



InSight

SantéSécu

INFORMATIONS DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DU MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Liebe Leserinnen und Leser,

WAS BIETET INSIGHT SANTÉ SÉCU? Zahlen, Fakten, News aus dem Sozial- und Gesundheitsministerium. **WARUM?** Mehr Einblick, mehr Transparenz und bessere Koordinierung. Für Wen? Für alle Akteure des luxemburgischen Gesundheitswesens. **LESERMEINUNGEN ERWÜNSCHT?** Unbedingt, bitte per Kontakt-E-Mail: insight.santesecu@mss.etat.lu

WEITERE WEB-INFORMATIONEN: www.ms.etat.lu · www.mss.public.lu

UN NOUVEAU PAS dans la communication aux patients. **GESUNDHEITSWESEN:** Kein Stopp bei der Weiterentwicklung. **ANKÜNDIGUNG JOURNÉE SANTÉ:** Im Zeichen des Patienten. **DER HAUSARZT ALS LOTSE:** Drei Modelle im Vergleich. **LE LUXEMBOURG** face à la possibilité d'un accident nucléaire. **UNION EUROPÉENNE:** Où en est la sûreté nucléaire? **RENTENSYSYSTEM:** Reform ist nötig. **TERMINHINWEIS:** Europäische Krankenhauskonferenz.

Un nouveau pas dans la communication aux patients

Le Parlement européen et le Conseil se sont accordés sur une directive visant à garantir les droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers. Un important droit des patients désirant recevoir des soins de santé dans un autre Etat membre est leur droit à une information complète et facilement accessible auprès d'un ou de plusieurs points de contact nationaux.

Le cadre de la directive. La directive 2011/24/UE du Parlement Européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers doit être transposée en droit national luxembourgeois avant le 25 octobre 2013.

L'information du patient. En vue de cette transposition, les travaux d'analyse ont commencé dès le début de cette année, soit dès l'adoption du texte de la directive en janvier 2011, notamment en ce qui concerne la traduction en droit national de l'obligation d'information que le texte fait reposer sur l'Etat membre de traitement.



Plusieurs articles de la directive énumèrent, en effet, les informations qui doivent être mises à disposition des patients, par les différents intervenants, pour leur permettre de prendre une décision en connaissance de cause lorsqu'ils souhaitent recevoir des soins de santé dans un autre Etat membre.

Les points de contact nationaux. Afin de garantir une diffusion efficace de l'information, la directive prévoit la mise en place au niveau des Etats membres d'un ou de plusieurs points de contact nationaux. Ces points de contact nationaux consultent les associations de patients, les prestataires de soins et les assureurs de soins de santé afin de fournir des informations pertinentes aux patients de tous les Etats membres.

Quelle information ? Dès la fin de l'année 2013, un patient souhaitant recevoir des soins de santé dans un autre Etat membre devrait ainsi obtenir des informations du ou des point(s) de contact dans l'Etat membre de traitement. Ces informations concernent les prestataires de soins, les normes de qualité et de sécurité auxquelles ils sont soumis, ainsi que l'accessibilité des centres hospitaliers aux personnes handicapées. Les points de contact nationaux devront également délivrer des informations relatives aux droits des patients, aux procédures permettant de porter plainte et aux possibilités juridiques et administratives de règlement des litiges. L'information diffusée portera encore sur les mécanismes de calcul du remboursement des coûts des prestations, les procédures d'accès au remboursement, les procédures de recours et de réparation en cas de refus de remboursement.

La transposition en droit national. Au Luxembourg, ces données sont prévues par différents textes et détenues par différents acteurs. Une partie de l'information est déjà disponible, mais la bonne transposition de la directive requiert une meilleure organisation de sa diffusion, soit de manière décentralisée, soit par le biais d'un point de contact national unique. Vu l'organisation du régime luxembourgeois et la diversité des détenteurs des informations énumérées ci-dessus, une première analyse n'exclut pas que plusieurs points de contact nationaux, collaborant étroitement, soient créés.

(Jean-Marie Feider, Caisse nationale de santé)



Foto: Alexander Rathis - Fotolia.com

Tout savoir sur un éventuel traitement à l'étranger: C'est un service que doivent offrir les points de contacts dès fin 2013.



Gesundheitswesen: Kein Stopp bei der Weiterentwicklung

Wie schreitet die Umsetzung der Gesundheitsreform voran? Welche Konsequenzen sind aus der europäischen Richtlinie zu den Patientenrechten bei der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung zu ziehen? Diese Fragen standen im Mittelpunkt der diesjährigen Frühjahrs-Quadripartite, die am 11. Mai in Mondorf-les-Bains stattfand.

Reformumsetzung in Etappen. Seit dem 1. Januar ist die Gesundheitsreform in wesentlichen Teilen gültig. Im Kern sieht sie vielfältige strukturelle Anpassungen vor, die derzeit umgesetzt werden. In den mehr als fünf Monaten, seitdem die Reform nun in Kraft ist, hat sie bedeutende Wandlungsprozesse angestoßen. Dazu zählen:

- **Hausarztmodell.** Die Vorbereitungen zur Einführung des Hausarztmodells (médecin référent) ab 1. Januar 2012 gehen in einem konstruktiven Geist aller Partner zügig voran. An der Umsetzung der gesetzlich festgelegten Vorgaben wird gearbeitet. Ein Zeitplan mit allen Zwischenschritten (siehe Tabelle) bestimmt die weitere Marschrichtung.
- **Medikamentensubstitution und tiers payant.** Desgleichen sind die notwendigen Vorarbeiten zur selektiven Medikamentensubstitution ab Januar 2012 und der Ausweitung des Sachleistungsprinzips (tiers payant) auf einem guten Weg.
- **Die Agence nationale des informations partagées** wird vor den Sommerferien, so die Planung, ihre Arbeiten aufnehmen und die Vorarbeiten zum Patientendossier übernehmen und aktiv weitertreiben.
- **Im Spitalbereich** werden die Reformansätze zum globalen Haushaltsrahmen und der analytischen Buchhaltung aktiv umgesetzt. Des Weiteren arbeiten die Krankenhäuser derzeit daran, ihre Zusammenarbeit im Bereich der Informatik oder auch medizinischer Arbeitsteilung zu intensivieren. Diese Entwicklung soll durch weitere Reformschritte wie die ambulante Chirurgie oder die Reglementierung der Kompetenzzentren und die Neufassung des Spitalplanes begleitet werden. Dabei wird auch parallel die Nomenklatur-Reform eine wichtige Rolle einnehmen.

Von Direktive besonders betroffen. Viel Aufmerksamkeit widmeten die Teilnehmer der Quadripartite auch den möglichen Auswirkungen der neuen europäischen Direktive zu grenzüberschreitenden Gesundheitsleistungen. Luxemburg hat auf EU-Ebene intensiv an der Gestaltung der Direktive mitgearbeitet und entscheidend auf die nun geltende Textfassung Einfluss genommen. Denn aus Luxemburger



Foto: Sven Weber - Fotolia.com

Am Puls der Zeit – die Umsetzung der Gesundheitsreform erfolgt nun Schritt für Schritt.



Arbeitsschritte zur Einführung des Hausarztmodells (Médecin référent, MR)

Juni bis Oktober 2011	Ausarbeitung der Durchführungsverordnung	Règlement grand-ducal (RGD)
	Abstecken der Regelungen zur Ernennung und Verlängerung, dem Wechsel und Ersatz eines Hausarztes	Modalités de désignation, de reconduction, de changement et de remplacement du MR
Oktober bis November 2011	Vereinbarung zwischen Ärztenverband (AMMD) und Gesundheitskasse (CNS)	Convention AMMD-CNS
	Intervalle der Arzt-/Patientenkontakte, Datenaustausch und -verarbeitung, Durchführung und Dokumentation von Präventionsangeboten und Förderung der Gesundheit entsprechend des Patientenalters und eventueller Risikofaktoren	Fréquence des contacts, prévention et promotion de la santé ciblées selon l'âge et les facteurs de risque, documentation de l'activité
November bis Dezember 2011	Vergütungsregelungen für das Führen des Patientendossiers und für präventive Leistungen	Rémunération du dossier médecin général (DMG) et de l'activité de prévention
ab 1. Januar 2012	Nomenklaturkommission arbeitet Tarife aus unterstützt durch die Cellule d'expertise médicale	Saisie de la Commission de nomenclature avec le soutien de la Cellule d'expertise médicale
	Einstiegs- und Anfangsphase:	Phase de démarrage :
ab 2013	Aufbau des Patientendossiers zunächst ohne elektronische Austauschmöglichkeiten Später: Integration des Hausarztmodells in die Austauschakte	DMG sans possibilité d'échange électronique d'information Ultérieurement: Intégration DMG dans le dossier de soins partagé (DSP)
	Programmevaluation	Evaluation du programme

Sicht sollte eine am Gemeinwohl ausgerichtete Gesundheitsversorgung unbedingt bewahrt und auch weiterhin im Vordergrund stehen.

Luxemburg ist als kleines Land besonders von dieser Richtlinie betroffen. Ein wenn auch kleiner Teil der Luxemburger sowie Versicherte mit luxemburgischer Krankenversicherung lassen sich im Ausland medizinisch versorgen. Umgekehrt interessieren sich auch die Bewohner der Grenzregionen verstärkt für das luxemburgische Gesundheitswesen. So bringt die Richtlinie für das Großherzogtum wichtige Herausforderungen mit sich, aber auch Chancen für die Patientenversorgung und den nationalen Gesundheitssektor.

Inhalte der Richtlinie. Im Einzelnen schreibt die Richtlinie neue Bestimmungen vor für

- eine bessere Patienteninformation,
- klarere Qualitäts- und Sicherheitsnormen,



- für Beschwerde- und Entschädigungsprozeduren
- sowie für den Zugang zur Patientenakte und anderen entsprechenden Daten.

Des Weiteren gilt das Prinzip der Gleichbehandlung gegenüber Personen, die nicht in Luxemburg wohnen oder hier versichert sind. Die Richtlinie fördert ebenfalls die Zusammenarbeit zwischen Mitgliedsstaaten und Grenzregionen im Rahmen europäischer Netzwerke oder Expertisenzentren. In diesem Zusammenhang verweist sie explizit auf seltene Krankheiten (maladies rares) oder e-health und Gesundheitstechnologien als Felder verstärkter Kooperation.

Rückgriff auf Vorarbeiten. Seit Februar arbeitet eine interministerielle Arbeitsgruppe daran, die Vorgaben der Richtlinie Zug um Zug umzusetzen. Hilfreich ist dabei, dass nicht nur im Rahmen der Gesundheitsreform bereits strukturelle Weichenstellungen wie etwa im e-health-Sektor erfolgt sind. Auch durch die Konzeption des nationalen Patientenrechtsgesetzes, das in naher Zukunft im Regierungsrat begutachtet werden soll, sind bedeutende Vorarbeiten schon erfolgt.

Finanzfragen. Wenn auch finanzielle Aspekte des Gesundheitssektors traditionell eher in der Herbst-Quadripartite auf der Tagesordnung stehen, so warf die jüngste Frühjahrs-Quadripartite auch Fragen zu den finanziellen Auswirkungen der Gesundheitsreform auf, insbesondere zu den mit der Reform verabschiedeten Sparmaßnahmen. Auch ging es um die finanzielle Situation der durch die Einführung des Einheitsstatuts geschaffenen „Mutualité des Employeurs“. Es wurde vereinbart, die andiskutierten Fragen im Direktionskomitee der Gesundheitskasse sowie in der nächsten Sitzung der Quadripartite im Herbst zu vertiefen.

Permanenter Reformprozess. Die Quadripartite lief in einem konstruktiven und partnerschaftlichen Kontext ab. Die behandelten Themen und die Diskussionen zeigten, dass die Reform des Gesundheitswesens nicht mit der Abstimmung des Gesetzes vom 17. Dezember 2010 abgeschlossen ist, sondern erst jetzt richtig angefangen hat, ja sogar in einem permanenten Prozess stattfindet, der durch politische, gesellschaftliche oder medizin-technische Weiterentwicklungen geprägt ist.

(Paul Schmit, Inspection générale de la sécurité sociale)

■ **Webtipp:**

Die Folien der auf der Quadripartite gehaltenen Vorträge finden sich unter:
www.mss.public.lu



Ankündigung Journée Santé: Im Zeichen des Patienten

Die Rechte und Interessen von Patienten stehen im Mittelpunkt der kommenden sechsten nationalen Gesundheitskonferenz (Journée Santé) am **15. Juni in Mondorf-les-Bains**.

Patientenrechte. Welche Rechte haben Patienten heute und zukünftig in Luxemburg und in der Europäischen Union? Die europäische Richtlinie über Patientenrechte bei grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung schafft Klarheit im Bereich der Auslandsbehandlungen. Sie wirft aber auch Fragen auf, was die Einbettung in nationales Recht oder die konkreten Auswirkungen für Leistungserbringer und Krankenkasse angeht. Anne Calteux von der ständigen luxemburgischen Vertretung in Brüssel wird Luxemburgs Situation im Kontext der neuen EU-Richtlinie problematisieren, Mike Schwebag aus der juristischen Abteilung des Gesundheitsministeriums den nationalen Gesetzentwurf für Patientenrechte vorstellen.



Quelle: www.lprps.be

Isabelle Aujoulat
forscht im Bereich
patient empowerment.



Quelle: <http://archive.eurordis.org>

Yann Le Cam setzt sich
seit 20 Jahren für die
Rechte von Patienten auf
internationaler Ebene ein.

Patienten eine Stimme geben. Das zweite große Themenfeld bei der Journée Santé wird der Bereich „patient empowerment“ sein. „Ziel von empowerment ist, das Bewusstsein und die Fähigkeiten des Patienten dafür zu stärken, wie er aktiv seine Gesundheitslage besser meistern kann. Für uns in Luxemburg stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, wie unser System dazu beitragen kann, dass Patienten als Akteure partizipativ bei Entscheidungen nicht nur zu individuellen Gesundheitsbelangen, sondern auch zu kollektiven Fragen über die Patientenorganisationen idealerweise eingebunden werden können“, erläutert Françoise Berthet, Ärztin bei der Direction de la santé, die Zielrichtung der Konferenz. Als Referenten hierzu sind die Gesundheitswissenschaftlerin Isabelle Aujoulat und der Patientenvertreter Yann Le Cam, Generaldirektor der europäischen Organisation für seltene Krankheiten (EURORDIS) eingeladen.

Unter dem Motto „Patient Empowerment – meistern statt aufgeben“ („entre maîtrise et lâcher prise“) wird Isabelle Aujoulat die Rolle des informierten und aktiv die Gesundheitssituation gestaltenden Patienten skizzieren. Die Wissenschaftlerin kommt von der belgischen Schnittstellen-Organisation zu Praxis und Forschung in der Gesundheitspsychologie (Interface Pratique et Recherche en Psychologie de la Santé, I.P.R.P.S.). Als Mitglied der Forschungs- und Lehrereinheit für Gesundheitserziehung an der katholischen Universität von Louvain in Brüssel ist sie spezialisiert auf die informierte Einbeziehung (empowerment) von chronisch kranken Patienten in ihr Krankheitsgeschehen. Dabei interessiert sie sich in ihrer Forschungs- und Lehrarbeit für die



psychosozialen Determinanten von Gesundheit sowie die besonderen Erfordernisse in der Erziehung und Entwicklung chronisch kranker Kinder.

Föderation denkbar? Impulse für die luxemburgischen Selbsthilfeorganisationen erhoffen sich die Organisatoren der Konferenz von der Einladung an Le Cam. Sein 20jähriges Engagement bei der Wahrnehmung von Patienteninteressen im Bereich von Nichtregierungsorganisationen in Frankreich, Europa und den Vereinigten Staaten hat ihn mehrfach zum Gründungsmitglied verschiedener Patienten-Dachorganisationen werden lassen. Unter anderem zählte er 1997 zu den Gründungsmitgliedern von EURORDIS und vertritt sie seit 2001 als Generaldirektor. Dieser internationalen Patientenvertretung sind mehr als 469 Patientenorganisationen seltener Krankheiten aus 45 Ländern angeschlossen. Sein Vortrag zum Thema „Auf dem Weg zu einer Vereinigung von Patientenorganisationen („Vers une fédération d’associations de patients“) wird den Input geben für eine Gesprächsrunde von Repräsentanten luxemburgischer Selbsthilfeorganisationen, an der er auch teilnehmen und seine vielfältigen Erfahrungen einbringen wird. Unter anderem ist er als Vizevorsitzender des Direktorenkomitees der Internationalen Vereinigung von Patientenorganisationen (International Alliance of Patients Organisations, IAPO) mit Sitz in London tätig. Daneben fungiert er auch als einer von drei Patientenvertretern des Komitees für Arzneimittel für seltene Leiden der europäischen Arzneimittelagentur (EMA). Nicht nur aus professionellen Erwägungen engagiert sich der MBA-Manager so vehement für die Belange von Patienten. Auch private Gründe motivieren ihn. Die älteste seiner drei Töchter leidet an Mukoviszidose.

(Beatrice Wolter, Redaktion Insight SantéSécu)

■ **Webtipps:**

Weitere Informationen zu EURORDIS finden sich unter:

<http://archive.eurordis.org>

Mehr zu Interface Pratique et Recherche en Psychologie de la Santé, I.P.R.P.S. unter:

www.iprps.be/index.php



Der Hausarzt als Lotse: Drei Modelle im Vergleich

Immer mehr Länder mit freier Arztwahl führen Hausarztmodelle ein. Ziel dabei ist, die Versorgung effizienter und qualitativ besser zu gestalten.

Koordinierung verbessern. Steigende Ausgaben bestimmen die Entwicklung in den Gesundheitssystemen Westeuropas. Ein Grund dafür liegt in der demographischen Entwicklung. Immer mehr chronisch kranke Menschen benötigen angemessene Gesundheitsversorgung. Darauf müssen die Gesundheitssysteme reagieren. Ihr Koordinierungsgrad ist allerdings derzeit noch nicht in der Lage, auf diese Entwicklung angemessen zu reagieren. Schließlich geht es darum, weit mehr als bisher Patienten flexibel durch verschiedene Versorgungsebenen zu führen. Auch die speziellen Anforderungen an Langzeitpflege sind in verschiedener Weise zu bewältigen. Belgien, Frankreich und Deutschland führten als Antwort auf diese Entwicklung neue Modelle auf freiwilliger Basis ein. In diesen drei Ländern kommt nun dem Hausarzt im Versorgungsgeschehen eine zentrale Lotsenfunktion zu.

Belgien. Seit rund neun Jahren können Belgier flächendeckend an Hausarztmodellen teilnehmen. Um die Lotsenfunktion des Allgemeinmediziners zu stärken, sinkt die Selbstbeteiligung der Versicherten, wenn sie sich bei einem besonderen Allgemeinmediziner eingeschrieben haben und damit akzeptiert haben, dass ihre individuelle zentrale Patientenakte von ihm geführt wird. Diese Methode war zunächst nur für ältere Patienten eingeführt worden, wurde dann aber 2002 auf die gesamte Bevölkerung ausgedehnt. Zusätzlich baut Belgien aktuell die integrierte Versorgung in Form von Gesundheitszentren, sogenannten maisons médicales oder wijkgezondheidscentra, aus. Hier bieten Allgemeinmediziner, Physiotherapeuten, Krankenpfleger und andere Leistungsanbieter Primärversorgung und Gesundheitsprävention übergreifend und koordiniert an.

Frankreich. Ähnlich hat man in Frankreich seit Juli 2005 für alle, die einen Krankenversicherungsschutz genießen, Anreize gesetzt, einen Hausarzt als Hauptbehandler zu wählen (médecin traitant). Dieses Modell des bevorzugten Arztes beinhaltet koordinierte Behandlungspfade und stellt eine abgeschwächte Form des gatekeeping dar. Ziel dabei ist, die medizinisch nicht indizierte Nutzung von Gesundheitsleistungen einzuschränken, insbesondere den Zugang zu fachärztlicher Versorgung. So kommen beispielsweise auf die Patienten Mehrkosten zu, wenn sie nicht am Hausarztssystem teilnehmen oder einen Spezialisten ohne vorherige Überweisung direkt konsultieren.



Foto: El Gaucho - Fotolia.com

Ab 2012 können luxemburgische Versicherte gemeinsam mit einem Arzt ihrer Wahl am Hausarztmodell teilnehmen.



Diese finanziellen Konsequenzen sind ein entscheidender Grund für die sehr hohe Beteiligung von über 80 Prozent der Versicherten am freiwilligen Hausarztssystem.

In Deutschland sind die Krankenkassen seit 2004 verpflichtet, ihren Versicherten Hausarztmodelle anzubieten. Hier erhalten die Patienten finanzielle Vorteile, stimmen sie der Lotsenfunktion ihres Hausarztes zu. Seit 2008 hat Deutschland Hausarztprogramme in Formen der integrierten Versorgung weiterentwickelt. Ziel dabei ist, eine qualitativ hochwertige Primärversorgung durch die zentrale Koordination und Kontrollfunktion des Hausarztes anbieten zu können. Eines dieser Programme bietet die AOK Baden-Württemberg als AOK-Hausarztprogramm an. Teilnehmende Hausärzte sind verpflichtet, an Qualitätszirkeln teilzunehmen, die zu verschiedenen Themen – beispielsweise medikamentöser Behandlung – stattfinden. Die Hausärzte müssen ihre Praxen an wenigstens einem Tag in der Woche bis 20 Uhr geöffnet halten. Dies ist insbesondere für Patienten vorgesehen, die bereits an Disease-Management-Programmen teilnehmen oder teilnehmen wollen. Eine Million AOK-Versicherte haben sich auf freiwilliger Basis in dieses Hausarztprogramm eingeschrieben. 3.900 Hausärzte sind daran beteiligt.

Die Gesundheitsreform in Luxemburg von 2010 sieht vor, dass Versicherte gleichermaßen die Option erhalten sollen, die Primärversorgung auf freiwilliger Basis hausarztzentriert wahrzunehmen. Derzeit laufen die Vorbereitungen, damit ab 2012 luxemburgische Versicherte ihren Vertrauensarzt wählen können, der sie koordinierend durch die verschiedenen medizinischen Versorgungsebenen begleitet. Auch in luxemburgischen Fachkreisen geht man davon aus, dass ein Primärversorgungs-System mit Hausärzten in Koordinationsfunktion, die Qualität, Effizienz und Verantwortlichkeit verbessern kann.

*(Ni Ketut Sri BUDIANI, Public Health Scientist, Indonesien,
bis 13. Mai 2011 Praktikantin in der Inspection générale de la sécurité sociale, IGSS)
(Übersetzung ins Deutsche: Beatrice Wolter, Redaktion Insight SantéSécu)*

■ Literaturtipps:

AOK Baden Württemberg, Fragen und Antworten (FAQs), „Hausarztzentrierte Versorgung“ (HZV) bei der AOK Baden-Württemberg, 2009.

Chevreul K. et al, Health Systems in Transition, France Health System Review, 2010.

Consbruck, R., The Health System of the Grand-Duchy of Luxembourg in 2010, Ministry of Health, 2010: 1-2.

Dourgnon P. et al, Introducing Gate Keeping in France: first assessment of the preferred doctor scheme reform, 2007 : 4.

Gerken, S., Merkur, S. 2010. Belgium : Health systems review. Health Systems in Transition. Copenhagen : World Health Organization.



Le Luxembourg face à la possibilité d'un accident nucléaire

Quelles sont les mesures prévues pour protéger la population luxembourgeoise en cas de fuites radioactives ?

Changement au niveau organisationnel. L'accident à la centrale de Fukushima a provoqué de grandes émotions à travers le monde. Il est évident que cet accident va susciter un remaniement dans l'approche nucléaire au niveau mondial, mais il est encore bien trop tôt pour évaluer de manière rationnelle la totalité des conséquences.

Il n'y a pas eu de conséquences sanitaires pour le Grand Duché lors de cet accident, mais les changements à prévoir se feront plutôt au niveau organisationnel et procédural. Une révision du plan particulier d'intervention (PPI) Cattenom est planifiée, lors de laquelle les données et informations nécessaires seront actualisées. D'ici là, la dernière version en date reste d'application.

Plan mise en œuvre. Le Luxembourg dispose d'un plan particulier d'intervention en cas d'accident nucléaire. Le Ministère de l'Intérieur et le Ministère de la Santé sont responsables de la mise en œuvre de ce plan. Le plan fait état de trois situations accidentelles susceptibles de survenir sur le site de Cattenom. À chacune de ces situations correspond une alerte et des contre-mesures appropriées.

En cas d'accident nucléaire : Le nuage radioactif rejeté après un accident dans une centrale nucléaire peut également contenir de l'iode radioactif. Cet iode radioactif constitue un risque pour la population, parce qu'il peut se fixer et s'accumuler dans la thyroïde et ainsi causer une irradiation interne de la glande thyroïdienne. L'exposition excessive à l'iode radioactif est susceptible de provoquer un cancer de la thyroïde. L'absorption de comprimés d'iode non-radioactif permet de saturer la thyroïde, évitant ainsi l'accumulation d'iode radioactif.

La prophylaxie d'iode. Des comprimés d'iodure de potassium en fonction de la population sont stockés depuis 1986 dans les communes situées dans un rayon de 25 km de Cattenom. Pour les communes situées en dehors de ce périmètre, des comprimés d'iodure de potassium sont stockés dans les centres de secours de la Protection Civile. En cas d'accident nucléaire, les administrations communales sont responsables de la distribution de ces comprimés dans leurs communes respectives. Elles sont chargées au préalable de préparer l'organisation de cette distribution.



Foto: hjschneider - Fotolia.com

Zum Schutz von Kindern im Falle verstärkter radioaktiver Strahlung lagern in Luxemburgs Schulen Jodtabletten.



Programme pour jeunes. Les conséquences de l'accident nucléaire survenu en 1986 à la centrale nucléaire de Tchernobyl ont montré que les enfants et les adolescents sont les sujets les plus sensibles à l'iode radioactif, élément très volatil rejeté en quantités importantes dans l'environnement lors d'un accident nucléaire. Pour garantir une meilleure disponibilité de ces comprimés pour les groupes d'âge les plus sensibles, le Ministère de la Santé a procédé à la distribution de comprimés d'iode stable dans les établissements scolaires du pays.

Surveillance des denrées alimentaires. Au Luxembourg, la radioactivité ambiante naturelle et artificielle est mesurée en continu. Chaque année, un nombre important d'échantillons est prélevé dans divers milieux biologiques et dans la chaîne alimentaire. Ces contrôles permettent de suivre l'évolution des variations de la radioactivité artificielle résiduelle comme ce fut le cas après l'accident de Tchernobyl de 1986. Les résultats de ces mesures sont publiés mensuellement et peuvent être consultés sur le site internet: www.radioprotection.lu

Réseau de mesure de la radioactivité. Pour faire face à une situation d'urgence nucléaire et pour pouvoir apprécier l'impact radiologique d'une telle situation, le Luxembourg a commencé dès 1983 à installer un réseau de mesure et d'alerte automatiques sur son territoire national. Ce réseau fonctionne de façon entièrement automatique et permet d'alerter les autorités en cas de détection de radioactivité dépassant le bruit de fond du rayonnement naturel.

(Jerusalem Natasha, Patrick Breuskin, Division de la Radioprotection)

■ Liens:

Pour savoir plus :
www.radioprotection.lu



Union Européenne – Où en est la sûreté nucléaire?

Depuis 2007 un groupe de régulateurs européens est chargé de développer une approche commune dans le domaine de la sûreté nucléaire.

Conscience des risques radiologiques. Les concepteurs du traité créant la Communauté européenne de l'énergie atomique (CEE – Euratom), cadre créé en 1957 pour faciliter le développement de l'énergie nucléaire, avaient également la conscience des risques radiologiques. Finalement, en 2002, la Cour de justice clarifie que l'application du traité s'étend à la sûreté des installations nucléaires, ouvrant enfin la porte à une réglementation européenne dans ce domaine.

Contrôle indépendant indispensable. Le premier projet de directive, dénommé « paquet nucléaire », a cependant donné lieu à un échec en 2004. Les démarches ont ensuite lentement repris pendant la présidence luxembourgeoise, début 2005, pour finalement aboutir à l'adoption d'une directive sur la sûreté nucléaire, le 25 juin 2009. Cette directive contient plusieurs éléments novateurs. Elle a notamment le mérite d'inscrire les principales normes internationales de sûreté nucléaire dans le droit communautaire. Elle oblige les États Membres à établir une autorité administrative de contrôle indépendante, rend obligatoire des audits internationaux et met en avant l'information du public.

ENSREG – groupe des régulateurs européens. Le développement d'une approche commune a été grandement facilité par la création, en 2007, du groupe des régulateurs européens dans le domaine de la sûreté nucléaire, nommé European Nuclear Safety Regulator Group (ENSREG), qui regroupe tous les États membres, y compris ceux n'utilisant pas le nucléaire. ENSREG est depuis étroitement associé à la préparation, puis à la mise en œuvre de toute législation européenne en la matière. La décision de recourir à l'énergie nucléaire relève de la souveraineté de chaque pays. En revanche, la division de la radioprotection estime essentiel de contribuer à la construction d'un pôle européen de sûreté nucléaire.

(Patrick Majerus, Division de la Radioprotection Ministère de la Santé)

■ **Webtipp:**

Pour savoir plus au sujet d' European Nuclear Safety Regulator Group (ENSREG):

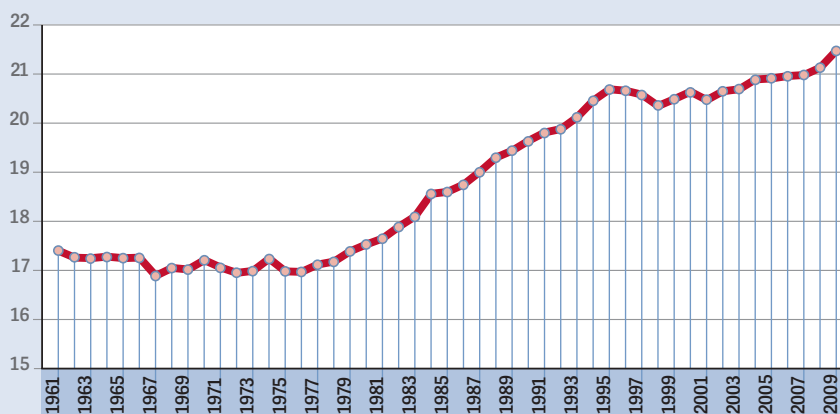
www.ensreg.eu



Rentensystem: Reform ist nötig

Arbeitseintrittsalter verschoben. Seit dem Ende der siebziger Jahre hat die luxemburgische Wirtschaft von einem stetigen Aufschwung der Finanz- und Dienstleistungssektoren profitiert. Diese positive Entwicklung hat ab den achtziger Jahren einen Anstieg des durchschnittlichen Arbeitseintrittsalters des luxemburgischen Arbeitnehmers von rund 17 auf 21 Jahre bewirkt. Arbeitnehmer, die heute in den Ruhestand treten, weisen 40 Beitragsjahre und mehr bei Renteneintritt auf. Zukünftige Rentner hingegen werden durch den späteren Arbeitseintritt nicht mehr 40 Beitragsjahre gesammelt haben, aber auf vergleichbare Rentenleistungen zurückgreifen.

Durchschnittliches Alter am Beginn des Erwerbslebens



Nahmen in den 60ziger Jahren junge Menschen noch im Schnitt mit 17 Jahren ihre erste Arbeit auf, so sind sie heute durchschnittlich rund 21 Jahre bei ihrem Eintritt ins Berufsleben.

Quelle: IGSS

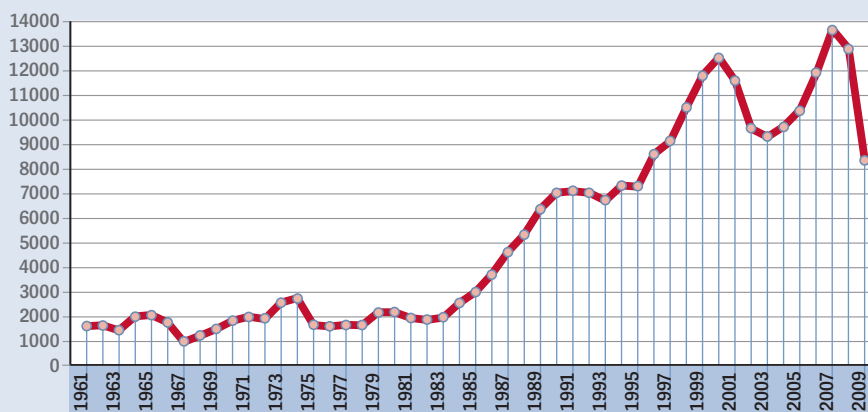
Überdurchschnittliches Rentenniveau. Hinzu kommt, dass die Renten in Luxemburg überdurchschnittlich gut sind: Beziehen die Bürger in Belgien, Frankreich oder Deutschland ab dem Renteneintritt und bis zu ihrem Lebensende zwischen sechs und acht Jahreseinkommen als Rentenleistung, ist dieser Wert mehr als doppelt so hoch in Luxemburg (siehe Webtipp). Die Finanzierung dieser hohen Leistungen in Luxemburg ist möglich, weil seit Mitte der 80er Jahre der Anteil der Grenzgänger am Arbeitsmarkt überdurchschnittlich angestiegen ist. Diese jetzigen Beitragszahler werden aber ab 2020 zu Rentenbeziehern. Dies bringt mit sich, dass



entweder eine immer größere Anzahl von Arbeitnehmern benötigt wird, um die Rentenleistungen zu finanzieren. Oder es müssen die Beitragssätze erhöht und die Rentenleistungen gekürzt werden. Eine Reform des Rentensystems ist also unausweichlich.

(Tom Dominique, Inspection générale de la sécurité sociale, IGSS)

Neuzugänge der Grenzgänger am Arbeitsmarkt zwischen 1961 und 2009



Seit den 80ziger Jahren ist die Zahl der Grenzgänger am luxemburgischen Arbeitsmarkt und damit auch die Zahl der Rentenbeitragszahler sprunghaft angestiegen.

Quelle: IGSS

■ Webtipp:

Ein internationaler Überblick über die Situation der Rentensysteme in den OECD- und G20-Ländern findet sich unter:

http://www.oecd-ilibrary.org/finance-and-investment/pensions-at-a-glance-2011/net-pension-wealth_pension_glance-2011-23-en



Terminhinweis: Europäische Krankenhauskonferenz

Zur ersten gemeinsamen Europäischen Krankenhauskonferenz am 18. November 2011 laden die Europäische Vereinigung Krankenhaus und Gesundheitswesen (European Hospital and Healthcare Federation, HOPE), die Europäische Gesellschaft der Klinikmanager (European Association of Hospital Managers, EAHM) und die Gesellschaft europäischer Krankenhausärzte (Association of European Hospital Physicians, AEMH) ein. Die Konferenz wird als Teil des 34. deutschen Krankenhauskongresses während der MEDICA, der Internationalen Fachmesse für Medizintechnik, in Düsseldorf stattfinden. Zur Veranstaltung werden mehr als 150 führende Entscheidungsträger europäischer Kliniken erwartet. Auf der Tagesordnung stehen zwei zentrale Themen:

- Aktuelle Krankenhauspolitik in Europa
- Auswirkungen der europäischen Patientenrichtlinie auf die Kliniken Europas

Als Hauptredner ist der EU-Kommissar für Gesundheits- und Verbraucherpolitik, John Dalli, eingeladen. Die Konferenzsprachen werden Englisch, Französisch und Deutsch sein. Anmeldungen zur Konferenz sind bis zum 15. August 2011 möglich.

■ Nähere Informationen gibt es unter:

www.medica.de/EHC2

(Beatrice Wolter, Redaktion Insight SantéSécu)

Impressum

Herausgeber

Ministère de la Santé et Ministère de
la Sécurité sociale du Luxembourg

Verantwortlich

Mars di Bartolomeo, Ministre

Beauftragter des Herausgebers

KomPart Verlagsgesellschaft
mbH & Co. KG Bonn

Redaktion

Dr. Beatrice Wolter (KomPart);
Ministère de la Sécurité Sociale,
Ministère de la Santé;

E-Mail: insight.santesecu@mss.etat.lu