäßiger Bewegung, die Werte des „guten“ HDL-Cholesterins hingegen steigen an. Zum Verbrennen der Körperfette eignen sich besonders Ausdauersportarten wie Wandern, (Nordic-)Walking, Schwimmen, Radfahren oder Joggen.

Menschen mit Herz-Kreislauf-Beschwerden sollten vor der Aufnahme einer sportlichen Aktivität jedoch unbedingt Rücksprache mit ihrem Arzt nehmen.

Ein gewisses Maß an Bewegung kann jeder ohne größere Anstrengung in seinen Alltag integrieren. Die positiven Auswirkungen machen sich nicht nur beim Sport bemerkbar. Schon ein täglicher Spaziergang, eine lockere Fahrradtour oder etwas Hausarbeit haben positive Effekte.

Erwachsene sollten ihren Körper täglich mit 30 Minuten mäßiger Bewegung fit halten, Jugendliche eine volle Stunde pro Tag. Die Bewegung muss nicht unbedingt ohne Unterbrechung erfolgen. Mehrere kleine Einheiten über den Tag verteilt haben den gleichen Effekt; auch Arbeiten in Haus und Garten sowie Treppensteigen wirken sich positiv aus.

Medikamente

Wenn der Cholesterinspiegel trotz einer ausgewogenen Ernährung und eines gesunden Lebensstils weiterhin erhöht bleibt, sollten Medikamente eingesetzt werden, um die Werte auf ihren Normalstand zu bringen. Diese schützen die Gefäße vor Ablagerungen und beugen so Schlaganfällen und Herzinfarkten vor. Allerdings sind die Arzneimittel nur zur Ergänzung gedacht – auf eine gesunde Ernährung und regelmäßige Bewegung muss weiterhin geachtet werden.

Die Medikamente verhindern die Bildung des Cholesterins, indem sie in der Leber



ein dazu benötigtes Enzym blockieren. Der Körper produziert also kein neues Cholesterin mehr, und um den Organismus ausreichend zu versorgen, muss Cholesterin verwendet werden, das sich schon im Blut befindet. Die LDL-Konzentration im Blut sinkt, die HDL-Werte hingegen erhöhen sich und die Gefäßverengung wird somit gestoppt.

Arzneimittel dieser Art werden auch als CSE-Hemmer (Cholesterin-Synthese-Enzym-Hemmer) bezeichnet.

Cholesterinsenkende Medikamente müssen regelmäßig und langfristig einge-

nommen werden. Nach Absetzung des Arzneimittels steigen die Cholesterinwerte meist wieder an. In jedem Fall sollten die Ratschläge des Arztes befolgt werden. ■



Broschüre

Gesund durch ausgewogene Ernährung

Es ist nicht immer einfach, sich gesund und ausgewogen zu ernähren. In Verbindung mit Stress, Schlafmangel oder zu wenig Bewegung kann eine fett- und zuckerhaltige Ernährung langfristig zu ernststen Gesundheitsproblemen führen. Schon in früher Kindheit sollte daher auf eine ausgewogene Ernährung und regelmäßige Bewegung geachtet werden. Dies beugt nicht nur zahlreichen Beschwerden vor, sondern steigert zudem Vitalität und das allgemeine Wohlbefinden.

Diese und andere Broschüren sind in unseren Kontaktstellen erhältlich oder können auf unserer Internetseite heruntergeladen werden: www.freie.be > Freie Krankenkasse > Veröffentlichungen > Broschüren.

Wie (un)gesund ist Zucker wirklich?



Ist die Rede von Zucker, so denkt man auf Anhieb an den Würfelzucker, der die Tasse Kaffee versüßt. Dabei befinden sich große Mengen an Zucker auch in Lebensmitteln, in denen man ihn auf den ersten Blick nicht vermutet. Und: Zucker ist nicht gleich Zucker. Umso schwieriger wird es, den täglichen Konsum zu kontrollieren.

Der übliche Haushaltszucker gehört wie alle Zuckerarten zur Gruppe der Kohlenhydrate. Neben Proteinen, Fetten, Vitaminen und Mineralstoffen sind sie wichtiger Bestandteil einer ausgewogenen Ernährung. Vor allen Dingen versorgen sie unseren Körper mit Energie, die für alle möglichen lebenserhaltenden Maßnahmen wie z.B. Atmung, Herzschlag und Hirntätigkeit benötigt wird. Je nach Anteil der Zuckerbausteine unterscheidet man zwischen Einfachzucker mit nur einzelnen Zuckermolekülen, Zweifachzucker und Mehrfachzucker.

Zuckerarten

Der aus Zuckerrohr oder Zuckerrübe gewonnene Haushaltszucker, wie er in Würfel- oder Kristallzucker vorkommt, besteht zur Hälfte aus Glukose und zur anderen Hälfte aus Fruktose. Glukose, besser bekannt unter dem Namen Traubenzucker, ist einer der wichtigsten Energielieferanten für unsere Zellen, ganz besonders für unser Gehirn. Glukose ist zudem Baustein weiterer natürlicher Zuckerarten, die man z.B. in Milchprodukten, Getreide, Mais, Kartoffeln und in Hülsenfrüchten vorfindet.

Fruktose, auch Fruchtzucker genannt, ist der zweite Bestandteil des Haushaltszuckers. In der Natur ist der Fruchtzucker vorwiegend in Obst, im Honig und in Gemüse zu finden. Er hat eine deutlich höhere Süßkraft als Glukose und lässt sich sehr günstig produzieren. Obendrein wirkt Fruktose geschmacksverstärkend. Dies verleitet die Nahrungsmittelindustrie immer häufiger dazu, hoch dosierte Formen des Fruchtzuckers in Nahrungsmitteln zu verarbeiten, so bspw. in Fertigprodukten und Süßgetränken. Der konzentrierte Zuckerzusatz wird hauptsächlich aus Mais hergestellt und ist somit nicht mit dem natürlichen Zucker im Obst zu vergleichen. Außerdem fehlen die in Früchten zusätzlich vorkommenden Ballast- und Vitalstoffe, die den Stoffwechsel unterstützen.

Verarbeitung im Körper

Unser Körper verarbeitet jede Zuckerart auf unterschiedliche Weise. Glukose ist zur Energiegewinnung in den Zellen unverzichtbar und wird vom Organismus gut verwertet. Mit Hilfe von bestimmten Enzymen spaltet der Magen-Darm-Trakt Glukose aus den aufgenommenen Kohlenhydraten. Je höher der Glukoseanteil ist, desto schneller steigt im Blut der Zuckerwert an.

Dank des Hormons Insulin, das den Blutzuckerspiegel reguliert, gelangt die Glukose durch die Darmwand ins Blut und wird sehr schnell zu allen Körperzellen transportiert. Restmengen werden als Reserve in Muskeln oder in Fettdepots gespeichert. Von der Fruktose hingegen kann nur ein geringer Anteil direkt im Dünndarm verarbeitet werden. Die überschüssige Masse landet im Dickdarm oder lagert später umgewandelt als Fett in der Leber, wo der Körper sie nur sehr langsam oder gar nicht abbauen kann.

Leider steigt nach dem Genuss von Fruchtzucker der Blutzucker- und Insulinspiegel



nur sehr langsam an, dadurch bleibt die Lust auf Süßes selbst nach dem Naschen bestehen. Ebenso hemmt zu viel Fruchtzucker das Hormon Leptin, welches dem Gehirn mitteilen soll, wann die Fettdepots ausreichend gefüllt sind.

Gefahren

Neben Zahnproblemen, wie z.B. Karies, führt ein übermäßiger Verzehr von Zucker zu Übergewicht oder Diabetes. Nehmen wir Kohlenhydrate vermehrt auf, bspw. in Brötchen oder Kuchen, so kann der Körper diese zwar schnell zerlegen, sie enthalten allerdings nur wenige Vitamine und Ballaststoffe. Da sie zudem auch nicht lange sättigen, essen wir zu viel davon. Vor allen Dingen aber hat der Körper Schwierigkeiten, den überflüssigen Zucker aus dem Blut in die Zellen zu schleusen. Der Blutzuckerwert steigt und die Insulinempfindlichkeit sinkt – was wiederum das Risiko für Diabetes erhöht. Auf Dauer schädigt dieser Zustand die Gefäße. Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Störungen des Fettstoffwechsels können hervorgerufen werden. Das Zusammentreffen dieser Risikofaktoren bezeichnet man auch als „Metabolisches Syndrom“. Auf lange Sicht leidet zusätzlich die Leber, die besonders den Überschuss an industrieller Fruktose nicht abbauen kann. Ähnlich wie bei hohem Alkoholkonsum kann eine Fettleber entstehen. Eine erhöhte Zuckerzufuhr überfordert außerdem den Dickdarm. Die Darmflora wird gestört, was



Einige Lebensmittel mit hohem Zuckergehalt

| | Zucker pro 100 g (*) | Würfelzucker (3 g) |
|---------------------|----------------------|--------------------|
| Ananas aus der Dose | ca. 14 g | ca. 4 Stück |
| Fruchtjoghurt | 14 g | 6 Stück |
| Müsli | ca. 20 g | ca. 7 Stück |
| Milchschnitte | 29,5 g | ca. 10 Stück |
| Rotkohl im Glas | 8 g | ca. 3 Stück |
| Tomatenketchup | 27 g | 9 Stück |

| | Zucker pro Glas (250ml)(*) | Würfelzucker (3 g) pro Glas (250 ml) |
|--------------|----------------------------|--------------------------------------|
| Apfelschorle | 15 g | 5 Stück |
| Smoothie | 27,5 g | 9 Stück |
| Cola | 27 g | 9 Stück |
| Eistee | 18 g | 6 Stück |
| Orangensaft | 22 g | ca. 7 Stück |

(*) Durchschnittswerte

Verdauungsprobleme wie Bauchkrämpfe und Durchfall zur Folge hat.

Täglicher Bedarf

Die Weltgesundheitsorganisation rät, am Tag nicht mehr als 25 Gramm Zucker zu sich zu nehmen. Das entspricht etwa sechs Teelöffeln oder acht Stückchen Würfelzucker. Beigefügter Fruchtzucker, wie er bspw. in Fertiglernmitteln und Süßgetränken enthalten ist, sind in dieser Menge bereits einbezogen. Dass Produkte wie Chips, Süßigkeiten oder Limonaden nur in Maßen zu genießen und bestenfalls ganz zu vermeiden sind, scheint einleuchtend. Doch selbst augenscheinlich gesunde Lebensmittel oder solche, die auf der Verpackung als „zuckerfrei“ gekennzeichnet sind, beinhalten andere gezuckerte Zusätze. Dies ist der Fall bei Gemüsekonserven, wie saure Gurken und Rotkohl, bei Frühstücksflocken und Müsli, Fruchtjoghurt und Fruchtsäften oder gar bei Mineralwasser mit Aromazusatz. Auf der Zutatenliste sollte man daher, neben dem Zuckeranteil, Ausschau halten nach den Kennzeichnungen „Fruktose-Sirup“, „Fruktose-Glukose-Sirup“, „Isoglukose“ oder „HFCS“. Hilfreich bei der Kontrolle des Zuckerkonsums kann ebenso der Glykämische Index

(kurz: Glyx) sein, dieser kategorisiert die Lebensmittel, die enthaltene Glukose und deren Auswirkung auf den Blutzuckeranstieg. Entscheidend für den Anstieg des Blutzuckers ist nämlich nicht nur der Kohlenhydratgehalt eines Nahrungsmittels, sondern auch, um welche Art von Kohlenhydrat bzw. Zuckerart es sich handelt. Je niedriger der Wert ist, wie bspw. bei Gemüse und Vollkornprodukten, desto vorteilhafter wirkt sich dies auf eine gesunde Ernährung aus. Heißhungerattacken und eine verstärkte Insulinausschüttung werden hierbei vermieden. Zudem kann eine solche Kost die Blutfettwerte sowie Herz- und Kreislaufwerte günstig beeinflussen. Generell gilt: Nimmt man Kohlenhydrate zu sich, sollten diese überwiegend aus Mehrfachzuckern bestehen, d.h. insbesondere aus stärkehaltigen Nahrungsmitteln wie Kartoffeln und Reis. Der Körper nimmt diese langsamer auf als einfache Zuckerformen, sodass sie ein länger anhaltendes Sättigungsgefühl erzeugen. Ballaststoffhaltige Nahrungsmittel wie Vollkornprodukte sowie Obst und Gemüse sind ebenso empfehlenswert. Selbst wenn bestimmte Früchte eine sehr hohe Menge an Zucker beinhalten, würde ein „Überkonsum“ dieses natürlichen Fruchtzuckers nur in ganz seltenen Fällen zu einer bedenklichen Dosis werden. ■

Das Streben nach Glück

*Wie wichtig ist es, glücklich zu sein? Ist es gar überlebenswichtig?
Und was bedeutet es eigentlich, glücklich zu sein?
Fakt ist: Manche Menschen sind glücklicher als andere.*

Jeder definiert „glücklich sein“ anders. Für manche ist es gleichzustellen mit der eigenen Lebensqualität. Für andere geht es darum, die Lebensumstände zu verbessern, den Sinn des Lebens zu finden oder ständig glückliche Momente zu schaffen. Fachleute raten, nicht nur das Glück an sich zu verfolgen. Genauso wichtig sei es, zu lernen, auch mit Unglück umzugehen.

Was ist Glück?

Glück umfasst zahlreiche Eigenschaften und wird durch sehr viele Faktoren beeinflusst. Zum einen geht es um das äußere Glück: glückliche Umstände erleben, ein günstiges Schicksal haben, also umgangssprachlich ein Glückspilz sein. Dies hat einen direkten, positiven Einfluss auf die zweite Bedeutung: das subjektive Empfinden. Wer glücklich ist, fühlt sich fröhlich und ausgeglichen. Noch glücklicher ist man, wenn ein erfreuliches Ereignis eintritt. Ob als kurzweiliges Gefühl oder als anhaltender Zustand: Die Auslöser für Freude können sich bei jedem anders darstellen. Der eigene Maßstab für Zufriedenheit und Wohlbefinden spielt hierbei eine große Rolle.

Ursachen & Arten

Glück hat viele Gesichter. Für die meisten Menschen spielt dabei die Gemeinschaft eine besonders wichtige Rolle: Liebe, Partnerschaft, Familie und Freundschaft. In enger Verbindung mit anderen Menschen zu stehen und Teil einer Gruppe zu sein, zählt zu einem unserer stärksten Grundbedürfnisse. Zwischenmenschliche Beziehungen zu pflegen und geliebt zu werden, erfüllt uns mit tiefer Zufriedenheit. Einen ähnlich starken Einfluss kann eine intakte Gesundheit auf uns ausüben, insbesondere nach einer überstandenen Erkrankung. Manchmal steckt das Glück aber auch nur im Zufall. Zwar ist das gute Gefühl dabei nicht von Dauer, dennoch freuen wir uns kurzzeitig über den gerade freigewordenen Parkplatz oder eine Münze auf dem Gehweg. Ein weiterer Auslöser liegt im Genießen des Augenblicks: Ein Stück von der Lieblingsschokolade, eine kurze Umarmung oder ein Glas Wein am Abend können glücklich machen. Auch unser Beruf kann uns begeistern. Über sich hinauswachsen und Herausforderungen annehmen stärkt den Selbstwert und gleichermaßen die innere Freude. Selbstverwirklichung gehört somit zu einem glücklichen Leben dazu, besonders

wenn wir dadurch Einfluss auf unsere Lebenssituation nehmen können – ganz nach dem Motto: „Jeder ist seines Glückes Schmied.“ Manche Erfahrungen hinterlassen einen Wow-Effekt und machen uns sprachlos. Auch sie lösen ein Glücksgefühl aus. Wir können sie zwar nicht beeinflussen, dennoch begeistern sie uns. Dazu zählen die Schönheit der Natur und Tiere, spirituelle Erfahrungen und Religiosität, Musik und Kunst, u.v.m.



Fähigkeit zum Glücklich sein

Studien belegen, dass die Fähigkeit zum Glücklich sein nicht jedem im gleichen Maß angeboren ist. Bestimmte genetische Abweichungen beeinflussen die Wahrscheinlichkeit dafür, ob sich jemand mehr oder weniger glücklich fühlt. Dem liegen biologische Abläufe zu Grunde, die die Glücksempfindungen auslösen. Unsere Gefühle, Gedanken und unser körperliches Wohlbefinden werden von sogenannten Glückshormonen und Neurotransmittern ausgelöst. Bei bestimmten Aktivitäten, wie zum Beispiel beim Essen, setzt unser Gehirn diese Botenstoffe frei. So funktionieren Endorphine als körpereigenes Schmerzmittel im Falle von Verletzungen und mindern bei intensivem Sport die Erschöpfungssyndrome. Ebenso lösen sie Euphorie aus und haben Einfluss auf das Hungergefühl. Der Stoff Phenethylamin hinterlässt Glücksgefühle beim Sport, ist aber auch für unser Lustempfinden verantwortlich. Das Hormon Oxytocin ist speziell für die Mutter-Kind-Bindung bekannt und es wirkt zudem angst- und stressmindernd. Zudem schaffen wir es leichter, uns in den anderen einzufühlen. Die entscheidenden Botenstoffe für unsere Stimmung sind jedoch Dopamin und Serotonin. Neben dem Schlaf- und Sexualverhalten beeinflussen sie unsere Mo-

tivation, unseren Aufmerksamkeits- bzw. Entspannungsgrad und vor allen Dingen unsere Lebensfreude. Sie steuern auch teilweise die Durchblutung der inneren Organe und in Verbindung mit Adrenalin senden sie Impulse an die Muskeln.

Doch nicht nur die Gene, sondern auch Kindheitserlebnisse prägen unsere Persönlichkeit und unser Glücksempfinden. So hängt beispielsweise die Fähigkeit zu einer glücklichen Partnerbeziehung oft wesentlich von den Beziehungen in der Herkunftsfamilie ab: Fühlt man sich als Kind sicher aufgehoben, kann man im Erwachsenenalter besser mit Konflikten und Alltagsproblemen umgehen.

Glückstraining

Die gute Nachricht ist: Glück lässt sich trainieren. Auch wenn unsere Zufriedenheit zur Hälfte von der genetischen Veranlagung und den Hormonen bestimmt wird, können wir selbst einen bedeutenden Teil dazu beitragen. Es gibt allerdings kein Geheimrezept zum Glücklich sein, da jeder seine eigenen Wünsche und Bedürfnisse hat. Sich mit anderen zu vergleichen ist sogar kontraproduktiv. Grundsätzlich sollte jedoch das Verhältnis von positiven zu negativen Gefühlen im Tagesdurchschnitt 3 zu 1 sein.

Wer seine Gefühle über einen längeren Zeitraum aufschreibt, erkennt seine persönlichen Quellen des Glücks bzw. Unglücks und deren Auslöser leichter. Häufig sind wir uns der automatischen Abläufe von negativen Gedanken, Ängsten und Bewertungen nicht bewusst, obschon diese unsere Stimmung und allgemeine Zufriedenheit stark beeinflussen. Solche Abläufe zu erkennen, sich ihrer bewusst werden, ist folglich ein erster, wichtiger Schritt. Glücksforscher empfehlen, das optimale Wohlbefinden nicht um jeden Preis anzustreben. Gelingt einem die positive Grundeinstellung nicht auf Anhieb, kann die Suche nach dem Glück sogar sehr unglücklich machen. Auf einer Skala von 1 bis 10 reicht meist schon eine 7 aus. Hierbei



ist es wichtig, sich selbst mit Verständnis zu begegnen und anfängliche Schwierigkeiten zu akzeptieren. Des Weiteren spielt die eigene Einstellung zu den Dingen eine große Rolle.

Das Angebot an Vorträgen und Kursen zur Verbesserung der inneren Ausgeglichenheit ist breitgefächert. So finden eine ganze Reihe von Meditationstechniken großen Zuspruch, wie bspw. Entspannungs- und Atemübungen. Auch ein Ausflug in die Natur oder eine Sporteinheit können den perfekten Ausgleich bieten. In der Gruppe, wie beispielsweise beim Tanz oder beim Fußball, erhöht sich der Spaßfaktor zusätzlich. Ein Achtsamkeitstraining kann zudem die Aufmerksamkeit für unsere unbewussten Gedanken und Gefühle schärfen. Eine weitere, bewährte Methode ist das Führen eines sogenannten Dankbarkeitstagebuchs: Über einen längeren Zeitraum werden darin Dinge und Erfahrungen aufgelistet, für die man dankbar ist. Das kann sowohl etwas Alltägliches als auch etwas Besonderes sein. Mit Hilfe dieser Dankbarkeitsübungen können wir unser Auge, auch nach unglücklichen Ereignissen, wieder für das Schöne und Positive schulen – besonders für die kleinen Dinge im Hier und Jetzt, die uns glücklich machen. ■



Chronischer Schmerz und was man dagegen tun kann

Schmerz ist eine essentielle Reaktion, die uns auf körperliche Beschwerden aufmerksam macht. Wenn der Schmerz jedoch über einen längeren Zeitraum bestehen bleibt, kann er zu dauerhaften gesundheitlichen Problemen führen. Die Rede ist von chronischen Schmerzen. An dieser Erkrankung leiden rund 20 Prozent der Bevölkerung.

Akute und chronische Schmerzen

Das Schmerzempfinden ist eine wichtige Körperfunktion: Der Mensch ist mit unzähligen Schmerzrezeptoren ausgestattet. Nicht nur in der Haut, auch in Muskeln, Gelenken und Organen befinden sich die Sensoren, die uns sofort auf eine Störung des Körpers aufmerksam machen. So schützen wir uns selbst beispielsweise vor schweren Verbrennungen, indem wir der intensiven Wärmeeinwirkung sofort ausweichen. Schmerzen bei anderen Verletzungen und bei Entzündungen weisen uns darauf hin, diese behandeln zu lassen. In solchen und weiteren Situationen spricht man von akutem Schmerz, weil dieser kurzfristig ist und nach erfolgreicher Behandlung wieder abklingt.

Halten die Schmerzen jedoch an, werden sie chronisch und verlieren ihre Alarmfunktion. In diesem Fall entwickeln die Nervenzellen ein Schmerzgedächtnis, d.h. der Körper speichert das Schmerzempfinden.

Schmerzgedächtnis

Bei der Bildung eines Schmerzgedächtnisses verändern sich die Nervenzellen so, dass sie sich für einen bestimmten Schmerz sensibilisieren und schneller Schmerzsignale an das Gehirn gesen-

det werden. Auch wenn die Ursache des Schmerzes behoben wurde, ist das Empfinden weiterhin vorhanden. Die Belastung für die Betroffenen ist oft so groß, dass sie in ihrem Alltag sehr stark eingeschränkt sind. Schon geringe Reize oder gar Berührungen lösen dann erneute Schmerzen aus.

Als „chronisch“ werden Schmerzen gewertet, die trotz einer angemessenen Behandlung nach drei bis sechs Monaten weiterhin bestehen.

Schmerzempfinden

Jeder Mensch reagiert anders auf Schmerz. Für die einen ist ein bestimmter Reiz beinahe unerträglich, während die anderen diesen kaum wahrnehmen. Ähnlich verhält es sich mit dem Schmerzgedächtnis: Manche Menschen speichern bestimmte Schmerzimpulse schneller als andere, somit kann ein und dasselbe Krankheitsbild bei diesen einen chronischen Schmerz auslösen, bei anderen wiederum nicht. Diese Tatsache ist auf die Genetik, die Psyche sowie auf soziale Einflüsse zurückzuführen und erschwert eine Behandlung der Schmerzen enorm.

Das Schmerzempfinden wird demnach auch durch äußere Umstände beeinflusst, wie beispielsweise durch seelische Belas-

tungen oder Angst. Aber auch das Verhalten der Betroffenen kann den Schmerz verstärken, zum Beispiel indem man bei Rückenschmerzen eine Schonhaltung einnimmt und Bewegungen vermeidet. Dies kann zu einer Verhärtung der Muskulatur führen und den Schmerz intensivieren. Im Allgemeinen sollten Schmerzen nicht einfach hingenommen, sondern rechtzeitig behandelt werden, um einem dauerhaften, chronischen Empfinden keine Chance zu lassen.



Chronische Schmerzformen

Folgende Schmerzformen können besonders häufig chronisch werden:

- Kopfschmerzen: z.B. Migräne, Cluster-Kopfschmerz;
- Rückenschmerzen: z.B. nach einem Bandscheibenvorfall;
- Rheumatische Beschwerden: z.B. Arthritis, Fibromyalgie;
- Nervenschmerzen (Neuralgien): z.B. Gürtelrose, Trigeminusneuralgie (Erkrankung der Gesichtsnerven);
- Tumorschmerzen;
- altersbedingte Schmerzen: z.B. bei Osteoporose oder Arthrose;
- Phantomschmerzen: z.B. nach Amputationen.

Behandlung

Viele Betroffene versuchen, ihre Beschwerden durch Schmerzmittel zu lindern – meist reagiert das Schmerzgedächtnis aber nicht auf diese medikamentöse Behandlung. Um die bestmögliche Therapie gegen chronische Schmerzen zu finden, müssen die Beschwerden zunächst analysiert werden: Art und Stärke der Schmerzen, Dauer, vorherige Behandlungen usw. Eine Kombination mehrerer Verfahren ist in der Regel am erfolgreichsten, um das Schmerzgedächtnis zu überschreiben. Die Schmerztherapie wird individuell auf den Patienten abgestimmt und dient dazu, besser mit dem Schmerzempfinden umzugehen. Eine medikamentöse Behandlung ist sehr wichtig, meist wird sie aber mit einem oder mehreren der folgenden Verfahren kombiniert:

Kinesitherapie

Kinesitherapie kommt vor allem bei Problemen mit Knochen, Muskeln, Kreislauf, Herz und Lungen zum Einsatz. Bewegungsübungen, Massagen und weitere Anwendungen verbessern Beweglichkeit und Ausdauer und wirken somit generell positiv auf das Wohlbefinden.



Neurostimulation

Anhand der transkutanen elektrischen Nervenstimulation (TENS) werden die Nerven durch elektronische Impulse gereizt. Dies trägt dazu bei, das körpereigene Schmerzhemmsystem zu aktivieren und die Beschwerden zu lindern.

Psychotherapie

Chronische Schmerzen wirken sich meist deutlich auf die seelische Gesundheit der Betroffenen aus. Ist keine Besserung erkennbar, so entstehen sehr oft Schlafstörungen, Depressionen, Angstzustände, usw. Eine psychotherapeutische Behandlung kann hierbei helfen. Sie umfasst neben Gesprächen auch Entspannungsübungen und Techniken zur Schmerzbewältigung.

Alternative Medizin

Die alternative Medizin umfasst verschiedene Techniken, die vorwiegend durch Stressabbau und Entspannung zu einer Linderung der Beschwerden führen. Dazu zählen Akupunktur, Meditation, Yoga, Reflexzonenmassagen, Homöopathie usw.

Operationen

Durch operative Eingriffe können einerseits Nervenblockaden erzeugt, andererseits Auslöser der Schmerzen behoben werden. Die Hemmung dient dazu, die Schmerzweiterleitung zu unterbinden. Ob eine zeitweilige oder eine dauerhafte Nervenblockade von Vorteil ist, entscheiden Art und Intensität der Schmerzen.

- Eine **temporäre** Blockade wird durch die Injektion von Betäubungs- und Schmerzmitteln in den entsprechenden Nerv kurzfristig erreicht. Soll die Wirkung mehrere Wochen oder Monate anhalten, kann die Schmerzleitung durch

eine Kryoanalgesie (Zerstörung des Nervs durch extreme Kälteeinwirkung) außer Gefecht gesetzt werden.

- Zur **permanenten** Blockade werden die Nerven durch Hitze (Hochfrequenz-Ablation) dauerhaft zerstört. Operationen zur Behebung der Ursache erfolgen bspw. bei Krebserkrankungen oder beim Karpaltunnelsyndrom.

Schmerztagebuch

Um den Schmerz positiv beeinflussen zu können, ist ein Schmerzverständnis von großer Bedeutung. Schmerzen sind nicht nur körperlicher Art, weitere Faktoren wie Verhalten und Psyche spielen ebenfalls eine große Rolle bei dem Empfinden. Betroffene können der Schmerzintensität somit entgegenwirken. In diesem Zusammenhang kann das Erstellen eines Schmerztagebuchs hilfreich sein. Die Dokumentation gibt Auskunft über Art und Stärke der Schmerzen, Zeitpunkt des Auftretens, erhaltene Behandlungen (Medikamente, Therapien) usw. So bekommt der Arzt einen besseren Überblick über den Schmerzverlauf, was die Behandlung unter Umständen erheblich erleichtert. Auch der Betroffene selbst kann anhand dieser Dokumentation sehen, was ihm gut tut und welche Situationen er besser meiden soll. Indem bestimmte Verhaltensmuster angepasst werden, kann die Schmerzintensität verringert werden.

Ebenfalls wirkungsvoll gegen chronische Schmerzen ist ein ausgewogener Lebensstil. Eine gesunde Ernährung, regelmäßige Schlafzeiten, Bewegung und häufige Ruhepausen steigern das Wohlbefinden und können zur Schmerzlinderung beitragen.

Gut versichert auf **Reisen** für dringende **Pflege** im **Ausland**



Freie
Krankenkasse

Zusätzliche Dienste

- Erstattung der Pflegekosten
- Rücktransport nach Belgien
- Hilfszentrale Mediphone Assist